

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – FAFICH

Programa de Pós-graduação em Psicologia



UFMG

Karla Patrícia Paiva Ferreira

**MULHER, LOUCURA E PERICULOSIDADE: “Tem como você tirar as
algemas?”**

Belo Horizonte

2020

Karla Patrícia Paiva Ferreira

MULHER, LOUCURA E PERICULOSIDADE: “Tem como você tirar as algemas?”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lisandra Espíndola Moreira

Co-orientador: Prof. Dr. Cornelis Johannes van Stralen

Área de concentração: Psicologia Social

Linha de pesquisa: Política, Participação Social e Processos de Identificação.

Belo Horizonte

2020

150 F383m 2020	<p>Ferreira, Karla Patrícia Paiva.</p> <p>Mulher, loucura e periculosidade [manuscrito] : "Dá para tirar as algemas?" / Karla Patrícia Paiva Ferreira. - 2020.</p> <p>160 f. : il.</p> <p>Orientadora: Lisandra Espíndula Moreira. Coorientador: Cornelis Johannes van Stralen .</p> <p>Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Inclui bibliografia.</p> <p>1.Psicologia – Teses. 2.Mulheres - Teses. 3.Loucura - Teses.4.Saúde mental - Teses . I. Moreira, Lisandra Espíndula . II. Stralen , Cornelis Johannes van . III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. IV. Título.</p>
----------------------	---

Karla Patrícia Paiva Ferreira

MULHER, LOUCURA E PERICULOSIDADE: “Tem como você tirar as algemas?”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lisandra Espíndola Moreira

Co-orientador: Prof. Dr. Cornelis Johannes van Stralen

Área de concentração: Psicologia Social

Linha de pesquisa: Política, Participação Social e Processos de Identificação.

Prof^ª. Dr^ª. Lisandra Espíndola Moreira (Orientadora) – FAFICH/UFMG

Prof. Dr. Cornelis Johannes van Stralen (Coorientador) – FAFICH/UFMG

Prof. (a) Dr.(a) Cláudia Maria Filgueiras Penido – UFMG

Prof. (a) Dr.(a) Cláudia Natividade – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mulher, loucura e periculosidade: "Tem como você tirar a algema?"

KARLA PATRÍCIA PAIVA FERREIRA

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Política, Participação Social e Processos de Identificação.

Aprovada em 25 de agosto de 2020, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Lisandra Espindula Moreira - Orientador

UFMG

Prof(a). Cornelis Johannes Van Stralen

UFMG

Prof(a). Claudia Maria Filgueiras Penido

UFMG

Prof(a). Claudia Natividade

Faculdade Arnaldo

Claudia Natividade

Belo Horizonte, 25 de agosto de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Lisandra Espindula Moreira, Professora do Magistério Superior**, em 29/09/2020, às 17:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Aprovação%20KarlaSEI.pdf

SEI/UFMG - 0287164 - Folha de Aprovação

https://sei.ufmg.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web...



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Maria Filgueiras Penido, Professora do Magistério Superior**, em 30/09/2020, às 11:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cornelis Johannes Van Stralen, Professor Magistério Superior - Voluntário**, em 06/10/2020, às 00:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0287164** e o código CRC **1DDC6933**.

Referência: Processo nº 23072.231693/2020-94

SEI nº 0287164

AGRADECIMENTOS

Está no momento de agradecer, e agradecer, para mim, é sempre bom, pois nos mostra que a nossa construção é conjunta e que a cada dia é possível nos tornarmos uma pessoa melhor. Durante todo este percurso foi possível contar com muitos e muitas, de várias maneiras.

Inicialmente gostaria de apresentar, junto a este agradecimento, minha admiração à minha orientadora, a Prof.^a Dr.^a. Lisandra Moreira, e ao meu coorientador, Prof. Dr.^o. Cornelis Johannes. Com certeza, sem o apoio, o interesse e a dedicação de vocês eu não poderia realizar esta dissertação.

Gratidão aos meus pais, Luiz e Luiza, e à minha filha Maria Eduarda por todo o apoio presente. Agradeço também a todas as mulheres loucas e infratoras e aos profissionais da saúde mental que contribuíram de forma direta e indireta para a construção e o desenvolvimento desta dissertação.

A minha gratidão e o meu reconhecimento aos meus queridos professores, amigos, colegas e todos que proporcionaram e proporcionam à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) ser uma universidade pública e de qualidade. Orgulho-me de fazer parte dessa instituição e da sua história.

*Soy mujer de alas, no de jaulas.
(Lina Storni)*

Resumo

Esta dissertação tem como foco a percepção dos profissionais de saúde mental sobre as práticas de atendimento a mulheres loucas infratoras, perpassadas por um olhar interseccional. Nesta pesquisa foram entrevistados trabalhadores da rede de saúde mental de Belo Horizonte/MG que já realizaram ou realizam atendimento a mulheres portadoras de sofrimento mental autoras de atos ilícitos. Apesar da implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil e da Lei nº 10.216 de 2001 (Lei n. 10.216, 2001), os processos de reinserção dos portadores de sofrimento mental apresentam pontos a serem articulados na interface com as categorias de gênero e as práticas do direito penal. As mulheres loucas infratoras são perpassadas por um triplo viés de discriminação – pelas questões de gênero, pela loucura e por terem cometido atos criminosos –, apresentando, assim, singularidades que devem ser pontuadas, observadas e consideradas nas práticas em saúde mental. Nesse sentido, é possível reconhecer que o espaço da mulher louca infratora estabelece relações de maneira conflituosa com a pluralidade das perspectivas sociais da mulher “bela, recatada e do lar” e, acrescentando, da mulher mãe, passiva e “santificada”. Tendo como procedimento metodológico a realização de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores dos CERSAMs de Belo Horizonte/MG, foi possível analisar a perspectiva dos profissionais a respeito das mulheres loucas infratoras e como eles realizam as suas práticas a partir da compreensão dos marcadores de gênero, loucura e periculosidade. Os resultados apontam para alguns aspectos que caracterizam a mulher, a loucura e a periculosidade, como categorias, que evidenciam dissemelhanças sociais. Com relação às práticas profissionais, estas se apresentam com formas de atenção e cuidado distintas para esse público. Outro ponto a se ressaltar é que mesmo com todo o aparato da Reforma Psiquiátrica e da Luta antimanicomial, ainda há um grande número de mulheres portadoras de sofrimento mental e autoras de delitos que estão sob o sistema carcerário, tendo seus direitos violados, apresentado processos de vulnerabilidade, invisibilidade, tendo menos e/ou deficitários acessos aos serviços de saúde e saúde mental, como os CERSAMs, além de também apresentar menos acessibilidade às medidas de segurança. Esta situação aponta para lacunas da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Mulher. Loucura. Periculosidade. Políticas de Saúde Mental.

Abstract

This dissertation focuses on the perception of mental health professionals on the practices of attending crazy women who are offenders, pervaded by an intersectional view. In this research, workers from the mental health network of Belo Horizonte / MG, who have already performed or perform care for women with mental suffering and authors of wrongdoing, were interviewed. Despite the implementation of the Psychiatric Reform in Brazil and Law No. 10,216 of 2001 (Lei n. 10.216, 2001), the processes of reintegration of people with mental suffering present points to be articulated in the interface with the categories of gender and the practices of criminal law. The offending women are pervaded by a triple inequality bias: by gender issues, by madness and by having committed infraction acts. Thus presenting singularities that must be scored, observed and considered in mental health practices. In this sense, it is possible to recognize that the space of the offender establishes relationships in a conflictual manner with the plurality of social perspectives of the “beautiful, modest and home” woman, added, the mother, passive and “sanctified” woman. Using semi-structured interviews with workers from CERSAMs in Belo Horizonte / MG, as a methodological procedure, it was possible to analyze, the workers' perspective on the offending women and how the workers carry out their practices from the understanding of gender, madness markers and dangerousness. The results point to some aspects that characterize women, madness and dangerousness, as categories, which show social differences. Regarding professional practices, they present different forms of attention and care for this audience. Another point to note is that even with all the apparatus of the Psychiatric Reform and the Anti-asylum Fight, there are still a large number of women with mental suffering and perpetrators of wrongdoing who are under the prison system, having their rights violated, presenting lawsuits. vulnerability, invisibility, having less and / or deficient access to health and mental health services, such as CERSAMs, in addition to also presenting less accessibility to security measures. This situation points to gaps in the anti-asylum struggle and the Psychiatric Reform.

Keywords: Woman. Madness. Dangerousness. Mental Health Policies.

Resumen

Esta disertación se enfoca en la percepción de los profesionales de la salud mental sobre las prácticas de atención a mujeres locas que son delincuentes, impregnadas por una visión interseccional. En esta investigación, se entrevistó a trabajadores de la red de salud mental de Belo Horizonte / MG, que ya han realizado o cuidan a mujeres con sufrimiento mental y autores de marcha mala. A pesar de la implementación de la Reforma Psiquiátrica en Brasil y la Ley N ° 10.216 de 2001 (Lei n. 10.216, 2001), los procesos de reintegración de las personas con sufrimiento mental presentan puntos que deben articularse en la interfaz con las categorías de género y las prácticas del derecho penal. Las locas ofensivas están impregnadas de un sesgo de triple desigualdad: por cuestiones de género, por locura y por haber cometido actos de infracción. Presentando así singularidades que deben puntuarse, observarse y considerarse en las prácticas de salud mental. En este sentido, es posible reconocer que el espacio de la mujer delincuente loca establece relaciones de manera conflictiva con la pluralidad de perspectivas sociales de la mujer "bella, modesta y hogareña", agregó, la mujer madre, pasiva y "santificada". Utilizando entrevistas semiestructuradas con trabajadores de CERSAM en Belo Horizonte / MG como procedimiento metodológico, fue posible analizar la perspectiva de los trabajadores sobre las mujeres locas ofensivas y cómo los trabajadores llevan a cabo sus prácticas desde la comprensión del género, los marcadores de locura y peligrosidad. Los resultados señalan algunos aspectos que caracterizan a las mujeres, la locura y la peligrosidad, como categorías, que muestran diferencias sociales. En cuanto a las prácticas profesionales, presentan diferentes formas de atención y cuidado para esta audiencia. Otro punto a tener en cuenta es que incluso con todo el aparato de la Reforma Psiquiátrica y la Lucha contra el asilo, todavía hay un gran número de mujeres con sufrimiento mental y autoras de marcha mala que están bajo el sistema penitenciario, con sus derechos violados, presentando demandas judiciales. vulnerabilidad, invisibilidad, tener un acceso menor y / o deficiente a los servicios de salud y salud mental, como los CERSAM, además de presentar una menor accesibilidad a las medidas de seguridad. Esta situación apunta a lagunas en la lucha contra el asilo y la reforma psiquiátrica.

Palabras clave: Mujer. Locura. Peligrosidad. Políticas de Salud Mental.

LISTA DE FIGURAS

Figure 4 – Mapeamento das pessoas cumprindo Medida de Segurança em Minas Gerais em 2011	91
Figure 5 - Estado Civil declarado das mulheres em Medida de Segurança em Minas Gerais em 2011.....	94
Figure 6 - Profissão declarada das mulheres em Medida de Segurança em Minas Gerais 2011	95
Figure 7- Situação jurídica das mulheres em Minas Gerais 2018	96
Figure 8 – Faixa etária das mulheres em Medida de Segurança no Hospital Judiciário Jorge Vaz.....	99
Figure 9 - Estado Civil das mulheres em Medida de Segurança no Hospital Judiciário Jorge Vaz	100
Figure 10 - Autodeclaração de raça das mulheres em Medida de Segurança no Hospital Judiciário Jorge Vaz	100
Figure 11 - Escolaridade das mulheres em Medida de Segurança no Hospital Judiciário Jorge Vaz.....	101
Figure 12 - Profissão das mulheres em Medida de Segurança no Hospital Judiciário Jorge Vaz	101
Figure 13 - Artigo do CPB em que incide o ato ilícito das mulheres em Medida de Segurança no Hospital Jorge Vaz	102

Lista de abreviações e siglas:

ABRAPSO – Associação Brasileira de Psicologia Social

Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero

ATP – Ala de Tratamento Psiquiátrico

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CERSAMs – Centros de Referência em Saúde Mental

CERSAM-AD – Centro de Referência de Saúde Mental, Álcool e Drogas

CERSAMI - Centro de Referência em Saúde Mental Infantil

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

COEP – Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CPB – Código Penal Brasileiro

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRP – Conselho Regional de Psicologia

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

ECTP – Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

GEDSA – Gerência de Educação em Saúde – BH

GT – Grupo de Trabalho

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HPJJV – Hospital Psiquiátrico Judiciário Jorge Vaz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBCCRIM – Instituto Brasileiro de Ciências Criminais

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

Infopen – Sistema Integrado de Informações Penitenciárias do Ministério da Justiça

LEP – Lei de Execução Penal

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

M.S. – Medida de Segurança

PAI-PJ – Programa de atenção integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental infrator

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

PTS – Plano Terapêutico Singular

PUC/MG – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

SUS – Sistema Único de Saúde

SUP – Serviço de Urgência Psiquiátrica

TAI – Termo de Anuência Institucional

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UEMG – Universidade Estadual de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 LOUCURA, GÊNERO E PERICULOSIDADE: HISTÓRIA, ARTICULAÇÕES E DESAFIOS.....	27
2.1 As transformações históricas da loucura	27
2.2 A Reforma Psiquiátrica e os serviços substitutivos.....	35
2.3 As práticas de cuidado em saúde mental nos CERSAMs.....	47
3 MULHER: DISCUSSÕES INTERSECCIONAIS E PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO	59
3.1 A mulher e a loucura	59
3.2 Mulheres, loucura e periculosidade.....	63
4 METODOLOGIA.....	86
5 A COMPREENSÃO DOS TRABALHADORES DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO ATENDIMENTO DE USUÁRIAS APÓS A REALIZAÇÃO DE ATO ILÍCITO DA CIDADE DE BELO HORIZONTE/MG	92
5.1 Contextualização e mapeamento das mulheres loucas infratoras em Belo Horizonte e Minas Gerais	92
Sendo assim, identificar algumas características e compreender os marcadores sociais da diferença que podem definir a percepção sobre essas mulheres nos possibilita pensar os atravessamentos que estão colocados na produção subjetiva e que se mostram presentes na relação dessas mulheres com os profissionais de saúde (tão presentes e importantes nos estudos da psicologia). Da mesma forma, auxilia-nos nos processos de análise de como os profissionais compreendem essas mulheres/usuárias nos serviços de saúde mental (CERSAMs) de Belo Horizonte/MG.....	106
5.2 As entrevistas com trabalhadores dos CERSAMs de Belo Horizonte/MG: percursos e percalços no atendimento direcionado à mulher louca infratora	106
5.4 Diagnósticos – entre singularidades e quadros clínicos inteligíveis.....	112
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
REFERÊNCIAS.....	146
ANEXO I – Roteiro de Entrevista	158
ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	160

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho se desenvolve a partir de vários incômodos que surgiram de meus estudos, pesquisas e, principalmente, de minha prática no campo da saúde mental¹, que me levaram a questionar: por que a sociedade e as práticas de saúde mental, de maneira generalizada, se veem confrontadas e ao mesmo tempo morosas diante da relação que se estabelece entre a loucura² e o ato ilícito? Por que, quando há a junção da loucura e da periculosidade³, o imaginário social abrange os “conceitos” do descontrole, do medo, da irracionalidade e da incurabilidade? E por que as mulheres⁴ portadoras de sofrimento mental estão sujeitas a análises e práticas de cuidados distintas às dos homens a partir da mesma condição?

Este projeto tem como ponto central o estudo das práticas em saúde mental, atravessadas pelas questões de gênero e periculosidade. Mesmo com a implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil e da Lei nº 10.216 de 2001 (Lei n. 10.216, 2001), é possível perceber que as categorias de gênero e os marcadores da periculosidade ainda apresentam pontos não muito bem

1 Desde 2011 (dois mil e onze), ano de minha formação como psicóloga, quando apresentei meu trabalho de conclusão de curso (TCC) com o título: “A perspectiva da psicologia no âmbito da saúde mental: algumas reflexões” venho me dedicando ao estudo e à atuação no campo de saúde mental. Realizei uma pós-graduação lato sensu em Saúde Mental na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG), onde apresentei o trabalho de conclusão: “O louco infrator, os programas de saúde mental e a lei: reflexões e desafios”. Trabalhei num projeto para atendimento de usuários de saúde mental, com o objetivo de desenvolver a re/inserção social dos mesmos. Participei do projeto de pesquisa e extensão “O acompanhamento terapêutico na rede de atenção psicossocial de Itaúna: ampliando as estratégias de inserção social, cidadania e protagonismo dos usuários”, na UEMG (Universidade Estadual de Minas Gerais) unidade Divinópolis/MG (universidade em que me formei). No CAPS II de Itaúna/MG, realizei o acompanhamento terapêutico com uma usuária, sob medida de segurança pelo PAI-PJ da cidade, e atuei como profissional voluntária. Atualmente estou como coordenadora da Comissão de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Conselho Regional de Psicologia (CRP) do Centro-Oeste, sou membro do Grupo de Trabalho (GT) da ABRAPSO (Associação Brasileira de Psicologia Social) – sede Divinópolis –, e integrante do Núcleo Conexões de Saberes da UFMG. Tenho trajetória em coletivos que discutem sobre gênero e vulnerabilidade social e, atualmente, estou como docente na UNA Divinópolis/MG, nos cursos de Psicologia e Pedagogia.

2 Para Foucault (1997), a doença mental e a loucura tornam-se sinônimos a partir da construção social e cultural à qual o indivíduo dito louco está inserido. A loucura também se apresenta como um desvio da normalidade, e por ser um desvio apresenta também um caráter moral diante da sociedade. Tal conceito será abordado com maior profundidade posteriormente.

3 O conceito de periculosidade está presente no Código Penal Brasileiro de 1940, sendo a periculosidade um dos requisitos para a aplicação da medida de segurança. O psiquiatra é o profissional responsável por “diagnosticar/determinar” o “grau” de periculosidade de uma pessoa. Tal conceito será abordado com maior profundidade posteriormente.

4 Entendemos gênero como uma categoria analítica, social e histórica. Por isso iremos considerar, ao apresentar as singularidades e as idiosincrasias, que o conceito de mulher é permeado a partir da junção com a loucura e a periculosidade. Para Bandeira e Oliveira (1990, p. 8), “a conceituação de gênero enquanto possibilidade de “entender” processos de construção/reconstrução das práticas das relações sociais, que homens e mulheres desenvolvem/vivenciam no social”. Já para Buther (2003, p. 20), “o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas”. Tal conceito será abordado com maior profundidade posteriormente.

articulados entre si. As mulheres portadoras de sofrimento mental são sujeitas a práticas de cuidado que, muitas vezes, não levam em consideração a singularidade e a multiplicidade do seu gênero (a partir das construções sociais). Quando a essas mulheres é associada à condição de periculosidade, as práticas de cuidado em saúde mental ficam interpeladas pelas questões jurídicas.

As mulheres loucas infratoras⁵ são atravessadas por um triplo viés de discriminação e/ou marcadores sociais da diferença: por seu gênero, por serem portadoras de sofrimento mental e por terem cometido atos ilícitos. Para Zanella (2014, p. 18), “vemos construindo um silêncio no interior do silêncio da loucura: *o silêncio das loucas*”. Segundo Diniz (2015b, p. 2) “é indispensável atentar que a mulher reclusa é vista como transgressora da ordem na sociedade e da ordem na família, pois abandona seu papel de mãe e esposa”. Assim, é o incômodo (em mim) provocado por esses processos de hierarquização, discriminação, produção de práticas de vigilância, desigualdade e controle social que me levou a refletir e problematizar os temas aqui propostos, pautando a produção desta pesquisa/dissertação. Como trabalhadora e pesquisadora da área da saúde mental, fui provocada a articular algumas contribuições e pensamentos que entrelaçassem esses estudos sob o viés do gênero e da periculosidade. Pensar a loucura articulada ao gênero e aos atos considerados crime⁶ é também pensá-la a partir de seus significantes culturais, econômicos, sociais e políticos, além da história de vida do sujeito.

É preciso lembrar que, antes do ato criminoso, existe uma longa trajetória de sofrimento mental. O crime é uma consequência dessa história. No entanto, mesmo diante de um ato trágico, é possível apostar que essa pessoa é capaz de outras respostas em sua convivência social. (Barros-Brisset, 2010.p.7)

5 Louco infrator – o termo louco infrator é denominado por Fernanda Otoni Barros-Brisset (2010), no texto “Por uma Política de Atenção Integral ao louco infrator”, no qual ela descreve o louco infrator: “A designação do termo “paciente judiciário” refere-se ao modo como o portador de sofrimento mental que responde por algum processo criminal é comumente conhecido no campo da saúde mental, seja na condição de réu ou sentenciado”. Presume-se que essa articulação entre os vocábulos paciente e judiciário ocorreu devido ao fato de que o tratamento em saúde mental dessas pessoas apresenta-se, invariavelmente, vinculado a algum tipo de determinação judicial. Num contexto mais amplo, fora deste contexto discursivo, esse indivíduo tem sido designado, de modo geral, como “louco infrator” (Barros-Brisset, 2010, p. 13). Nesta dissertação, por trabalharmos com mulheres, iremos utilizar o termo “mulheres loucas infratoras”, que é designado às mulheres portadoras de sofrimento mental após a realização de ato ilícito/criminoso ou termo similar.

6 Segundo Sérgio Adorno (2002), crime pode ser entendido como transgressão imputável da lei penal, por ação e/ou omissão. Tendo significado social/penal distinto em diferentes épocas, culturas e territorialidade, o crime possui também diferentes engendramentos e significados para os processos de tipificação e punição dos mesmos, que podem variar a partir da cultura, da territorialidade e da temporalidade.

Desse modo, esta pesquisa busca analisar temas articulados à loucura, ao gênero e à periculosidade, com especial interesse na compreensão que os trabalhadores dos CERSAMs⁷ da rede de saúde mental de Belo Horizonte/MG têm ao realizar atendimentos com mulheres/usuárias que transitam nos campos da loucura e da periculosidade. Tomando como referência as articulações entre loucura, gênero e periculosidade, interessa-nos compreender como os trabalhadores de saúde mental direcionam suas práticas a partir desses atravessamentos. Alguns questionamentos acompanham esta pesquisa: Quais são as condutas/visões que esses profissionais da saúde mental têm para inserir a mulher-louca-infratora nos serviços substitutivos do CERSAM? Como se dá o processo de re/inserção social da mulher-louca-infratora a partir da Reforma Psiquiátrica, nos CERSAMs, na cidade de Belo Horizonte/MG?

Buscou-se analisar como os profissionais compreendem o processo de acolhimento, acompanhamento e encaminhamento das usuárias, atentando também para as diferenças entre esses processos com as usuárias em geral e aquelas nomeadas de “loucas infradoras”. Intentou-se ainda, através das entrevistas semiestruturadas com os profissionais entrevistados, identificar as ações desenvolvidas nos CERSAMs e o modo como essas práticas se relacionam à lógica manicomial, à Reforma Psiquiátrica e à institucionalização hospitalar e jurídica.

Tal nomenclatura, louca infratora, apresenta no contexto social uma dupla inaptidão, a da loucura e a da criminalidade, expondo singularidades que devem ser pontuadas, observadas e consideradas. De acordo com Nery (2018, p. 54) “analisando historicamente a loucura e o quadro social da louca infratora devemos levar em consideração os processos de exclusão, segregação e sofrimento aos quais ela foi submetida”. Ressalta-se que esse público é atendido na rede de saúde mental, em conjunto com os CERSAMs, após o processo e a definição de Medida de Segurança⁸ (M.S.), em regime ambulatorial, a partir da especificação do juiz, ou de maneira pontual, para consultas e acompanhamentos, quando a usuária está no sistema prisional aguardando julgamento ou quando, mesmo apresentando sofrimento mental, não é sentenciada

7 De acordo com a Linha Guia: Atenção em Saúde Mental (Souza, 2006, p. 59). “Para não confundir o leitor, estabelecemos uma questão de terminologia. Existem serviços de Saúde Mental voltados para o tratamento intensivo ou semi-intensivo de portadores de sofrimento mental. Nas portarias do Ministério da Saúde, esses serviços recebem o nome de CAPS ou Centros de Atenção Psicossocial. Contudo, em diferentes locais do país, os CAPS recebem nomes diferentes, em vários municípios mineiros, por exemplo, são chamados de CERSAMs, ou Centro de Referência em Saúde Mental. Portanto, podemos utilizar os termos como sinônimo: CERSAMs ou CAPS, tanto faz”.

8 De acordo com Castro (2009, p. 86) “as medidas de segurança têm como principal objetivo oferecer à sociedade uma nova forma de reingresso do portador de transtornos mentais, funcionando como uma forma de proteção à sociedade e como método de tentativa de cura”. Tal conceito será abordado com maior profundidade posteriormente.

a cumprir Medida de Segurança por não ser considerada inimputável⁹. A partir das políticas públicas de saúde mental, algumas mulheres loucas infratoras também podem ter acesso a serviços de saúde suplementar – nos casos em que a portadora de sofrimento mental é considerada imputável¹⁰ e cumpre sua sentença no sistema prisional. A imputabilidade é considerada, segundo o Código Penal Brasileiro (CPB) (Decreto-Lei n. 2.848, 1940), a aptidão de ser culpável, a partir da consciência da ilicitude e da capacidade psíquica, por um ato criminal. Assim, a imputabilidade penal é dada aos sujeitos capazes de distinguir suas ações e, dessa forma, ser responsáveis por elas. De Jesus (2012, p. 514) afirma: “Define-se imputável como aquele indivíduo são e desenvolvido que tem capacidade de saber que sua conduta é contrária a mandamentos da ordem jurídica”.

O Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei n. 2.848, 1940) apresenta assim distinção, para a sua ação, entre as pessoas “culpáveis”, consideradas imputáveis, e as pessoas “não culpáveis”, denominadas inimputáveis. Segundo Zaffaroni e Pierangeli (2011), o CPB ostenta uma teoria complexa de culpabilidade, a partir de duas correntes principais:

- i) uma majoritariamente, na qual a imputabilidade é considerada capacidade e elemento de culpabilidade e ii) uma minoria em que, do mesmo modo que as teorias psicológicas da culpabilidade, a imputabilidade é um pressuposto para a culpabilidade (Zaffaroni & Pierangeli, 2011, p. 549).

A M.S não é uma pena, dado que ela é aplicada nos casos em que a pessoa não tinha ciência no ato de suas ações. Sendo assim, esse indivíduo não é culpável e nem culpado pelo seu ato. De acordo com Zaffaroni e Pierangeli (2011), as medidas de segurança, embora não tenham propriamente uma natureza penal, em razão de não terem conteúdo punitivo, são formalmente penais, sendo impostas e controladas por juízes penais. Algumas considerações sobre as M.S se apresentam como importantes, principalmente em função da diferença entre M.S. e pena. As penas podem ser entendidas como uma resposta e uma repreensão do Estado para se evitarem novos delitos e/ou atos criminosos na sociedade.

9 Inimputável, de acordo com Castro (2009, p. 86), “se refere à não capacidade de entender um ato como ilícito, ou seja, um indivíduo que no momento do ato, por questões como retardo mental e/ou outras patologias mentais, não foi capaz de julgar seu ato como ilícito. Nestes casos elimina-se a culpabilidade dos portadores de transtornos mentais e eles ficam isentos da pena”.

10 Para Castro (2009, p. 85-86): “A imputabilidade se refere ao que é imputável, ou seja, aquele indivíduo que no momento no qual cometeu o delito tinha sanidade mental completa, a capacidade de compreensão do crime e de suas penalidades, além da liberdade de escolha para praticar ou não o crime”.

A pena exerce duas funções: a função preventiva e a função retributiva. A primeira tem como premissa a de que a prevenção geral é tanto mais eficiente quanto maior é a certeza da punição e a segunda é a de que a finalidade da pena é o restabelecimento da ordem violada pelo delito, na medida em que a pena deve ser proporcional ao crime cometido. (Melo, 2008, p. 1).

Já as M.S são referenciadas, a partir do Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei n. 2.848, 1940), como uma sanção penal, sem caráter retributivo, que tem como objetivo o caráter “preventivo-especial”, em que não se objetiva punir o agente, mas sim buscar a prevenção e a recuperação para que ele não volte a praticar delitos.

Se a Medida de Segurança é sanção, ela é completamente estranha ao direito penal. Advertimos, diversas vezes, que se deve entender por direito penal o complexo de normas que gravitam em torno da ideia da culpa e da pena e que dizem respeito ao crime sob o ângulo repressivo, mesmo que, em princípio e em última análise, a repressão sirva para prevenir. [...] As medidas de segurança foram introduzidas no Código Penal somente por razões de conexão, mas poderiam elas ser desentranhadas desse complexo legislativo, sem que o Código Penal ficasse por isto prejudicado. As medidas brilhariam assim com luz mais clara. (Franco & Júnior, 1966, p. 257-258).

Assim, de maneira geral, as penas são fundamentadas a partir da culpabilidade da pessoa que comete o ato ilícito enquanto as medidas de segurança são fundamentadas a partir da periculosidade apresentada pela pessoa que comete o ato considerado criminoso. Quanto à delimitação de temporal, Bitencourt (2012) nos explicita, em sua obra, que exclusivamente as penas têm uma determinação temporal limite, definida diante do processo jurídico, dado que as medidas de segurança apresentam uma data inicial, mas não uma data final pré-definida.

A pena retributiva, que é limitada pelo princípio da culpabilidade, não tem condições de satisfazer as mais elementares exigências de prevenção. A pena, baseada no princípio da culpabilidade, olha só o passado, o fato concreto já cometido pelo autor, enquanto que as exigências da prevenção geral e especial obrigam a se preocupar com o futuro. As medidas de segurança nasceram, portanto, para fazer frente a certas situações de periculosidade (extremamente acentuadas) que não podem ser neutralizadas com a pena. Chegam onde não pode chegar a pena e satisfazer exigências de prevenção inacessíveis à pena retributiva, complementando (ou substituindo) a resposta penal convencional. (Gomes & Molina, 2009, p. 605).

Sobre a inimputabilidade penal, o Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848, 1940) determina: “Art. nº 26. É isento de pena o agente que, por doença ou desenvolvimento mental

incompleto ou retardado, era ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.

Sendo assim, a doença mental pode ser um dos requisitos para se a inimputabilidade penal. É a partir dos trâmites legais e dos exames e procedimentos médicos periciais que se comprovaria a inimputabilidade. Ressaltando que, de acordo com o CPB (1940), para a inimputabilidade ser validada é necessário, no momento do crime, o sujeito ator da ação estar “inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito de fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento” (De Jesus, 2012, p. 544). Dessa forma, devemos nos atentar para o fato de que, para ser considerada inimputável, a pessoa, mesmo que portadora de sofrimento mental precisaria provar que no momento da realização da transgressão jurídica era incapaz de compreender a ilicitude dos seus atos.

Nos termos da lei, só é inimputável aquele que, ao tempo da conduta (ação ou omissão) era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato; o agente pode entender o fato, mas não o caráter ilícito de sua conduta e, nessa hipótese, é inimputável. Pode o sujeito, porém, apesar de um desses estados mórbidos, ser capaz de entendimento ético, devendo-se, nesta hipótese, verificar o aspecto volitivo, de autodeterminação, que pode não existir. É o que ocorre com alguma frequência em indivíduos portadores de certas psiconeuroses, os quais agem com plena consciência do que fazem, mas não conseguem ter domínio de seus atos, isto é, não podem evitá-los. (Toledo, 1982, p. 109-110).

Para além da imputabilidade e da inimputabilidade, ainda existe a semi-imputabilidade, que também pode ser conhecida como “imputabilidade diminuída”. Esse tipo de classificação é menos utilizado nos âmbitos jurídicos, dada a sua volatilidade e até mesmo a inconsistência dos seus parâmetros, uma vez que a semi-imputabilidade pode ser considerada em casos em que há elementos insuficientes para se comprovar a capacidade e/ou incapacidade da pessoa de entender o ato ilícito, no momento da ação, sem, no entanto, excluir a culpabilidade do mesmo diante da ação. Para esses casos, o artigo 26 do CPB (Decreto-Lei n. 2.848, 1940) dispõe sobre a possibilidade de redução de pena, em situação de semi-imputabilidade. De acordo com Bitencourt (2012, p. 243), a semi-imputabilidade seria referente “a casos fronteirços, em que o estado da pessoa afeta a saúde mental, sem, entretanto, perturbá-la de modo completo”.

A estes casos, na doutrina, é comum chamar de “imputabilidade diminuída” e de “semi-imputabilidade” denominações que não reputamos, no entanto muito corretas, pois trata-se de hipóteses em que há delito, com todos os seus caracteres, inclusive, logicamente, a culpabilidade que, em tal situação, apresenta um menor grau de censurabilidade, em virtude de uma perturbação da consciência que não chega a configurar uma inimputabilidade. (Zaffaroni & Pierangeli, 2011, p. 548).

De acordo com o CPB (Decreto-Lei n. 2.848, 1940), a semi-imputabilidade pode possibilitar tanto a Medida de Segurança quanto a pena, sendo que o sujeito considerado semi-imputável pode cumprir a pena no sistema carcerário/penitenciário e a Medida de Segurança tanto em regime fechado em Hospitais Psiquiátricos Judiciários quanto em tratamento ambulatorial, dependendo do juiz o encaminhamento para tal. A Medida de Segurança é oferecida apenas nos casos em que, depois de declarada pelo laudo pericial médico a inimputabilidade, o juiz a estipula como meio de sanção penal. É oportuno deter-se ao fato de que, mesmo que o laudo médico contenha elementos declarando a inimputabilidade da pessoa, o juiz pode ou não estipular a Medida de Segurança.

No âmbito das sanções impostas aos imputáveis, à lógica punitiva tradicional tem se pautado em alguns pressupostos aparentemente inquestionáveis, tais como o de que a pena deve ser tanto mais severa quanto mais grave for o crime praticado; e o de que a pena deve ser definida primordialmente em função do tipo e da gravidade do crime cometido, e não da ressocialização do condenado. Ocorre que esses mesmos pressupostos são utilizados pelo Código Penal ao tratar das medidas de segurança, definindo a espécie de medida não em função das peculiaridades do transtorno mental, mas do tipo e da gravidade do crime. Em outros termos, a modalidade de “tratamento” a ser oferecida ao paciente, se ambulatorial ou de internação, depende não de seu quadro clínico, mas do tipo penal e da pena que lhe seria imposta por conta desse tipo penal. (Sá, Alves & Barone, 2013, p. 2).

A Medida de Segurança enquanto sanção penal pode se dar por meio de internação em Hospital Judiciário ou instituição similar até a cessação da periculosidade. Ressalta-se que tais instituições apresentam características totalitárias e penais, sendo coordenadas pela Secretaria de Segurança e Administração Penitenciária do Estado.

Ademais, o tratamento, nestes ambientes não está de acordo com o que foi estabelecido na Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001. Embora esteja determinado nessa lei que a internação somente poderá ocorrer quando se mostrarem insuficientes os recursos extra-hospitalares, ainda é frequente a aplicação de medida de segurança em caráter de internação. (Balbão, 2016, p. 9).

A medida de segurança pode ocorrer ainda em tratamento ambulatorial (em meio aberto), pela rede pública em conjunto com os CERSAMs ou outros serviços substitutivos ou pela rede privada.

Diferentemente da *pena* imposta ao indivíduo imputável, a medida de segurança não tem natureza retributiva e visa exclusivamente ao tratamento deste, e não à expiração de castigo. Tal objetivo é agora reforçado pela Lei da Reforma Psiquiátrica que, dentre

outras regras, estabelece que “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (Art. 4º, § 1º), sendo expressamente vedada a internação em instituições com características asilares e que não assegurem aos pacientes os direitos enunciados no parágrafo único do art. 2º da mesma Lei (Art. 4º, § 1º). (Silva, 2010, p. 113)

Ressalta-se que também pode ocorrer de o juiz, mesmo após a apresentação do laudo médico atestando o sofrimento mental, que visibilizaria a inimputabilidade, decidir não concedê-la ao autor do ato considerado crime. Nesses casos, em que o juiz considera que há imputabilidade, o autor pode ser sentenciado a cumprir sua pena no sistema carcerário/penitenciário. Em tais situações, é possível perceber que, mesmo a pessoa apresentando características de inimputabilidade, pela ciência médica e/ou psiquiátrica, esse indivíduo pode ser considerado imputável para o sistema jurídico. Apresenta-se, assim, uma teia de possibilidades, que pode envolver tanto a medicina quanto o direito e o percurso do portador de sofrimento mental que realizar um ato ilícito.

No delineamento inicial desta pesquisa, buscou-se pensar sobre os processos de reinserção social e as perspectivas dos trabalhadores da rede de saúde mental nos serviços substitutivos, a partir da Medida de Segurança em âmbito ambulatorial. Entretanto, no decorrer do campo foram se apresentando muitos outros formatos jurídicos para além da M. S. Foi possível ter acesso a informações de muitos atendimentos realizados nas unidades dos CERSAMs de Belo Horizonte, com mulheres que não estão em M. S., mas que respondem por algum ato, independentemente do regime jurídico, pois muitas estão ainda sem julgamento (prisão preventiva ou provisória) ou até sentenciadas, consideradas imputáveis.

Essa situação se opõe aos princípios da Reforma Psiquiátrica, da luta antimanicomial¹¹ e do Código Penal, que preveem e defendem os direitos dos portadores de sofrimento mental de ter acesso à Medida de Segurança em regime fechado nos Hospitais Judiciários ou no regime aberto em meio ambulatorial. O sistema carcerário brasileiro, que já se apresenta superlotado e sobrecarregado, acaba dificultando o acesso necessário para o cuidado em saúde mental.

A Lei Antimanicomial introduz contornos humanísticos no tratamento clínico de enfermidades, fomentando a desinstitucionalização e ampliando a responsabilidade da

11 A luta antimanicomial, entendida como um movimento que se volta contra o manicômio não apenas como espaço físico (Hospital Psiquiátrico, comunidade terapêutica, asilo, clínica psiquiátrica), mas também como saberes e práticas que acabam por relacionar loucura, sofrimento psíquico e/ou uso de álcool e outras drogas necessariamente e quase unicamente à doença, periculosidade, instabilidade e aquilo que necessita de tutela e contenção física e química. (Pereira & Passos, 2017, p. 9).

família quanto ao tratamento do doente. Confere tratamento digno e garantista, alcançável por todos e quaisquer sujeitos portadores de transtorno mental, independentemente de seu grau de acometimento ou de periculosidade e, em última análise, de eventual precedente criminal. Ou seja, para fins de aplicação deste diploma, inexistente diferenciação entre os insanos autores e os não autores de delitos. Assim, nota-se que esta Lei representa um esforço de uniformização do tratamento dos indivíduos submetidos à internação judicial, aplicando-se indistintamente quer ao âmbito criminal, quer ao cível. Isso demonstra que o tratamento médico é rigorosamente o mesmo em qualquer dos casos, e deve ser voltado às peculiaridades biopsicológicas do paciente, sendo-lhe indiferente o instituto jurídico que conduziu o indivíduo ao tratamento. (Sá, Alves & Barone, 2013, p. 5).

A movimentação a favor do cuidado em liberdade, a partir da Medida de Segurança em meio aberto, para os portadores de sofrimento mental autores de atos transgressores, se dá para além do campo da Lei nº 10.216 e da Reforma Psiquiátrica, contando também com a parceria de membros do setor jurídico e penal. Balbão (2016) ressalta que:

é necessário lembrar que o próprio direito penal, ao pensar a medida de segurança, parece ter por fim priorizar o tratamento das pessoas inimputáveis portadoras de sofrimento psíquico. Sendo assim, não haveria motivos para deixar de adequá-las às mudanças projetadas pela Reforma Psiquiátrica, com a ideia de possibilitar um melhor direcionamento aos indivíduos absolvidos imprópriamente. (Balbão, 2016, p. 28).

Bitencourt (2012) também nos elucida sobre as possibilidades tanto de reposição de pena por M. S. e vice-versa quanto de transição de M. S. em tratamento ambulatorial para M. S. em regime fechado e vice-versa. A reposição da pena em M. S. ocorreria nos casos em que o autor do ato criminoso é considerado semi-imputável. Nesses casos poderá haver, no decorrer do desenvolvimento do processo e/ou da pena, mudanças com relação ao encaminhamento do autor do ato ilícito tanto de pena para M. S. quanto de M.S para pena. Tal caso ocorrerá apenas quando for comprovada (ou não) a necessidade de tratamento psiquiátrico. Já a transição da M. S. em tratamento ambulatorial para regime fechado poderá ocorrer se o sujeito inimputável apresentar episódios de “periculosidade” e/ou realizar novo ato considerado crime. A transição da Medida de Segurança em regime fechado para o tratamento ambulatorial, por sua vez, se dará, conforme já especificado, quando o portador de sofrimento mental, após realizar exame pericial médico, tiver a sua “periculosidade” “cessada” e o juiz conceder a M. S. em regime ambulatorial. Bitencourt (2012) ainda ressalta sobre a importância de se realizar todo um processo, seja ele médico ou jurídico, com ética, seriedade, profissionalismo e compromisso social – para se evitar equívocos, tanto no que se refere à classificação e à recomendação com

relação à imputabilidade, à inimputabilidade e à semi-imputabilidade pelo perito médico quanto no que diz respeito ao veredito do juiz e a todo o processo judicial.

Pelo trabalho em campo, buscou-se então direcionar esta pesquisa para a compreensão dos trabalhadores dos CERSAMs de Belo Horizonte/MG, no atendimento com mulheres loucas infratoras, independentemente de elas estarem ou não em Medida de Segurança e/ou em sistema carcerário ou liberdade.

Nesse sentido, esta dissertação busca, como objetivo geral, analisar a compreensão dos trabalhadores dos serviços substitutivos sobre as práticas específicas na atenção às usuárias dos serviços de saúde mental que estejam respondendo por atos considerados crimes e ao pesquisar a compreensão dos trabalhadores de saúde mental de Belo Horizonte/MG, fazer um recorte sócio-histórico do significado da loucura, da representação de ser mulher na sociedade e do conceito e da aplicação da periculosidade. Além disso, como objetivos específicos, procura-se analisar as práticas disponibilizadas às usuárias, a partir das ações realizadas pelos profissionais que atuam nos CERSAMs de Belo Horizonte/MG. Investigando como estão sendo desenvolvidas as práticas de atendimento e os processos de re/inserção social da usuária louca infratora, em CERSAMs de Belo Horizonte/MG, através do conteúdo manifesto e da compreensão dos conceitos de loucura, gênero e periculosidade apresentados pelos profissionais entrevistados. Além de analisar a compreensão dos profissionais sobre as especificidades do trabalho com mulheres em medidas de segurança para promover re/inserção, socialização, responsabilização e autonomia.

Dessa maneira, busca-se compreender e apresentar o estudo das práticas de atendimento em saúde mental, perpassadas por um olhar interseccional, pelas questões de gênero e periculosidade e as formas como tais marcadores sociais podem influenciar nessas práticas de saúde mental. Acredita-se que compreender de maneira mais ampla os sentidos associados à loucura e à periculosidade pode auxiliar a pensar e identificar sobre os processos de exclusão, desigualdade e classificação que podem ocorrer nos atendimentos em saúde mental. Além disso, ajuda-nos a entender como, a partir desses marcadores sociais, a sociedade demarcou a noção de anormalidade e periculosidade no decorrer do tempo, até chegarmos aos dias atuais.

Outro ponto esperado é que este estudo, tendo como base a compreensão dos profissionais dos CERSAMs de Belo Horizonte/MG, possibilite-nos pensar, compreender e discutir sobre as práticas de atendimentos a partir da Reforma Psiquiátrica e da legislação de atenção e cuidado às portadoras de sofrimento mental autoras de ato considerado crime que apresentam as características idiossincráticas das mulheres loucas infratoras.

No primeiro capítulo iremos discutir sobre a loucura, especialmente a história da loucura, da saúde mental e da reforma psiquiátrica, os serviços substitutivos, os CERSAMs e sua prática em Belo Horizonte/MG. No Capítulo dois serão apresentadas discussões sobre os processos de subjetivação da mulher, focando nas questões direcionadas à loucura e à periculosidade. No capítulo três iremos apresentar o debate metodológico e as entrevistas com os trabalhadores dos CERSAMs de Belo Horizonte/MG que realizaram ou estão realizando atendimento com mulheres loucas infratoras, sendo feita a análise das entrevistas a partir de inspiração na análise do discurso. As entrevistas foram conduzidas contando com um roteiro elaborado a partir de temáticas relativas aos objetivos desta dissertação (Anexo I).

2 LOUCURA, GÊNERO E PERICULOSIDADE: HISTÓRIA, ARTICULAÇÕES E DESAFIOS

2.1 As transformações históricas da loucura

A loucura está presente na civilização, enquanto fenômeno e prática social, desde a origem da humanidade, tendo transitado entre vários significantes e significados – como o profano e o sagrado, o aceito e o excluído socialmente –, com várias faces e muitos nomes, até chegar a ser compreendida pela visão racionalista como desrazão e pelas ciências médicas como doença (Barros-Brisset, 2011).

É relevante pensarmos que todo o processo de construção do conceito da loucura é transpassado pelo social e pela sociedade, sendo assim um importante fenômeno a ser estudado, pensado e elaborado pela Psicologia Social. Foucault (1997) narra diversos processos históricos e sociais aos quais as pessoas ditas loucas foram submetidas. As pessoas portadoras de “transtornos mentais”, a priori, conviviam de forma integrativa na sociedade. Em diversas épocas, essas relações tinham características diferentes, passando pelos cunhos religiosos, poético, moral e místico, até chegar ao caráter médico/científico moderno. Este, exatamente por refletir sobre os processos nos quais o conceito de loucura e suas formas de tratamento social se fundamentou na sociedade no decorrer dos tempos, traz como forma de pensamento/reflexão que loucura não é algo da “natureza” das pessoas ou uma “doença” do organismo, mas um “fato de cultura” (Foucault, 1997) .

Foucault, na primeira parte do livro *História da Loucura* (1997), faz uma análise histórica e conceitual sobre a loucura, desde a Idade Média, relacionando-a com as suas formas de “tratamento” a partir de ideias e práticas sociais. É possível perceber, desde a *Nau dos Loucos*¹², que a humanidade realizou a retirada/segregação dos doentes mentais do convívio social, não aceitando a loucura no meio social e propondo práticas de desigualdade, isolamento e silenciamento. Percebe-se, assim, a relação da loucura com a exclusão e o apartamento social,

12 A *Nau dos loucos* foi descrito e apresentado por Foucault, no livro *a História da Loucura* (1997), como uma das formas de isolamento e punição que a sociedade dos séculos XVI e XVII realizava com os portadores de sofrimento mental. Os portadores de sofrimento mental eram colocados em navios e soltos em alto-mar, visando-se, assim, a “segurança” e a “ordem” dentro da sociedade, dado que os loucos eram exonerados do convívio social. Aos portadores de sofrimento mental, abandonados a própria sorte, a fome e a morte, poderia ser um dos destinos fadados ao alto mar.

bem como a busca por reproduzir um lugar de inferioridade e subalternidade aos sujeitos ditos loucos, dado que estes eram expulsos das cidades, como párias sociais.

Um objeto novo acaba de fazer seu aparecimento na paisagem imaginária da Renascença; e nela, logo ocupará lugar privilegiado: é a Nau dos Loucos, estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos (...) de todas essas naves romanescas ou satíricas, a *Narrenschiff* é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos. (Foucault, 1997 p. 12-13).

Na segunda parte do livro, é apresentada e discutida a ideia da loucura como desrazão, que é considerada a partir do autor como o oposto da razão. A razão, por sua vez, parte de contextos da normalidade, do bem, do padrão, do saudável e do bom, enquanto a loucura parte de conceitos da anormalidade, da maldade, do desvio, da doença e do que é ruim. Nesse processo histórico e social, a loucura é transformada em objeto médico-psiquiátrico e o sujeito louco, objeto desses saberes (Foucault, 1997).

A loucura, seja ela como objeto, seja como sujeito, adquire distintas formas ao longo do tempo. Foucault propõe que os historiadores façam uma história das formas, das emergências, das formas de objetos e de sujeitos. Os objetos e os sujeitos não estão formados fora do processo histórico que os conformou e da própria escrita da história que volta a refigurá-los. A loucura é o conjunto das figuras literárias, pictóricas, médicas, jurídicas, teológicas, etc. Ela não tem existência exterior as suas figurações. A história, como aprendera com Nietzsche, é o carnaval dos tempos, o desfile de suas máscaras. Se a *História da loucura* começa por colocar em cena a figura do louco errante, o habitante dos barcos, que no texto de 1967 serão nomeados de heterotopias, ou seja, um lugar ao mesmo tempo real e imaginário, um lugar dentro e fora da ordem, começa por figurar loucos que podiam estar em todos os lugares, mas não pertenciam a lugar algum, esse ser nômade, ser do meio, que embora livre, embora ainda não enclausurado, era excluído das cidades e vagavam e viviam presos ao próprio limiar, ao próprio limbo, corporificando aquilo que Bataille chamará de experiência do limite ou experiência limite; para em seguida figurar o louco submetido à grande internação, enclausurado, acorrentado, aproximado e misturado com criminosos, vadios, trapaceiros, sodomitas, prostitutas, vagabundos, com parte de pobreza, ao mesmo tempo merecedora da caridade e da punição; e terminará por fazer aparecer o louco sozinho, individualizado pelo esvaziamento dos hospitais, objeto de um novo olhar, atento, próximo, que procurará desvelar a sua verdade mais íntima. Libertado das correntes, será definitivamente aprisionado em sua própria loucura. Se antes louco e loucura não coincidiam, eram figuras distintas, agora se justapõem, coexistem se entrelaçam para fazer o louco ser a manifestação de sua loucura e esta a verdade do próprio louco. (Junior, 2013, p. 98-99).

Foucault também enfatiza e investiga, em sua obra *História da Loucura* (1997), da Idade Média até os tempos modernos, os processos de cuidado e denominações de saberes que se constituíram em torno do sujeito “louco” e suas figuras, sendo institucionalizados, medicalizados e estigmatizados como desracionalizados. Identificou-se em seu estudo que os chamados “loucos” foram, aos poucos, perdendo seus direitos, seu lócus social, não sendo responsabilizados pelos seus atos e sendo considerados inimputáveis diante da ordem e das leis jurídicas e sociais. Essa cultura segregativa, vinda das práticas de cuidado e saber propagadas desde a Idade Média, vêm evidenciar e afirmar os paradigmas fundamentados no estigma, na exclusão e na negação, não só dos direitos humanos, mas também no livre acesso à sociedade e à cidadania. Foucault (2000) evidencia como, a partir do século XVII, no Ocidente, o “cuidado e o tratamento” da loucura eram baseados na exclusão social e na internação em instituições totais. Ao se pensar nos cuidados de saúde mental destinados às mulheres, é possível perceber que outros fenômenos e marcadores sociais também geravam distinções entre os tratamentos.

As mulheres foram submetidas a procedimentos terapêuticos, por exemplo, a extirpação do clitóris e a introdução de gelo, que tinham por objetivo erradicar as perturbações mentais. Mesmo que em alguns casos estas práticas não resultassem na eliminação ou cura das patologias. (Moura & Popperl, 2019, p. 57).

A alienação, como foi inicialmente classificada a loucura, era composta por uma visão médica/organicista. Essa visão buscava superar a temática, que perdurou durante muitos anos, na qual se acreditava, por exemplo, que as pessoas portadoras de sofrimento mental eram representações dos deuses e/ou representações místicas – tais representações não apresentavam uma conotação científica e/ou biológica e por isso tinham de ser combatidas e substituídas pelas representações médicas, que estavam em franco desenvolvimento, principalmente a partir do século XVII (Foucault, 1997). Os processos históricos e sociais aos quais as pessoas ditas loucas foram submetidas foram se modificando ao longo do tempo, principalmente a partir do desenvolvimento científico-tecnológico.

Felix Plater (1625), médico, criador do conceito de alienação mental (*mentis alienatio*) apresenta a primeira classificação médica de *alienatio*, e marca a reconquista do território da loucura, pela medicina, após as desvairadas explicações demonistas, do século XVI. O critério de classificação de Plater é, a um só tempo, filosófico e psicológico (ou comportamental): a alienação, na acepção genérica, é lesão da mente ou *mens*, que pode ser a razão, a imaginação, ou a memória. Assim, o conceito de alienação é muito mais abrangente que o de loucura, na doutrina de Plater. (Pessotti, 1999, p. 33).

As pessoas portadoras de “transtornos mentais”, a priori, conviviam de forma integrativa na sociedade, e isso gerava outras formas de representação social e relação entre os ditos loucos e os não loucos.

Apenas no final da antiguidade grega veremos surgir à ideia de que a causa de muitas alterações no comportamento das pessoas poderia ser atribuída a alguma doença que se instalou no organismo humano. Esses comportamentos não seriam mais identificados como uma circunstância ocasionada e regulada pelos deuses ou por conflitos humanos em relação com as normas sociais, mas sim eram causados por uma doença que alterava o funcionamento do próprio organismo, durante o tempo que ele se encontrasse enfermo. (Barros-Brisset, 2011, p. 39).

Salienta-se que cada sociedade ou cultura lida com a “loucura” de forma distinta, e por isso, os processos de desenvolvimento, coexistência e de organização social se diferenciam diante da temporalidade, da territorialidade e da civilização. Foucault (2000, p. 71) evidencia que “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal”. Com isso, o convívio e o cuidado com os ditos “loucos/loucas” foram atravessados por diversos significados (desarrazoados, anormais, desresponsabilizados...), até se tornarem objetos da medicina/psiquiatria e da justiça (sendo inimputáveis diante das leis penais e sociais).

O que importa ressaltar em uma comparação entre percepção/visão antiga e percepção/concepções modernas, considerando todo o percurso de transformação da percepção da loucura desde a Renascença, é o processo de interiorização da loucura como experiência subjetiva de um sujeito. Experiência esta fundada no distúrbio como resultado de processos subjetivos que escapam ao próprio sujeito. Estão dadas as condições para que instale de modo cada vez mais hegemônico a percepção científica sobre a loucura, seja ela dada em sua primeira versão, pelo saber médico-moral ou alienista, seja nas outras versões que iriam suceder: ao médico-organicista, a fenomenologia, a psicanalítica. (Passos, 2009, p. 52).

Essas especificações do saber/poder sobre a loucura, engendradas por conceitos, teorias e suposições, evoluíram para processos de segregação e subjugação, até a transformação da loucura em doença mental e, assim, passível de tratamento e controle das ciências biológicas e organicistas.

A assistência médica/psiquiátrica que se desenvolveu na Europa no século XIX enfatizava o hospital manicomial como eixo estruturador, representando uma resposta ativa à sociedade quanto à loucura e à ordem social e pública. Assim, o saber médico passou a privatizar as relações sociais, a segregar, prender e acorrentar os portadores de sofrimento mental, inclusive como método de punição pela desrazão apresentada pelo louco (Amarante,

1994). A loucura tratada como doença não é humanizada, mas sim observada, para a descrição de seus sintomas, e medicalizada, deixando de ser problema da igreja e da família para ser tutelada pelos hospitais, a partir do século XIX, tornando-se problema de ordem médica/científica.

A existência dos manicômios – símbolo daquilo que poderíamos definir como “reservas psiquiátricas”, equiparando-as ao *apartheid* do negro e aos guetos – é a expressão de uma vontade de excluir aquilo que se teme por ser desconhecido e inacessível, vontade justificada e cientificamente confirmada por uma psiquiatria que considerou o objeto dos seus estudos (incompreensível) e enquanto tal, relegável à fileira dos excluídos... O doente mental é um excluído que, numa sociedade como a atual, jamais poderá opor-se a quem o exclui, porque qualquer ato que venha a praticar está doravante circunscrito e definido pela doença. Assim, somente a psiquiatria, no seu duplo papel médico e social, pode ter condições de revelar ao doente o que é a sua doença e o que a sociedade lhe fez, excluindo-o dela. (Basaglia, 2005, p. 117).

A psiquiatria desenvolve-se a fim de possibilitar a produção racional, positivista e organicista e a ordem social. Amarante (1995) descreve que os hospitais eram lugares de extrema precariedade e que serviam como lócus para pessoas excluídas socialmente. A psiquiatria explicava a loucura no contexto biomédico, mas não se encarregava de recuperar o doente mental, que, trancafiado, torna-se invisível socialmente. Segundo Garcia¹³ (1967, p. 25), “a cultura burguesa eminentemente masculina que se impõe desde o século XVII não apenas redefine a loucura, mas também a palavra do louco e o papel da mulher”. Essa psiquiatria alienista institui uma correlação entre punição e ação terapêutica, na qual estar louco se relacionava com estar fora das normas e condutas sociais, sendo as mulheres também alvo desse processo de punição, padronização e normatização. Segundo Moura e Popperl (2019, p. 58), “logo, toda e qualquer mulher contrária às imposições sociais tornava-se alvo da Psiquiatria. Negar o exercício de seu papel social ou não o exercer corretamente era considerado uma forma de ameaça à própria ordem social estabelecida”.

A partir de demandas específicas de “loucos criminosos” e/ou “loucos perigosos” e da junção dos conhecimentos e das práticas da Psiquiatria e do Direito, surgem os Manicômios Judiciários.

13 Mesmo sendo uma referência antiga, ela se torna importante por contextualizar os processos de engendramento da representação social e da subjetivação das mulheres com a loucura, através dos processos sócio-históricos e dos percursos culturais, gerando performances que produziam e reproduziam sofrimento mental nas mulheres, além de segregação, discriminação, marcadores sociais da diferença e estigmas.

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

Os manicômios judiciários, para além da ideia de cuidado estabelecida pelos hospitais psiquiátricos, também apresentam a ideia de proteção social e controle. Porém, à medida que ocorre o desenvolvimento das ideias de punição, tanto pela loucura quanto pelo ato criminoso, os hospitais judiciários também vão se tornando ferramentas de punição diante do ato cometido. Essa nova atribuição dos hospitais judiciários de, além do controle social, encarceramento como punição ao ato ilícito e proteção social, aproxima os ideais dos hospitais judiciários das prisões.

Apesar de parecer estranho para grande parte das pessoas, a pena privativa de liberdade é uma invenção histórica recente. Isso ocorre devido à naturalização da ideia de encarceramento, já que a prisão atualmente se apresenta, ideologicamente (no sentido negativo), como medida indispensável e imutável para a correção estatal. Ocorre que, até o século XVIII, há registros de confinamentos que serviam principalmente para deter os suspeitos, ou os culpados por crimes que aguardavam a administração de sua sentença. Portanto, nessa época as penas não visavam à privação da liberdade, e sim diversos tipos de castigos corporais, como chicotadas, marcas de ferro, mutilação e até mesmo a morte com ou sem tortura. Estas penas eram complementadas pelo banimento do sujeito, ou pela condenação de trabalhos forçados. (Venturini, De Mattos, & Oliveira, 2016, p. 92-93).

Seguindo os conceitos e padrões europeus, os manicômios criminais passaram a existir, na segunda metade do século XIX, em outros lugares do mundo. Para Carrara (2010, p. 17), “parece ter sido a Inglaterra o primeiro país a erigir um estabelecimento particularmente destinado para os delinquentes alienados, a prisão especial de Broadmoor, em 1863”. Segundo Manacorda (1982), ao longo do século, o termo “manicômio criminal” transformou-se em “manicômio judiciário” para suceder o então “hospital psiquiátrico judiciário”. Tais instituições tinham como destino a internação dos ditos “loucos/loucas criminosos (as) /perigosos (as)”. De acordo com Bitencourt (2012, p. 841), o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico não passa de uma expressão eufemística, utilizada pelo legislador da Reforma Penal de 1984, para definir o velho e deficiente Manicômio Judiciário. Em alguns casos, foram criadas, dentro dos próprios manicômios, setores, seções/alas separadas para o abrigo específico dos portadores de sofrimento mental que cometessem crime e/ou delito. “Na França quanto nos Estados Unidos havia apenas anexos especiais a alguns presídios para a reclusão e tratamento dos delinquentes loucos ou dos condenados que enlouqueciam nas prisões.” (Carrara, 2010, p. 17). A partir dessas repartições, deparamo-nos, então, com a segregação dentro da própria instituição

segregativa. Acerca desse tema, Carrara (2010) esclarece que os manicômios judiciários são instituições complexas que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas, o asilo de alienados e a prisão, e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que “perseguem” a todos: o criminoso e o louco.

Assim como na Europa e nos Estados Unidos, os Hospitais Psiquiátricos Judiciários foram construídos no Brasil, mantendo a lógica da exclusão, da “proteção social” e do domínio do saber psiquiátrico e jurídico sobre o portador de sofrimento mental que cometesse algum delito ou apresentasse agressividade e/ou periculosidade na sociedade. “Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), no Brasil, é o produto da convergência entre duas das maiores instituições de controle do sujeito na nossa sociedade: a Psiquiatria e o Direito Penal” (CFP, 2019, p. 7). No Brasil, de acordo com Carrara (2010), foi inaugurado, em 1903, o chamado Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro. Nesse hospital havia uma seção separada, chamada de seção Lombroso, em homenagem ao médico positivista que se dedicou a “identificar e classificar”, a partir de características físicas, os “criminosos natos”. Tal seção era destinada aos “loucos da pior espécie” e à “gente perigosa”. Em 1921, com o nome de Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, foi fundado o primeiro Hospital Psiquiátrico Judiciário no país, sendo depois denominado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, extinto em 2013, após 92 anos de “atividade” (ou seria desserviço social?). Com relação à quantidade de Hospitais Psiquiátricos Judiciários no Brasil em 2011, de acordo com relatório de Diniz (2011):

são 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico no país. Os estados do Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins não possuem ECTPs¹⁴. Os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo são os únicos que possuem mais de um ECTP, com três ECTPs cada. (Diniz, 2011, p. 12).

Foucault (2010), em “os Anormais”, relata sobre a junção de conhecimentos e formas de poder, saber e controle entre a Psiquiatria e o Direito, a partir da Revolução Francesa. Juntos, além de ditar o que era normal ou anormal, a Psiquiatria e o Direito ditavam qual era o comportamento certo e errado socialmente, buscando exercer o máximo de saber e poder sobre os indivíduos e as sociedades a partir de suas formas de se relacionar. A Psiquiatria e o Direito

14 Estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico (ECTP), sinônimos de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATP), que são localizadas em presídios ou penitenciárias. (DINIZ, 2011, p. 12).

juntos também buscavam estabelecer os parâmetros penais diante dos atos criminosos e decidir sobre a culpabilidade e a periculosidade dos sujeitos, a partir de regras e parâmetros descritos por essas ciências.

Tais “ciências” (Psiquiatria e Direito) também realizaram comparações entre os portadores de sofrimento mental autores de atos ilícitos e a anormalidade, em conjunção à monstrosidade, por articular um dobramento psiquiátrico-penal de uma pessoa (Foucault, 2010). A figura do monstro claramente retira dos sujeitos suas características humanas. O monstro não é um ser humano, e como “não humano”, não merece ser tratado/considerado com humanidade, como um ser humano e nem ser passível dos direitos humanos. Quando há a junção da loucura com a criminalidade, Diniz (2011) relata que a forma de tratamento aos portadores de sofrimento mental se diferencia. Assim, os loucos infratores têm maiores possibilidades de tratamentos desumanos, subalternos e segregatórios do que os portadores de sofrimento mental que não cometeram delitos.

Além de tratamento distinto, há também diferenciação quanto à penalização/punição, se comparados os portadores de sofrimento mental autores de atos criminosos com os tidos normais autores de atos criminosos. Levando em consideração os loucos infratores em regime de internação nos Hospitais Psiquiátricos Judiciários, “são os 606 indivíduos internados a mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida” (Diniz, 2011, p. 13). Sendo assim, percebe-se que existe uma maior possibilidade de internação e/ou privação de liberdade em caráter de longa permanência quando o autor do crime é portador de sofrimento mental do que quando o autor do crime não é portador de sofrimento mental. Nesta apresentação é possível perceber o quanto o fator do sofrimento mental pode proporcionar a pessoa condições/possibilidades de exclusão social e maior punição por seus atos.

Os dados são reveladores do que classifico como “estrutura inercial” do modelo psiquiátrico-penal no Brasil: 41% dos exames de cessação de periculosidade estão em atraso, o tempo médio de permanência à espera de um laudo psiquiátrico é de dez meses (o artigo 150, § 1º do Código de Processo Penal determina 45 dias) e o de espera para o exame de cessação de periculosidade é de 32 meses, 7% dos indivíduos possuem sentença de desinternação e se mantêm em regime de internação. (Diniz, 2011, p. 17).

Infelizmente esse norteamo de segregação e classificação, diante do louco infrator, permanece ainda hoje. Segundo Amarante (1995), este novo lugar (manicomial/judicial), no qual a loucura dita perigosa é colocada, passa a produzir uma demanda de “tratamento” e assistência social que reproduz o isolamento e o estigma. Distancia-se dessa forma o louco/louca infrator do espaço social, visto que essa nova morada (Hospital Psiquiátrico

Judiciário) tratava-se dos hospitais criados para atender a esse novo fenômeno. Essa visão de loucura institucionalizada/criminalizada acompanha a ótica da exclusão, da repressão e do aprisionamento vivida pelos portadores de sofrimento mental, que estão interligados à noção de perigo social. Ressalta-se o olhar e o saber da psiquiatria forense, como ferramenta de contenção e bordeamento para o fenômeno social da loucura em junção à criminalidade, como forma de proteção social.

Em suma, a sociedade vai responder à criminalidade patológica de dois modos, ou antes, vai propor uma resposta homogênea com dois polos: um expiatório, outro terapêutico. Mas esses dois polos são dois polos de uma rede contínua de instituições, que tem como função, no fundo, responder a quê? Não à doença, é claro, porque se só se tratasse da doença, teríamos instituições propriamente terapêuticas; tampouco respondem exatamente ao crime, porque neste caso bastariam instituições punitivas. Na verdade, todo esse contínuo, que tem seu polo terapêutico e seu polo judiciário, toda essa miscibilidade institucional responde a quê? Ao perigo, ora essa. (Foucault, 2002, p. 29).

Mas se os Hospitais Psiquiátricos Judiciários têm em sua formação a ideia da proteção social, é possível nos questionar: Proteção para quem? E para quê?

O que vemos no cotidiano das práticas dos Hospitais Psiquiátricos Judiciários é a transformação da lógica do cuidado na lógica da punição e da segregação, em que ser louco, por si só, já é motivo para ser penalizado e controlado socialmente. Seria necessário pensar a complexa rede que envolve as questões direcionadas aos loucos infratores a partir dos elementos clínicos, políticos, sociais, jurídicos e culturais, já que existe uma contradição entre as questões jurídicas que abarcam os atos considerados criminosos realizados pelos portadores de sofrimento mental e os serviços e garantias constitucionais que deveriam contemplar todos.

2.2 A Reforma Psiquiátrica e os serviços substitutivos

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “a saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes” (OMS, 2001, p. XX). A OMS também relata que saúde mental não se caracteriza apenas pela ausência de transtornos mentais, sendo necessário, ao analisar a saúde mental, considerar elementos socioeconômicos, ambientais e culturais. Por isso, é importante valorizar e realizar estratégias e intervenções a partir da saúde pública para promoção, prevenção e tratamento da saúde mental (OMS, 2001).

Essa valorização nas estratégias e nas intervenções, inclusive nos tratamentos em saúde mental, ocorre porque de “20% a 25% de todas as pessoas em dado momento, durante a vida” (OMS, 2001, p. XXI), apresentam algum tipo de transtorno ou perturbação mental que, geralmente, causa perturbação grave (OMS, 2001). Como um dos grandes desafios, a OMS apresenta “a falta de tratamento como um dos mais importantes problemas de saúde mental” (OMS, 2001, p. XXI). A OMS (2001) diz também, em seu relatório, que “as características da prestação de cuidados, no âmbito comunitário, são as seguintes”:

- Serviços situados perto do domicílio, inclusive os cuidados proporcionados por hospitais gerais na admissão de casos agudos, e instalações residenciais de longo prazo na comunidade;
- Intervenções relacionadas tanto com as deficiências quanto com os sintomas;
- Tratamento e outros cuidados específicos para o diagnóstico e resposta às necessidades de cada indivíduo;
- Uma ampla gama de serviços que tem em conta as necessidades das pessoas com perturbações mentais e comportamentais;
- Serviços que são combinados e coordenados entre profissionais de saúde mental e organismos da comunidade;
- Serviços ambulatoriais e não estáticos, inclusive aqueles que podem oferecer tratamento no domicílio;
- Parceria com os prestadores de cuidados e atendimento das suas necessidades;
- Legislação de suporte a todos estes aspectos. (OMS, 2001, p. XXII-XXIII).

A saúde mental é um dos aspectos mais relevantes a se estruturar e um dos campos de maior importância de se atuar, não apenas no Brasil, mas também no mundo. Segundo a OMS, em 2001, no mundo, mais de 33% da população sofria com doenças mentais. No Brasil, segundo a Previdência Social, as doenças mentais já são a terceira razão de afastamentos do trabalho, sendo que os gastos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) giram em torno de R\$ 200 milhões em pagamentos de benefícios atuais – dado que reforça a importância de se criar, aprimorar e avaliar as políticas públicas em saúde mental, nos CERSAMs, sendo este um dos principais pilares dos serviços substitutivos no campo da saúde mental no país (OMS, 2001).

A partir dos debates que colocavam em questão a lógica manicomial nas práticas de atenção aos portadores de transtornos mentais, instituiu-se no Brasil a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), através da Lei nº 10.216/01 (Lei n. 10.216, 2001). Fruto de anos de luta, debates e mobilizações dos trabalhadores da saúde mental, em conjunto com movimentos sociais, familiares e usuários, a Lei da Reforma Psiquiátrica, como também é conhecida, busca o cuidado do portador de sofrimento mental em liberdade, em seu território, a partir dos

princípios do SUS e da luta antimanicomial. Além disso, apresenta em suas convicções as ideias de prevenção e promoção da saúde mental como meios de auxiliar nas formas de atenção e cuidado destinadas aos portadores de sofrimento mental.

A Reforma Psiquiátrica realiza uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, hegemônico e eugenista e ao tecnicismo como formas de tratamento aos portadores de sofrimento mental, propondo uma quebra de paradigmas em que se incentiva o pensamento, a emancipação dos usuários, o respeito às subjetividades e às diferentes culturas e a intersetorialidade das práticas em políticas públicas de saúde e saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial também propõem a mudança de hábitos, a conscientização para uma maior humanização quanto aos cuidados direcionados aos portadores de sofrimento mental, o trabalho interdisciplinar e a ética profissional, além de promover os direitos humanos e o respeito às diferenças e às singularidades de cada um. A Reforma Psiquiátrica busca uma interlocução com os territórios, a sociedade, os movimentos sociais, a defesa e a abrangência do SUS no campo da saúde mental, a partir da luta por transformação social. Para Amarante (2008), a Reforma Psiquiátrica caracteriza-se como:

Um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge de forma mais concreta, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura da redemocratização. (Amarante, 2008, p. 87).

A Reforma Psiquiátrica, da mesma forma que defende o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental em meio aberto, de base comunitária, havendo a internação apenas em casos específicos e extremamente necessários. A internação só pode ocorrer se todas as possibilidades de cuidado em liberdade não surtiram os efeitos necessários, sendo, assim, a última opção. Para maior entendimento, segue fluxograma com os percursos e as modalidades de internações psiquiátricas, de acordo com a Lei nº 10.216/01.

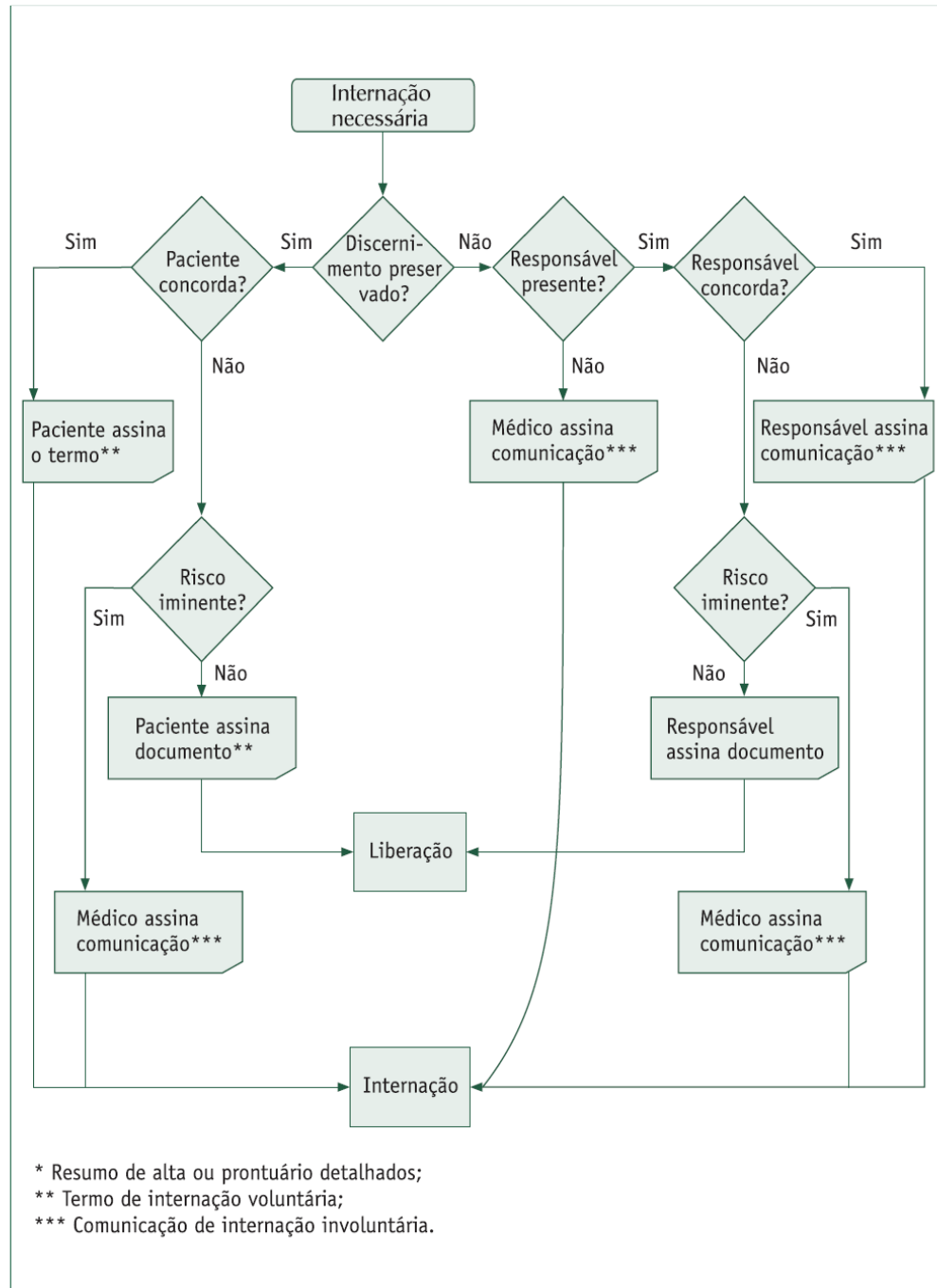


Figure 1 - Percursos e Modalidades de Internações Psiquiátricas

Fonte: (Marafinti, Pioneiro, Rigonatti, Ribeiro, & Cordeiro, 2013, p. 96)

Essa mobilização e luta contra as internações dos portadores de sofrimento mental fica visível em alguns materiais e se faz importante para a compreensão do processo social e histórico de aprovação da Lei nº 10.216/01, como é o caso do documento do Ministério da Saúde apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas:

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 8).

Fazendo também uma crítica ao modelo hospitalocêntrico e desumanizado que se apresentava até então, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) fomenta a desinstitucionalização, com a diminuição de leitos hospitalares, amplia a rede de saúde mental, os serviços prestados nesta rede e a inclusão social. Considera-se a desinstitucionalização como um processo para diminuir a desigualdade e a exclusão social e promover o fortalecimento dos vínculos sociais e afetivos, a autonomia e o empoderamento dos portadores de sofrimento mental.

A “institucionalização” é o complexo de “danos” derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando o instituto se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem às regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, é expressão, e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional. (Basaglia, 1979, p. 59).

Com o passar do tempo, as ideias e as práticas de desinstitucionalização vão se desenvolvendo e ganhando forças, à medida que as Políticas Nacionais de Saúde Mental vão se implementando. O processo de desinstitucionalização dos portadores de sofrimento mental também foi um importante marco na luta antimanicomial e para o desenvolvimento da autonomia e empoderamento dos usuários da saúde mental.

A partir da Constituição Federal de 1988, que ressalta em seu Art. 5º: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”, a função social e o princípio do tratamento em igualdade diante da lei tornam-se garantia fundamental. Os princípios do tratamento em saúde mental condizentes com a necessidade dos indivíduos também são ressaltados após a regulamentação da Lei nº. 8.080/90, que além de regulamentar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), dispõe, em seus princípios e diretrizes, de: igualdade, universalidade e equidade. Por fim, gostaria de ressaltar, enquanto aporte teórico e legal, em relação às diretrizes

direcionadas às práticas de atendimento aos loucos infratores, a Lei nº 11. 802 de 18 de janeiro de 1995, que:

Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências. (Lei n. 11.802, 1995).

Tal legislação, por intermédio da promoção e da ressocialização dos portadores de sofrimento mental, priorizava os serviços substitutivos em vez dos Hospitais Psiquiátricos, enfatizando o cuidado em liberdade e no território. Esses referenciais técnico-teóricos valorizam e legitimam a reintegração social dos portadores de sofrimento mental sem qualquer distinção, indo contra as práticas de cuidado hospitalocêntricas e a favor das práticas de cuidado em liberdade e humanizado, a partir de serviços substitutivos como os CAPS/CERSAMs.

Os CERSAMs, locais escolhidos pra a realização das entrevistas com os trabalhadores que fazem parte desta pesquisa, são também campos de prática de cuidados em saúde mental mais equitativo, campo de luta antimanicomial em que se busca que o portador de sofrimento mental seja tratado como sujeito e não como objeto de práticas segregatícias, hospitalocêntricas e excludentes. De acordo com a Linha Guia (Souza, 2006):

A portaria GM 336/2002 nos traz alguns critérios mínimos para definir um CAPS. Seu tempo de funcionamento mínimo é de 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os 5 dias úteis da semana (os CAPS I e os CAPS II); contudo, há aqueles que funcionam 24 horas, de segunda a segunda (os CAPS III). Realizam prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos severos e persistentes em sua área territorial. Funcionam em área física e independente de qualquer estrutura hospitalar, com equipes interdisciplinares próprias. Oferecem, dentre outros recursos terapêuticos: atendimentos individuais e em grupo, atendimento à família; atividades de suporte social e inserção comunitária; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares. (Souza, 2006, p. 59).

Os CAPS/CERSAMs são regidos também pela Lei 10.216 de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, além de estabelecer a necessidade de respeito, tratamento humanizado e com dignidade às pessoas portadoras de sofrimento mental e de direcionar o enfoque com relação aos cuidados de maneira individual (levando-se em consideração as singularidades de cada caso), em conjunto com o cuidado em corresponsabilização e emancipação dos usuários.

Os CAPS funcionam como lugar de proteção afetivo-social, sendo fundamental o uso de estratégias de corresponsabilização nos projetos terapêuticos singulares, visando a integralidade da atenção em saúde mental. [...] Portanto as políticas públicas de saúde mental precisam estabelecer estratégias que ancoram as articulações comunitárias, tencionem as discussões em torno dos estigmas, seja do louco ou do usuário de drogas, fatores determinantes para atingir uma saúde comunitária. (Oliveira, Andrade, & Goya, 2012, p. 3077).

Os CAPS/CERSAMs pertencem à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é organizada e planejada a partir da portaria nº 3.088, do Ministério da Saúde. Com todas essas leis e projetos de atenção e cuidado aos portadores de sofrimento mental, percebe-se que o processo de inclusão, acompanhamento e cuidado direcionado às mulheres loucas infratoras, a partir de um modelo de atenção aberto de cuidado em saúde mental, de base comunitária e territorial, é possível e está embasado nas leis e políticas públicas de saúde mental do país. Tais leis e cuidados corroboram os objetivos da Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial, que propõem acessibilidade, integralidade, inserção social, validação de direitos, autonomia e empoderamento dos portadores de sofrimento mental. De acordo com a Lei nº 10.216 de 2001, em seu primeiro artigo:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (Lei n. 10.216, artigo 1).

Tanto a Reforma Psiquiátrica quanto a Lei nº 10.216 defendem, em relação aos portadores de sofrimento mental autores de atos ilícitos, o cuidado em liberdade, a partir da medida ambulatorial em conjunto com toda a rede de atenção e cuidado em saúde e saúde mental.

A Lei nº 10.216/2001 humaniza o atendimento à saúde mental, transferindo o foco do tratamento para serviços comunitários e abertos. A Lei da Reforma Psiquiátrica ou a Lei Antimanicomial, como também é conhecida, alcança a internação compulsória determinada pela justiça criminal como medida de segurança. Agora deve o juiz preferir o tratamento ambulatorial somente optando pela internação “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”, caso em que será precedida de “laudo médico circunstanciado” que caracterize os seus motivos. A figura da periculosidade perde força. A medida de segurança não tem natureza retributiva. A permanência do paciente em cadeia pública ou em manicômio judiciário configura crime de tortura (Lei n. 9.455/97). (Silva, 2010, p. 112).

É possível entender que tanto os princípios norteadores do SUS quando a lei da Reforma Psiquiátrica (nº 10.216) são expressamente aplicáveis aos cuidados dos portadores de sofrimento mental, em conflito com a lei e as medidas de segurança de meio ambulatorial em que os usuários são acompanhados tanto pelos serviços ambulatoriais, de caráter comunitário, como os CERSAMs, quanto por outros serviços da rede de saúde e saúde mental.

Por tais razões, é possível afirmar que a Lei 10.216/2001 representou um considerável avanço para que o tratamento de pessoas com transtorno mental migre do âmbito penal para a área de saúde, na qual a ideia de periculosidade cede lugar à preocupação com o transtorno e seu tratamento. Deu-se importante passo para uma resposta estatal desprovida de qualquer ranço de retributividade, tratando o indivíduo que apresenta determinada patologia mental não como “criminoso”, mas tão somente como alguém que necessita de tratamento médico. (Sá, Alves, & Barone, 2013, p. 5).

Os CERSAMs, ao seguir a lógica do cuidado em liberdade e em rede, proporciona uma estruturação coesa e interligada, que rompe com a centralidade do cuidado no saber médico/medicamentoso e possibilita a construção de práticas e saberes na atenção psicossocial (Souza, 2006). Sendo assim, os CERSAMs seriam os serviços mais indicados, como parte da rede da atenção às práticas em saúde mental, ao acompanhamento das mulheres loucas infratoras que são direcionadas aos regimes ambulatoriais da Medida de Segurança.

A rede de cuidados e serviços de saúde mental, em especial o CERSAM, busca garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pela cidade, pela comunidade e por outros serviços da rede, oferecendo cuidados preferencialmente sem a internação. Penido (2005) nos diz que

O paciente permanece vinculado ao CERSAM enquanto necessário, podendo, depois de seu quadro estabilizado, ser encaminhado aos Centros de saúde que contam com equipes de saúde mental (para acompanhamento ambulatorial) ou ainda para centros de convivências, que oferecem oficinas de arte, artesanato etc. voltados para a ressocialização. (Penido, 2005, p. 93).

Nessa perspectiva, os CAPS/CERSAM são destinados a substituir a internação em Hospitais Psiquiátricos e Hospitais Psiquiátricos Judiciários, por prestar acolhimento e atendimento em regime de atenção diária e comunitária. Importante ressaltar que os CERSAMs fazem parte da rede organizada e planejada de cuidado de saúde mental do SUS, que atua em todo o território nacional, com ações regionalizadas e hierarquizadas de baixa, média e grande complexidade. Os CERSAMs, além de promover os projetos terapêuticos, oferecem cuidado personalizado e efetivo a suas/seus usuárias/os. A partir de suas ações, buscam igualmente

realizar a promoção da inserção social e/ou da reinserção social, através de ações intersetoriais, elaborando estratégias conjuntas de enfrentamento de questões e situações que abarcam a saúde mental e o/a usuário (a), sem distinção de qualquer espécie. Souza (2006) nos acrescenta:

Uma rede de atenção à Saúde Mental compõe-se de ações e de serviços diversos. Contudo, ela somente funciona de fato como rede quando é criada e ordenada a partir de um projeto de Saúde Mental. Para se atender às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, tais como definidas na III Conferência Estadual e Nacional de Saúde Mental, este projeto deve reorientar o modelo de assistência, através de ações e de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que possibilite sua superação. (Souza, 2006 p. 53).

Segundo a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), os CERSAMs também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, regulando a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área (território). Assim, a PNSM objetiva assegurar o cuidado aos pacientes com transtorno mental em serviços substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos e Judiciários, alterando a lógica das internações de longa duração cujo modelo de assistência isola o paciente da convivência com a família e com a sociedade. Penido (2005, p. 92) ressalta que “os CERSAMs trabalham com o que os profissionais chamam de “lógica do acolhimento”. Qualquer pessoa que se dirija à unidade será atendida prontamente por um dos profissionais de plantão”.

Necessário descrever esse fluxo da atenção em Saúde Mental para compreender a posição e a importância ocupada pelos serviços escolhidos como campo para execução desta pesquisa. Sendo assim, os CERSAMs são uma peça-chave na validação e no funcionamento da Reforma Psiquiátrica brasileira e uma importante ferramenta para ações terapêuticas direcionadas aos portadores de sofrimento mental, inclusive para as mulheres loucas infratoras, que são usuárias desses serviços.

Os CERSAMs, segundo a Linha Guia (Souza, 2006), são os serviços considerados “porta de entrada” no campo da saúde mental, e dessa forma são os serviços públicos mais indicados para receber as mulheres loucas infratoras, após terem passado pelos trâmites jurídicos, terem sido consideradas inimputáveis e submetidas à Medida de Segurança em meio ambulatorial. Lembrando que para além dos serviços públicos também existem as clínicas e os serviços privados que apresentam sua condução e manejo dos casos direcionados às mulheres loucas infratoras de maneira própria, após os serviços judiciários serem definidos.

Através das políticas públicas e dos serviços públicos, de acordo com a necessidade e/ou a demanda de cada caso, os CERSAMs podem valer-se de toda a rede de apoio à saúde mental

que o seu território disponibiliza, atuando de acordo com a necessidade e/ou a demanda de cada usuário/usuária. Já as portadoras de sofrimento mental imputáveis, ou seja, não inimputáveis pelo processo jurídico, são encaminhadas aos sistemas penitenciário-carcerários, podendo haver a possibilidade de realizar o acompanhamento nos CERSAMs que pertencem ao território para consultas periódicas e obtenção de receitas/medicamentos para o tratamento da doença mental ou outra patologia, quando necessário. Ressalta-se que essa é uma possibilidade, podendo haver situações em que essas mulheres, no sistema prisional, não tenham acesso nem aos cuidados de saúde mental, nem aos CERSAMs. Salienta-se que o fato de o sujeito ser considerado imputável não deveria ser impedimento para o atendimento em saúde mental.

O acesso à saúde mental deve ser de todos de maneira equitativa e integral. Ou seja, a pessoa pode ter ciência do seu ato no momento que pratica algo considerado crime, de acordo processo jurídico, mas também possui alguma questão de saúde mental e deveria receber tratamento. Isto é, mesmo um preso condenado que precise de atendimento de saúde mental deve ter acesso aos serviços e aos cuidados necessários. O acesso aos serviços e aos cuidados de saúde mental, portanto, não deve estar restrito a quem está em Medida de Segurança em sistema fechado.

Os portadores de sofrimento mental considerados inimputáveis, quando submetidos à Medida de Segurança em regime de internação, são direcionados aos hospitais judiciários – por exemplo, o Hospital Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena/MG – ou para instituições privadas (de acordo, principalmente, com a condição econômica da pessoa), onde é realizado o tratamento e o cuidado de maneira interna, somente podendo haver a saída dos internos em casos de necessidade, assim como é feito no sistema carcerário.

No entanto, os problemas e controvérsias não residem apenas nos pacientes que apresentam transtornos mentais graves e encontra-se em medida de segurança. Situação inversa dessa é tão ou mais complexa, a saber, a existência de uma parcela considerável de pacientes portadores de transtornos mentais graves que não estão em medida de segurança e recebendo tratamento psiquiátrico, mas sim que estão apenados e presos em unidades prisionais comuns, muitas vezes sem acesso à assistência para o seu problema de saúde. Tal situação deve-se ao fato de muitas autoridades apresentarem um entendimento equivocado acerca da inimputabilidade do doente mental. Para muitos deles, pode soar como impunidade a absolvição de um indivíduo para a aplicação de medida de segurança, especialmente em situações nas quais ocorrem delitos com alta comoção social e grande clamor por justiça. Em momentos assim, muitos pacientes acabam sendo condenados e não recebem a sanção penal apropriada para seus casos. Isso sem falar nos casos em que a medida de segurança não é aplicada por puro descaso. Desse modo, muitos pacientes encontram-se privados do direito de receber tratamento contra a doença mental que lhe aflige. (Marafinti, Pioneiro, Rigonatti, Ribeiro, & Cordeiro, 2013, p. 61-62).

Por apresentarem tratamentos a partir do viés humanizado e com dignidade às pessoas portadoras de sofrimento mental, além de direcionar o enfoque com relação aos cuidados de maneira singular (levando-se em consideração as singularidades de cada caso) em conjunto com o cuidado em liberdade, os CERSAMs devem ser os serviços públicos mais recomendados para o cuidado e a atenção às portadoras de sofrimento mental autoras de delitos. Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica, a partir da Lei nº 10.216, é expressamente aplicável às usuárias em medidas de segurança, em meio ambulatorial, onde são acompanhadas pelos serviços ambulatoriais de caráter comunitário, como os CERSAMs e outros programas específicos, por exemplo, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), que acompanham os portadores de sofrimento mental autores de atos ilícitos, no decorrer do tempo em que os mesmos encontram-se no processo de resposta judicial. Em conjunto, a Lei nº 10.216/01 e o PAI-PJ buscam ações integrativas, multiprofissionais, com a clínica feita por muitos, oferecendo uma política intersetorial para a construção de cada caso e dos laços sociais.

O PAI-PJ é um dispositivo que pode ser usado como um conector, à disposição do sujeito na sua invenção singular de um laço. É uma tarefa do serviço antecipar à demanda com suas ofertas, para que o sujeito, servindo-se de sua condição singular, possa construir ganchos, conectores que sustentem o seu esforço em se reconhecer dentro do múltiplo social. Trata-se de não recuar da responsabilidade que cada um, independente da variação lógica onde a falha se apresenta na estrutura, tem para com o seu modo de vida. (Barros-Brisset, 2001, p. 58).

Dessa forma, ao se buscar compreender as transformações no cenário da loucura e da periculosidade, que sustentam práticas contemporâneas direcionadas às usuárias consideradas loucas e infratoras, cabe colocar em questão, além das noções de loucura, as questões relativas à periculosidade e ao gênero. Tem-se em vista que, a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil, legitimada pela Lei nº 10.216 (Lei n. 10.216, 2001), estabelece-se a necessidade de respeito às diferenças e às singularidades.

Esta pesquisa qualifica-se, ainda, na possibilidade de ser mais uma contribuição teórica para a efetivação de práticas de cuidados em saúde mental mais acessíveis, em defesa dos processos de humanização e contra todo e qualquer processo de exclusão e desigualdade social. Este estudo também busca valorizar os propósitos da Reforma Psiquiátrica, dos Direitos Humanos e das práticas de atenção e cuidado direcionados às mulheres loucas infratoras em liberdade como forma de produção de responsabilização e autonomia – atentando-se para que

os processos de socialização, os serviços de saúde mental e os processos jurídicos sejam implantados de acordo com as necessidades de todos, inclusive das “mulheres loucas infradoras”.

O contexto no qual este debate acontece diz respeito a uma maior clareza tanto dos marcos legais (das legislações sobre o tema) como das documentações de orientação da saúde mental (ex: Linha Guia), articulados às questões de gênero e periculosidade. Além disso, esta pesquisa pretende ser mais um instrumento para dar visibilidade social às mulheres loucas infradoras, em uma sociedade em que seja garantido o respeito à diversidade e à cidadania.

Vivemos em uma sociedade marcada pela desigualdade de gênero, raça e classe, na qual as mulheres negras e pobres também são discriminadas e ocupam posições subalternas. Ao trabalhar nesta pesquisa sobre fatores vinculados à loucura, atentamo-nos também com relação à raça e à classe, por serem dispositivos históricos e contextualizados na sociedade. De acordo com Del Priori (2004), raça e classe seriam dois marcadores sociais que influenciaram na representação social das mulheres no decorrer dos séculos, gerando processos de exclusão e subjugação nas mulheres negras, que a partir dos contextos históricos, sociais e econômicos eram também, em sua maioria, pobres.

Davis (2016), em sua obra *Mulheres, raça e classe*, também nos incentiva a pensar o quanto é importante analisar gênero, raça e classe como eixos estruturantes da sociedade e entender as nuances das opressões que se deram ao longo dos processos históricos, acirrando contradições de uma faceta sobre a outra. Não seria possível falar de processos de dominação separadamente dos de exploração e subjugação, que alimentam vieses de desigualdades sociais. A partir da dimensão de exclusão e apartamento das questões raciais e das mulheres, é de fundamental relevância considerar as interseções de gênero, raça e classe para possibilitar um novo modelo de sociedade.

Em paralelo, Butler (2003, p. 20) elucida que “o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente construídas”. Mesmo considerando as categorias raça e classe social de suma importância para se pensar os desdobramentos das relações entre loucura, gênero e periculosidade, optamos por nos ater à categoria das relações de gênero e periculosidade, com o objetivo de delimitar esta pesquisa.

Pensando que os fatores de raça e classe também são dispositivos sociais que podem influenciar nos processos de produção de sofrimento mental, categorização social e produção de práticas de cuidados em saúde mental, busca-se pensar que esses marcadores sociais não estão desvencilhados dos temas propostos nesta pesquisa. Entretanto, tais conceitos (raça e

classe) não serão aprofundados, respeitando-se a temática a princípio proposta. Para finalizar. Davis (2016) relata sobre a relação entre gênero, raça e classe:

É preciso compreender que a classe informa a raça. Mas raça, também informa a classe. E gênero informa a classe. Raça é a maneira como a classe é vivida. Da mesma forma que gênero é a maneira como a classe é vivida. A gente precisa refletir bastante para perceber as intersecções entre raça, classe e gênero, de forma a perceber que entre essas categorias existem relações que não mútuas e outras que são cruzadas. (Davis, 2016, p. 18-19).

Questões de raça e classe atravessam-se, produzindo vulnerabilidades específicas, principalmente para mulheres não brancas e pobres. Diniz (2015a) relata vários processos de vulnerabilidade social, preconceito, falta de assistência adequada, falta de compromisso profissional e descanso nos atendimentos profissionais, negligências às quais as mulheres loucas infratoras estão submetidas. A autora apresenta o caso de Zefinha, que é a mais longa residente mulher de um manicômio judiciário no Brasil. Há 39 anos vive em regime de prisão terapêutica por Medida de Segurança (Diniz, 2015a).

Tendo explanado sobre os dispositivos tangenciais que envolvem o gênero, a raça e a classe a partir da loucura, ressalta-se que, quando falamos de mulheres loucas infratoras na sociedade brasileira, os processos de desigualdades/marcadores sociais e a presença de relações hierárquicas ficam bem piores.

2.3 As práticas de cuidado em saúde mental nos CERSAMs

As práticas de cuidado em saúde mental sofreram transformações a partir do tempo, da cultura e das sociedades, assim como o processo histórico da loucura, dado que, a partir do conceito de loucura, as práticas de cuidado iam se desenvolvendo. Foucault (1997) ao relatar sobre a história da loucura, também nos apresenta como as práticas de atenção e cuidado foram se transformando através do tempo. Acorrentamento, banhos quentes e frios, suspensão por cordas, eletrochoques, aplicação de insulina, neurocirurgia e lobotomia fazem parte dos “tratamentos” validados e realizados na antiguidade.

É importante ressaltar que o desenvolvimento das práticas de cuidado estava amalgamado a práticas de tratamento moral e de controle social. Para Firmino (1982, p. 95), “as técnicas utilizadas – algemas, pegemas, remédios e lobotomia – visam o controle do comportamento do grupo e não a sua cura”. Tais práticas podem ser encaradas como processos de objetificação da pessoa louca diante da prática de “cuidado”. Para Basaglia (1979, p. 94), “é

importante dizer que as terapias e as curas até hoje propostas são situações que não dão possibilidade à pessoa de se exprimir como sujeito, mas de se reproduzir como mercadorias, como objetos”.

Seguindo a organização da RAPS, os CERSAMs realizam os atendimentos e os serviços de cuidado em saúde mental a partir das denominadas tecnologias leves, leveduras e duras. Além da aplicação do saber/conhecimento, também se considera na realização do atendimento em saúde mental a produção de vínculo e afeto entre o usuário e o trabalhador. O Dicionário da Educação Profissional em Saúde (Pereira & Lima, 2008) nos elucida que:

As tecnologias leves estão associadas a relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão; as tecnologias leveduras, que seriam os saberes já estruturados, tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia [...] e as tecnologias duras, quais sejam, as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais. (Pereira & Lima, 2008, p. 388).

O interesse, a disponibilidade e o desempenho de uma equipe de saúde mental estão para além das referências teórico-técnicas e da legislação. A prática em saúde mental é constituída por equipes multidisciplinares, de base comunitária e territorial, que para além de seu fazer clínico, tiveram uma visão/atuação generalista em saúde e saúde mental. Elas buscam, para além dos cuidados orgânicos, estimular os processos psicossociais, as habilidades socioemocionais e afetivas, fortalecendo os vínculos familiares e sociais, a reinserção social e a (re) afirmação dos direitos, promovendo a cidadania, a qualidade de vida e o bem-estar. De acordo com a Linha Guia (Souza, 2006):

Não se pode definir uma equipe como um aglomerado de trabalhadores, na qual cada um deles exerce apenas a sua função profissional específica. As identidades profissionais não podem servir de pretexto para o apego burocrático a uma função. Se é verdade que compete ao médico prescrever, o que o impede de levar os usuários a um passeio? Se a psicóloga deve responder por atendimentos individuais, por que não pode coordenar uma oficina? Se for atribuição da enfermeira supervisionar o trabalho dos auxiliares de enfermagem, por que não pode escutar e acompanhar seus pacientes? Se o porteiro deve zelar pelos que entram e saem, não lhe cabe também fazer companhia a quem fica?

Também não podemos entender as equipes apenas como uma forma de dividir o trabalho, em que cada um faz “a sua parte”, sem necessitar preocupar-se com o produto total. Uma equipe de Saúde deve compor-se de profissionais de formações diferentes, assegurando assim a diversidade de suas feições e a troca de suas experiências. Naturalmente, as especificidades das diferentes profissões devem ser respeitadas. Contudo, o que caracteriza realmente o trabalho em equipe é a capacidade de participar coletivamente da construção de um projeto comum de trabalho, num processo de comunicação que propicie as trocas. (Souza, 2006, p. 43-44).

Sendo assim, os CERSAMs constituem-se como um importante dispositivo no tratamento da saúde mental, e as práticas em saúde mental estabelecem-se na busca de novas possibilidades de cuidado e tratamento, indo contra a visão objetificadora e mercadológica do tratamento hospitalocêntrico. Além disso, tais práticas qualificam novos modos de vida e bem estar, não se restringindo à “cura” de doenças.

O cuidado e a prática em saúde mental direcionada aos loucos infratores foi um dos temas centrais nas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1994, 2001, 2010). Explica-se essa relevância não apenas pelo fato de a população com sofrimento mental estar aumentando a cada ano que passa, mas pelos contextos sociais e econômicos, que também interferem nos processos de produção de saúde e doença da população (OMS, 2001).

Segundo o relatório do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) (junho/2014), as quase três mil unidades prisionais brasileiras mantêm sob a custódia do estado cerca de 700 mil pessoas, sendo pelo menos 4.500 pessoas com transtorno mental em conflito com a lei (85% custodiadas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP – ou alas Psiquiátricas e 15% em unidades prisionais comuns). (Brasil, 2014, p. 8).

A privação de liberdade também é um dos fatores que pode potencializar os processos de sofrimento e doença mental. Essa população, por estar em vulnerabilidade social, tem ainda mais dificuldade de acesso às políticas públicas e aos serviços de saúde mental. “Cerca de 12% da população carcerária do país, que sofrem com problemas mentais graves e que não contam com assistência mínima.” (Oliveira, Cordeiro & Lima, 2013, p. 3).

As Conferências Nacionais de Saúde Mental apresentaram propostas para os contextos direcionados aos cuidados e aos atendimentos nas políticas públicas direcionadas aos portadores de sofrimento mental autores de delitos. Deram relevância às multiplicidades e às singularidades existentes no campo das práticas em saúde mental, principalmente em relação aos contextos jurídicos que envolvem questões direcionadas a essa população.

A I Conferência Nacional da Saúde Mental ocorreu em Brasília no ano de 1987. O tema II desta conferência – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental – discute o que se refere à legislação penal; que deve aprofundar as discussões sobre os manicômios judiciários, buscando extingui-los ou transformá-los de forma profunda; que dê mais atenção à definição de periculosidade, já que esta implica juízo de valor, além de dar margem ao uso indevido da saúde mental; que ao definir uma pessoa como sendo “perigosa”, não se deve promover um julgamento definitivo, sendo que os direitos humanos devem ser garantidos. (Castro, 2009, p. 92).

É importante salientar que nas Conferências de Saúde Mental, para além das perspectivas jurídicas, com o decorrer do tempo outras perspectivas foram tomando forma, como a emancipação, a responsabilização e a cidadania dos portadores de sofrimento mental. O cuidado em liberdade, a emancipação dos usuários e a cidadania precisam andar lado a lado com as práticas de saúde mental. Nas Conferências, da mesma forma, procurou-se analisar os atendimentos através dos sistemas substitutivos, realizando a investigação quanto à adequação dos serviços substitutivos de saúde mental, a visão atual dos direitos humanos, da inimputabilidade, suas consequências na vida dos “loucos infratores” e a eficiência no atendimento aos portadores de sofrimento mental de maneira ampla e não classificatória. Buscou-se analisar uma estrutura real do atendimento substitutivo, propondo novos olhares ao sistema até então proposto.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu também em Brasília-DF. O capítulo 9 do relatório final desta conferência se refere aos “Direitos Cíveis e Cidadania! E sugere que as internações psiquiátricas indicadas por autoridades judiciais sejam submetidas à avaliação da equipe multidisciplinar de saúde mental; que sejam criadas normas que determinem a garantia dos direitos humanos aos pacientes psiquiátricos internos nas instituições de saúde; que sejam extintos os dispositivos legais que atribuem periculosidade ao doente mental; que sejam extintos os manicômios judiciários, sendo substituídos por modelos que possibilitem o cumprimento das medidas de segurança e que haja tratamento humano reabilitador; que sejam criadas comissões de estudo com o objetivo de revisar conceitos como imputabilidade, inimputabilidade, nulidade dos atos civis e periculosidade, para que sejam organizados programas especiais nas instituições penitenciárias com objetivo de minimizar o sofrimento psíquico dos encarcerados, tendo em vista que após o terceiro ano de prisão há um aumento crescente de sintomatologia da doença mental, que o louco infrator recém-liberado de instituições psiquiátricas forenses seja reinserido na sociedade, não devendo o mesmo ser encaminhado a hospitais psiquiátricos; que sejam atribuídos à equipe interdisciplinar os encaminhamentos de pacientes aos hospitais de custódia e tratamento; e que seja proposto à justiça que o louco infrator possa cumprir sua pena em forma de prestação de serviços à comunidade. (Castro, 2009, p. 92-93).

Outro ponto de extrema importância, que foi reforçado na III Conferência de Saúde Mental, foi o direito dos usuários de saúde mental privados de liberdade, buscando rechaçar as práticas moralizantes, punitivas e segregatórias dos Hospitais Judiciários e reforçando/valorizando a licença dos loucos infratores de terem acesso aos cuidados em liberdade de forma digna e humanizada, com todos os seus direitos garantidos.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu no ano de 2002, em Brasília, aponta no capítulo 5, que se refere aos “Direitos dos usuários privados da liberdade”, que as discussões quanto aos manicômios judiciários devem contemplar todas as áreas

envolvidas no processo, como a legislativa previdenciária, direitos humanos, dentre outras, sendo que o objetivo básico de tais discussões deve ser permeado pela garantia dos direitos do doente mental infrator quando à responsabilidade, à reinserção social e ao atendimento baseado nos princípios do SUS. (Castro, 2009, p. 93).

A partir da defesa e da valorização de práticas que buscam desenvolver a emancipação, o protagonismo e o reconhecimento social como formas de se alcançar (ter acesso) e exercer a cidadania, através do cuidado em rede multiprofissional, busca-se na VI Conferência de Saúde Mental, (e última, até o momento), por intermédio da reabilitação social, promover a transformação social e a mudança na vida dos loucos infratores a partir da socialização e da representação social.

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em 2010, no eixo I, quando relatado sobre a reabilitação psicossocial e a participação, defende-se no item 136 “Garantir a inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico em cumprimento de medida de segurança, na rede de serviços substitutivos em saúde mental.” (IV Conferência Nacional de Saúde Mental, 2010, p. 40).

Em concordância com os dispositivos apresentados nas Conferências Nacionais de Saúde Mental e com as Políticas de Saúde Mental de Belo Horizonte/MG, existe o programa PAI-PJ, já apresentado anteriormente, que auxilia tanto nos processos jurídicos quanto de assistência social, ajudando os portadores de sofrimento mental autores de atos considerados criminosos a terem acesso aos serviços de saúde mental.

Os designados loucos infratores geravam incômodo onde estivessem alojados, até nas prateleiras processuais. Coube-nos acolhê-los. Nossa primeira tarefa foi fazer a mediação entre a clínica e o ato jurídico, estabelecendo a conexão com uma rede de recursos, onde os sujeitos pudessem se apresentar. As discussões e encaminhamentos produzidos, por meio da rede, foram transmitindo o que essa experiência ensinava. Essa aliança foi um ato capaz de deferir um corte na prática da segregação que durou mais de 300 anos e ainda perdura em alguns lugares. (Nilo, Moraes, Guimarães, Vasconcelos, Nogueira, & Abou-Yd, 2008, p. 200).

Antes da criação do PAI-PJ, os loucos infratores eram principalmente encaminhados para os Hospitais Judiciários, ficando a cargo somente destes o “cuidado” direcionado aos loucos infratores, que na maioria das vezes permaneciam nos Hospitais Judiciários até a morte. Pelo fato de a única solução até então ser a institucionalização dos loucos infratores, estes, em muitos casos, perciam do isolamento, da segregação, da ruptura dos laços sociais e da perda da liberdade como forma de “tratamento” /punição pelos seus atos.

A partir da criação do PAI-PJ, em 2000, os portadores de sofrimento mental passaram a ter a possibilidade de acesso ao cuidado em liberdade e de direcionamento para outros dispositivos e ferramentas que buscam proporcionar tratamento adequado, o cuidado humanizado e a responsabilização, através de atendimentos em rede, procurando dar o máximo de suporte a cada um dos usuários. A criação e desenvolvimento do programa PAI-PJ, também teve/tem grande contribuição no processo de ruptura com a conduta dos atos jurídicos dispensados aos loucos que cometem ato considerado crime.

No dia dois de março de 2000, a Corregedoria do Tribunal de Justiça de Minas Gerais implantou o projeto-piloto, para dar continuidade ao acompanhamento dos 15 casos da pesquisa e de quaisquer outros em que o réu ou condenado fosse portador de sofrimento mental, com processos tramitando nas varas criminais da Comarca de Belo Horizonte. O projeto nasceu com a denominação inicial de Projeto de Acompanhamento Interdisciplinar ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), e sua função era realizar a mediação entre o tratamento e o processo jurídico, até o tempo da inserção social das pessoas. (Barros-Brisset, 2010, p. 26).

O programa PAI-PJ iniciou suas atividades em Belo Horizonte/MG, realizando ações e serviços em conjunto com o Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG). As orientações, os encaminhamentos e as intervenções realizadas pela equipe do PAI-PJ buscavam e ainda buscam dar um novo direcionamento às ações tanto de saúde mental quanto jurídicas destinadas aos loucos após a realização do delito.

É parte do Projeto de Saúde Mental de Belo Horizonte o cuidado e atenção ao louco infrator. Deste modo, foi esse projeto o responsável pela subversão dessa política de segregação, um projeto que se responsabiliza pelo cuidado a Saúde Mental de qualquer sujeito, esteja ele em qualquer circunstância social, política e subjetiva. Um projeto que acolheu a complexidade do convívio com a diferença. Foi possível perceber que a periculosidade sempre foi um equívoco produzido pela ciência, um conceito necessário para levar adiante o projeto de segregação que a razão como princípio dominante realizou na modernidade. (Nilo et. al., 2008, p. 202).

Para além das parcerias com os serviços legais e jurídicos, o PAI-PJ buscou realizar parcerias com todas as redes de atenção e cuidados em saúde e saúde mental que se apresentavam no território, inclusive com os CERSAMs. Com essas parcerias, foi possível a ampliação de percursos e processos de (re) socialização e perspectivas de tratamento.

O programa, em resumo, tem por função a oferta do acompanhamento integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental em todas as fases do processo criminal. Ocorre de modo intersetorial, através da parceria do Judiciário com o

Executivo e com a comunidade, de forma geral, promovendo o acesso à Rede Pública de Saúde e à Rede de Assistência Social, de acordo com as políticas públicas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental. (Barros-Brisset, 2010, p. 28).

Desde 2010, a equipe do PAI-PJ também procura estender e abarcar, para além dos casos de Belo Horizonte/MG, as comarcas e os serviços jurídicos no interior do estado, criando sedes do PAI-PJ em outras cidades, como em Itaúna/MG, já referenciada. Assim, gera acessibilidade, defesa dos direitos humanos e cuidado em liberdade em todo o estado.

A nossa experiência ensina que o fato de alcançar o direito de ter acesso ao tratamento de saúde que corresponda à singularidade clínica e social do cidadão, no ambiente universal e democrático do SUS, não a dispensa do dever de responder pelo seu crime, segundo a orientação do texto normativo em vigor. [...] Responder pelo seu crime é um modo de inclusão, pois insere o sujeito dentro do “guarda-chuva” da lei que abriga a todos sobre o seu manto. Muitas discussões devem e podem ser feitas para mudar algumas das descabidas orientações normativas, como a soberania da pena de privação da liberdade como a rainha das respostas punitivas do Estado brasileiro – uma condição totalmente desumana e ineficaz no sentido da inserção social, herdeira da lógica do direito penal. A presunção da periculosidade é outro absurdo que deveria desaparecer dos textos normativos, assim como a indeterminação do tempo da medida de segurança e a própria lógica das medidas de segurança. Contudo, jamais as modificações da lei podem caminhar no sentido de tratar o louco como uma exceção, um caso apenas para a saúde devido à sua condição menos humana, à sua patologia. (Barros-Brisset, 2010, p. 31-32).

Essas atuações do PAI-PJ para além da cidade de Belo Horizonte buscam também defender e proporcionar o cuidado do louco infrator em seu território, o fortalecimento dos laços familiares e sociais e a defesa dos direitos dos usuários, tentando ao máximo evitar sua internação.

O PAI-PJ rompe com o antigo modelo de execução penal, em que os portadores de sofrimento mental são internados em manicômios judiciários. Orienta-se pelos princípios da luta antimanicomial e da Lei 10.216/2001, que protege os direitos dos portadores de transtornos mentais, sem dispensar a relevância à sua responsabilidade. O programa propicia uma atenção especial ao portador de sofrimento mental infrator no campo de competências do tribunal de Justiça de Minas Gerais. Sua possibilidade é fruto de uma ação coletiva, envolvendo Poder Judiciário, Poder Executivo, através da rede pública de saúde e sociedade. Respeitando limites estruturais, funcionais e circunstanciais existentes em cada instituição parceira, o Programa atua numa perspectiva da responsabilização de todos os envolvidos como instrumento efetivo no processo de inserção social do louco infrator. Hoje, a rede pública de Saúde de Belo Horizonte assume o atendimento aos pacientes judiciários sem discriminação. (PAI-PJ, 2017, p. 3).

Por fim, ressalta-se que a prática de atendimento direcionada as mulheres loucas infratoras traz uma amplitude de contextos, significados e representações. Portanto, conhecer como os trabalhadores dos CERSAMS de Belo Horizonte/MG compreendem os atendimentos direcionados às portadoras de sofrimento mental autoras de atos considerados crimes é fundamental para compreendermos a maneira como essas usuárias são atendidas nos CERSAMs, diante da percepção dos trabalhadores da rede de saúde mental de Belo Horizonte/MG. Trata-se também de uma ferramenta teórica para fundamentar novas pesquisas e perspectivas. Como forma de demonstração, segue o fluxograma de atenção em saúde mental utilizado como modelo no país.

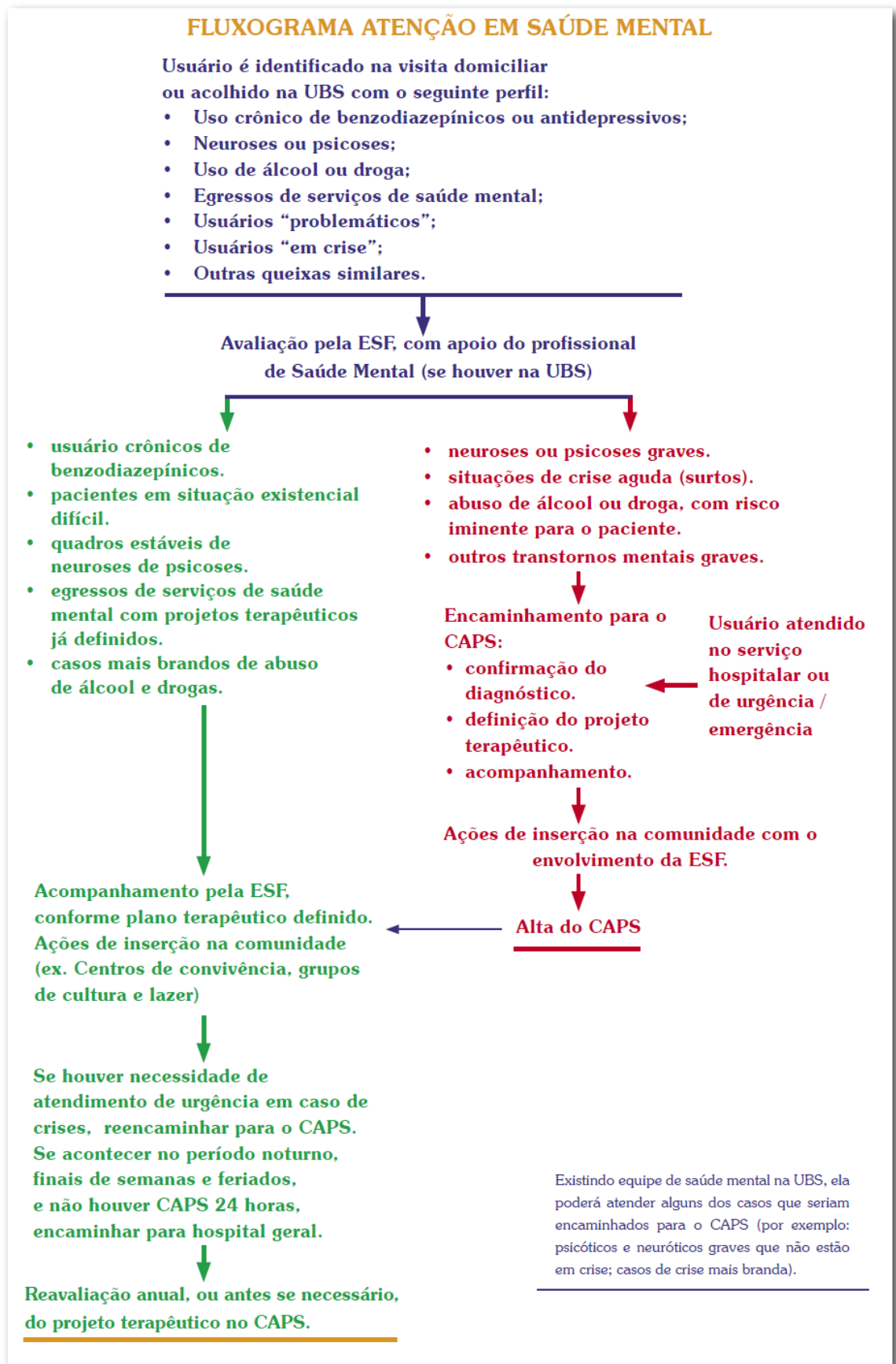


Figure 2- Fluxograma de atenção em saúde mental
 Fonte: Souza (2006).

Mesmo com essa perspectiva e organização, os serviços de saúde mental de Belo Horizonte/MG apresentam alguns desafios e entraves, que vão desde a logística, os recursos humanos e a falta de financiamento adequado até a repartição do território, devido à grande dimensão territorial e populacional do município. A cidade de Belo Horizonte possui uma extensão geográfica de 331 km, com mais de 2,5 milhões de habitantes (IBGE, 2018).

Existem fortes evidências de grandes problemas em todos os campos do processo assistencial que precisam ser rapidamente enfrentados: na estrutura física e de recursos logísticos da rede própria, na questão dos recursos humanos em todas as suas dimensões (contratação, formação, desenvolvimento e gestão do processo de trabalho) e na organização local do processo assistencial. Neste último, o destaque é para a evidente desarticulação entre os vários setores e atividades, principalmente no que se refere aos vários níveis tecnológicos da atenção, didaticamente chamados de nível primário, secundário e terciário, ou da atenção básica, especializada ou hospitalar. (Secretaria de Coordenação das Políticas Sociais, 2003, p. 2-3).

Diante do entendimento da estrutura e do funcionamento das políticas públicas de Belo Horizonte/MG, vamos nos ater, a partir de agora, ao espaço e à funcionalidade dos CERSAMs de Belo Horizonte/MG, como dispositivo integrante do SUS e escolhido para a realização desta pesquisa. Como já relatado anteriormente, a cidade de Belo Horizonte é repartida territorialmente, como áreas demarcadas para melhor organização, planejamento e estruturação dos serviços em saúde. Dividida em nove regiões, a cidade de Belo Horizonte, atualmente, não conta com um serviço específico de saúde mental (CERSAMs) apenas na região centro-sul – a qual tem seu território acompanhado pelos serviços dos territórios litorâneos a sua área (Leste, Oeste, Noroeste, Pampulha, Norte, Barreiro, Venda Nova e Nordeste).



Figure 3: Territorialização dos CERSAMs de Belo Horizonte

Fonte: Google imagens.

De acordo com os estudos de Oliveira (2006), os CERSAMs de Belo Horizonte/MG trabalham com demandas contínuas, sendo locais de atendimento intensivo. “A maioria dos pacientes permaneceu no CERSAM por 8,8 meses, em média, até o encaminhamento completo aos centros de saúde.” (Oliveira, 2006. p. 47). Essa média pode ser entendida tanto como uma possível estabilização do quadro do paciente, que geraria o encaminhamento para os centros de saúde, quanto como uma dificuldade de manter o paciente vinculado aos CERSAMs, dada a insuficiência de quadro de funcionários, o que também poderia gerar o encaminhamento do paciente (Oliveira, 2006).

Recuos e avanços fazem parte de todo processo histórico e não foi diferente com a Política de Saúde Mental de Belo Horizonte. Ao primeiro momento de impulso e introdução desta política, sucederam-se outros, onde a construção prosseguia, apontando, contudo, para uma direção distinta da que lhe deu origem. Um terceiro tempo então se fez necessário. Um escanção, um intervalo de tempo para refletir e construir saídas: assim foi o início do ano de 2003, momento do debate e construção de estratégias necessárias para retomar princípios, avaliar a prática, recompor serviços e equipes, e criar novos dispositivos de modo a possibilitar a superação de impasses e dificuldades experimentadas pelos trabalhadores e usuários no cotidiano da experiência. (Nilo et. al., 2008, p. 13).

Mesmo com todo esse processo de avanços e retrocessos, é significativo ressaltar que a cidade de Belo Horizonte se apresenta como um referencial na luta antimanicomial e na atenção e no cuidado aos portadores de sofrimento mental, autor de delito ou não.

3 MULHER: DISCUSSÕES INTERSECCIONAIS E PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO

3.1 A mulher e a loucura

Jamais me esqueço da história de uma mulher que foi presa em uma cela forte em um hospício e lá foi esquecida, a tal ponto que faleceu, de fome e frio! Tamanho era o descaso que, somente muitos anos depois, seu corpo foi encontrado, já petrificado. A silhueta mumificada indicava o tanto de sofrimento naquela mulher em posição fetal, em completo abandono. Seu crime era ser louca! Curiosamente a marca da silhueta não saiu com nenhum produto de limpeza, nem mesmo com ácidos. Ficou ali como denúncia e grito de dor. Quando a direção soube que a notícia estava correndo para fora do hospício, mandou arrancar o piso. (Amarante, 2008, p. 62).

Dentre aspectos importantes na constituição dos sujeitos e das sociedades, temos as relações de gênero. Conforme Garcia (1967, p. 12), alguns campos científicos “estiveram inseridos numa tradição eurocêntrica que encarava a mulher como naturalmente desinteressante e irrelevante para os estudos de um grupo humano”. Ao se entrelaçar a história da loucura à história das mulheres, busca-se pensar os processos históricos de opressões, omissões, subjugações que ligaram a mulher à loucura, não tomando como ponto de partida uma discussão universal do que seria “mulher”.

Mulheres foram internadas nos asilos psiquiátricos, por exemplo, no século XVII no Hospital Pitie-Salpêtrière de Paris por problemas de comportamento, acusações de prostituição (Corbin, 1976); da mesma forma, no Brasil, no início do século XX, no hospital psiquiátrico do Juquery, em São Paulo (Cunha, 1989) mulheres foram internadas, pois não se portavam conforme a imagem de uma “verdadeira” mulher, esposa e mãe. (Swain-Navarro, 2013, p. 227).

Nas apresentações de Del Priori (2004, p. 9), “a história das mulheres não é só delas, é também aquela da família, da criança, do trabalho, da mídia, da literatura. É a história do seu corpo, da sua sexualidade, da violência que sofreram e que praticaram da sua loucura, dos seus amores e dos seus sentimentos”. Outro aspecto importante que faz parte da história das mulheres é a relação entre a mulher, a loucura e a vulnerabilidade social. Para Garcia (1967):

A crença médica na instabilidade dos nervos fez da mulher um ser mais vulnerável aos distúrbios mentais do que o homem, e isso teve grandes consequências na política social. Esta era a grande razão alegada para tirar as mulheres dos empregos, negar-lhes direitos políticos e mantê-las sob o controle masculino na família e no Estado. (Garcia, 1967, p. 57).

Homens e mulheres vivenciam o processo do sofrimento psíquico de maneira distinta. Sendo assim, o gênero é uma categoria de análise que deve ser estudada e examinada enquanto marcador histórico e social (Zanello, Fiuza, & Costa, 2015). O gênero deve ser um importante fator social, principalmente quando estamos considerando os fatores históricos e sociais do sofrimento psíquico das mulheres. Segundo Zanello (2014, p. 44), “o sofrimento psíquico deve ser compreendido assim em toda a sua complexidade, na qual os aspectos sociais e históricos específicos do sujeito confluem. Dentre estes aspectos importantes na constituição dos sujeitos, temos as relações de gênero.” É possível perceber o quanto marcadores sociais perpassam o cotidiano feminino e o quanto isso pode influenciar na forma de pensar e conceber a sua saúde mental, a partir do gênero e da cultura de uma sociedade. Conforme Garcia (1967, p. 51) “em números cada vez maiores, desde o início do século XIX, as mulheres caíram sob o controle psiquiátrico, sendo confinadas em manicômios”. A partir de metade do século, apresentou-se um crescimento no número de mulheres internas em manicômios em relação às internações masculinas.

Para Carvalho (2015, p. 2), “gênero, portanto, é um conceito que só pode ser pensado a partir das relações interpessoais e de seus significados, não podendo ser entendido distanciado dos valores e da cultura”. Um primeiro aspecto observado é que as relações de poder permeiam e influenciam nos parâmetros da saúde mental e do gênero. Butler (2013), em seu livro *Problemas de Gênero*, deixa claro que o gênero é, em essência, uma construção social e uma produção do poder. Isso nos mostra a influência gerada pela sociedade ao estabelecer relações hierárquico-desiguais e ao definir o processo de identidade dos indivíduos (loucos ou loucas, infratoras ou não). A filósofa Judith Butler (2013) também coloca em questão a identidade como fundamento da ação política do feminismo. “Embora a unidade indiscutida da noção de ‘mulheres’ seja frequentemente invocada para construir uma solidariedade da identidade, uma divisão se introduz no sujeito feminista por meio da distinção entre sexo e gênero” (Butler, 2013, p. 24).

Contextualizando, há ainda outras formas de controle e subjugação das mulheres, a partir dos contextos sociais e da perspectiva patriarcal. Um aspecto social observado para o controle social da mulher, segundo Del Priori (2004), estava na expressão da sexualidade, principalmente pela ligação que se deu, no início do desenvolvimento da medicina, entre loucura e sexualidade – em que a mulher que apresentasse comportamentos sexuais fora dos padrões pré-estabelecidos era considerada louca.

A construção psiquiátrica de uma íntima associação entre a fisiologia feminina e as perturbações mentais foi sustentada a partir dos estudos de anatomofisiologia. Os especialistas chegaram à conclusão de que as relações entre os órgãos sexuais e o cérebro estavam estabelecidas através da rede nervosa do corpo; portanto, qualquer estímulo sexual, mesmo que fraco e/ou contínuo, poderia refletir sobre o cérebro. Estas considerações foram compartilhadas entre muitas especialidades médicas, principalmente entre a Ginecologia e Psiquiatria. (Martins, 2010, p. 25).

A naturalização da loucura da mulher também estava engendrada em interesses sociais de subordinação da mulher pelo homem. Outro fator histórico que reforça os processos aos quais as mulheres foram submetidas, com relação à ligação do feminino com a loucura, está nas normas comportamentais. Ressalta-se que, no princípio, a medicina era desenvolvida e aplicada por homens. Garcia (1967, p. 15) destaca

as imagens da insanidade feminina, a loucura como um dos males da mulher e a loucura como natureza feminina essencial sendo desvelada pela racionalidade médica masculina”, e Showalter mostra a importância “de se perceber, durante os últimos séculos, a relação entre mulher e loucura” (citado por Garcia, 1967, p. 15).

Dessa maneira, Garcia (1967, p. 50-51) afirma que “os modelos psiquiátricos masculinos tornaram-se modelos culturais, e tanto a teoria psiquiátrica quanto a vigilância da moral pública transformam a diferença entre os gêneros e a loucura numa enfermidade feminina”. De acordo com Franca Basaglia (1983),

la relacion entre el disturbio psiquico – y su consiguiente codificacion y sancion – y la rigidez de las reglas de comportamiento es más evidente en el caso de la mujer que en el del hombre. Se trata la mayoría de las veces de reglas basadas en conversiones o prejuicios de ordem moral, o de estereotipos de reglas que – apelando a una ley de la naturaleza tomada de manera grotescamente literal – sirven para mantener la distancia y la diferencia entre la esfera de accion y de poder de la mujer y la del Hombre. (Basaglia, 1983, p. 31).¹⁵

Tendo como objetivo analisar como os conceitos de gênero, loucura e periculosidade emergem nos trâmites dos processos de compreensão de mundo e prática dos trabalhadores dos CERSAMs de Belo Horizonte/MG; compreender a atenção e o cuidado disponibilizados nos

15 “a relação entre a perturbação psíquica – e sua conseqüente codificação e sanção – e a rigidez das regras de comportamento é mais evidente no caso das mulheres do que nos homens. Na maioria das vezes, trata-se de regras baseadas em conversões ou preconceitos de ordem moral, ou de estereótipos de regras que – apelando para uma lei da natureza adotada de maneira grotescamente literal – servem para manter a distância e a diferença entre a esfera de ação e o poder da mulher e o do homem”. (Basaglia, 1983, p. 31, tradução nossa)

CERSAMs às usuárias loucas infratoras, a partir desses profissionais; e pensar como essas visões podem influenciar definir ou conduzir os destinos das mulheres permeadas pela injunção crime-loucura, intenta-se dar visibilidade e identificar, a partir das entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde mental, como são os acompanhamentos (a prática de atendimento e cuidado) destinados às usuárias loucas infratoras atendidas nos CERSAMS de Belo Horizonte/MG. Também se pretende pensar se as mulheres/usuárias loucas infratoras são consideradas e tratadas de maneira diferente, devido ao seu gênero, e se existem características dos etiquetamentos de controle social, a partir dos atendimentos disponibilizados. Além de pensar a partir do gênero, da loucura e da periculosidade, é possível pensar e problematizar a construção dessas identidades, bem como problematizar as relações de poder engendradas nessas subjetividades e os processos de re/inserção das portadoras de sofrimento mental que cometeram atos considerados crimes.

Observamos que, sobre as mulheres que ousam cometer práticas tipificadas como criminosas, recai uma dupla punição: as sanções penais previstas nas leis e nos códigos, mas também os imperativos das normativas de gênero, com as suas definições e prescrições do que é – ou deveria ser – a Mulher. (Carvalho & Mayorga, 2017, p. 102).

É sobre os imperativos das normativas de gênero que recaem nas mulheres/usuárias que as questões de gênero serão norteadas neste trabalho. A saúde mental, transpassada pelas questões de gênero, tem sido cada vez mais evidenciada. Para Zanello (2014):

O gênero é um importante fator patoplástico na formação dos sintomas e na manifestação de diversos transtornos, sobretudo aqueles nos quais as diferenças de incidência dentre homens e mulheres se mostram mais discrepantes [...] é extremamente problemática a utilização de critérios diagnósticos neutros, que não considerem o gênero. (Zanello, 2014, p. 47).

As singularidades existentes no campo da saúde mental, com intersecções a partir da diferença de gênero, reforçam a relevância de se pensar a saúde mental das mulheres, já que homens e mulheres vivenciam os processos de loucura e suas consequências de maneiras distintas. Segundo Zanello (2014), não apenas as experiências de adoecimento psíquico, mas também os processos de tratamento em saúde mental se apresentam de maneira distinta em homens e mulheres. Dentre as principais distinções, as práticas em saúde mental apresentariam um viés mais moralizante e normativo para as mulheres do que para os homens.

Firmino (1986), em sua obra *A lucidez da loucura: a via-crúcis de Maria, a louca de Minas que desnudou a psiquiatria*, realiza, para além de uma denúncia, o relato do descaso, do

abandono e das formas desiguais de tratamento entre homens e mulheres, além da representação social desigual que as mulheres apresentavam. O autor conta as dificuldades de Maria, uma professora que passa por longo e penoso percurso nos serviços de saúde mental de Minas Gerais. Descaso e negligência fazem parte desse processo. Na obra de Firmino (1986) é possível perceber o quanto os marcadores de gênero e loucura podem atravessar a vida das mulheres, inclusive gerando isolamento e sofrimento psíquico.

Por fim, Thais Faria (2018), em *História de um silêncio eloquente: construção do estereotipo feminino e criminalização das mulheres no Brasil*, realiza a vinculação histórica das mulheres e seus processos de patologização e exclusão social. As mulheres são vinculadas ao mesmo tempo à loucura e à segregação/isolamento social, mantendo a máxima: por ser mulher é louca, por ser louca tem que ser excluída e penalizada/punida.

Um ótimo exemplo da tendência do começo do século de neutralizar pessoas que não se adequavam ao comportamento esperado é o Juquery, um dos mais relevantes hospícios do Brasil, que acabou por “espelhar” comportamentos e pessoas que buscava ocultar ou “regenerar”. Funcionava como depósito de “indesejáveis” e como espaço de reconstrução do comportamento adequado (especialmente no que se referia às mulheres) para retorno à família e a sociedade. (Faria, 2018, p. 65).

3.2 Mulheres, loucura e periculosidade

*Triste, louca ou má
Será qualificada
Ela quem recusar*

*Seguir receita tal
A receita cultural
Do marido, da família
Cuida, cuida da rotina.*

...
Ela desatinou, desatou nós, vai viver só...

*Francisco, el Hombre
Triste, louca ou má*

A mulher, ao ser caracterizada de maneira social e histórica a partir do olhar masculino, é subjugada, subjetivada, apresentando vieses de desigualdades em relação a sua representação social. Como nos diz Del Priori (2004), à mulher era reservado o espaço privado sob o olhar e a vigilância do pai ou do marido. O direito a posse de terras, estudos, votos e até liberdade para andar na rua sozinha e trabalhar só foi adquirido com o passar do tempo, e depois de muita luta. Para Moura e Popperl (2019):

Entretanto, quando se discute as mulheres, em seu sentido mais generalizador, importante destacar que este não é um grupo homogêneo, havendo clivagens socioeconômicas e raciais que modificavam sua realidade e os padrões impostos sobre seus corpos. A cobrança de determinados comportamentos está intimamente ligada ao meio social da mulher em questão, assim como o tratamento médico relegado a elas. (Moura & Popperl, 2019, p. 63).

A partir da perspectiva do gênero, Del Priori (2004) apresenta e contextualiza outros delimitantes sociais que as mulheres eram inseridas, em várias sociedades, durante o processo histórico. Traçando um panorama, a partir de múltiplas perspectivas – econômicas, políticas e culturais –, é possível observar que as mulheres que apresentassem condutas distintas das estipuladas socialmente eram consideradas loucas ou perigosas, não fugindo à regra as mulheres que a partir do seu comportamento eram consideradas loucas e perigosas apenas por não cumprirem as perspectivas sociais. Importante destacar que ao privar a mulher de bens materiais e locais sociais acentuava-se o poder do homem sobre a mulher, aumentando os processos de desigualdades sociais e subjugação a partir da diferença de gênero:

Excluídas de uma efetiva participação na sociedade, da possibilidade de ocuparem cargos públicos, de assegurarem dignamente sua própria sobrevivência e até mesmo impedidas do acesso à educação superior, as mulheres no século XIX ficavam trancadas, fechadas dentro de casas ou sobrados, mocambos e senzalas, construídos por pais, maridos, senhores. (Del Priori, 2004, p. 341).

A mulher ao apresentar um comportamento agressivo, quebra uma regra/conduta social, dado que a agressividade é uma atribuição social masculina (Del Priori, 2004). Ao realizar essa quebra de conduta social, a mulher fica mais exposta a sofrer com outros vieses de desigualdade e subalternidade. Conforme Franca Basaglia (1985, p. 40), “la agresividad es uno de los atributos considerados naturales em el hombre¹⁶”.

La sancion y la condena a la conducta anormal de una mujer agresiva tienen un significado mucho más profundo que quando se aplican al comportamiento anómalo masculino, ya que para él se toma en cuenta automáticamente la esfera social. Las anomalías femininas son algo que afecta a las mismas raíces de aquello que es per se, y no exclusivamente lo que es para los outros. Es el ser mujer lo que se pone en juego.¹⁷ (Franca Basaglia, 1985, p. 40).

16 A agressividade é um dos atributos considerados naturais nos homens. (Franca Basaglia, 1985, p. 40, tradução nossa).

17 A sanção e a condenação da conduta anormal de uma mulher agressiva têm um significado muito mais profundo do que quando se aplicam ao comportamento anômalo masculino, uma vez que a esfera social é automaticamente levada em consideração. As anomalias femininas são algo que afeta as próprias raízes do que é por si, e não

Ao serem analisadas pelo saber médico e da psiquiatria, que em sua grande maioria era realizada por homens, as mulheres também foram “atestadas” sob esse viés de subjugação. Sendo assim, as mulheres foram interpeladas e interpretadas psiquicamente por diferentes fatores engendrados pelo patriarcado e pela misoginia. Os estudos no início da medicina transformaram o corpo feminino em uma fonte de patologias orgânicas ligadas ao psiquismo, em que a loucura (histeria) fazia parte do corpo da mulher (útero). Essa “loucura” era “percebida” e “diagnosticada” principalmente a partir de comportamentos que fugiam da regra social e da estereotipização do comportamento feminino. Como aponta Del Priori (2004, p. 282), “nos laudos periciais realizados por médicos e alienistas, a personalidade histórica da mulher definia-se por alucinações, sugestionabilidade, discreto fundo erótico e falhas da memória e da afetividade”.

A psiquiatria, além de investigar, registrar e retratar o feminino como campo da loucura, buscou fontes para “tratar” esse “mal”. Como o maior público da psiquiatria era feminino (dada à relação entre a mulher e a loucura), a psiquiatria passou a estipular “tratamentos” específicos para as mulheres. É importante ressaltar que tal “epidemiologia psiquiátrica” não visava muitas vezes o tratamento e/ou a cura das mulheres atendidas, mas se apresentava como uma forma de manipulação, punição, marcador social da diferença e misoginia.

A construção psiquiátrica de uma íntima associação entre a fisiologia feminina – em particular, o seu aparelho genital – e os distúrbios mentais pode ainda ser detectada pelo exame de alguns tratamentos destinados às mulheres diagnosticadas como doentes mentais, frequentemente utilizados em instituições asilares durante o século XIX e princípio do XX. Entre os procedimentos terapêuticos que, destinados a controlar as “sexualidades inconventionais das mulheres”, confundiam-se com os mais rigorosos e cruéis métodos de tortura, figuram a extirpação do clitóris e a introdução de gelo na vagina. Em fins do século passado, a lista desses procedimentos seria ampliada pela introdução de novas técnicas terapêuticas não menos violentas. Datam de então as primeiras experiências de submeter mulheres alienadas a intervenções cirúrgicas ginecológicas. (Del Priori, 2004, p. 283).

Era também naturalizado de maneira histórica e social que a mulher, ao apresentar comportamentos fora das normas sociais, seria um “perigo” para a sociedade e, assim, nomeada naturalmente louca e/ou perigosa. Faria (2018) também realiza o entrelaçamento dos processos históricos que perpassaram as mulheres e seus processos de patologização e perigo social:

exclusivamente o que é para os outros. É por ser uma mulher que se põe em jogo. (Franca Basaglia, 1985, p. 40, tradução nossa).

Buscou-se definir grupo e categorias de mulheres que ofereciam perigo social e, portanto, deveriam ser contidas. Essas características são ainda hoje responsáveis por uma herança preconceituosa não só contra as mulheres, mas contra determinados comportamentos ligados, sobretudo, à sexualidade feminina. (Faria, 2018, p. 44).

A mulher portadora de sofrimento mental é comumente rotulada como perigosa como resposta automática à diferença e ao medo, além da ideia de que o portador de sofrimento mental não se adapta às normas sociais e morais, sendo um perigo em potencial e sem controle. Esses fatores e condutas sociais acabam acarretando, de maneira geral, a exclusão, a segregação e a subjugação das mulheres que apresentam ou representam a periculosidade.

A periculosidade pode ser entendida como a condição ou “potência de perigo” que um indivíduo pode apresentar diante da sociedade. Mas a partir de alguns vieses sociais e jurídicos, a periculosidade comumente é tangenciada por aspectos muitas vezes de cunho punitivo e preventivo. Dessa forma, o ato ilícito passa a ser abarcado e interpretado para além de um comportamento inadequado socialmente, ganhando relevância as características psíquicas de quem realizou.

Na história da relação entre mulheres e loucura, os corpos e as sexualidades das mulheres tornaram-se alvos prioritários das intervenções da medicina e da psiquiatria, com base na crença de que, na fisiologia da mulher, estaria inscrita uma predisposição à doença mental. Assim a menstruação, gravidez, parto e vivências da maternidade eram aspectos decisivos para definir e diagnosticar as doenças mentais que aferravam as mulheres de modo frequente ou específico (Vianna & Diniz, 2014, p. 92-93).

A articulação entre loucura e gênero também se apresenta como uma resposta teórica e social aos processos que interligaram a mulher e a loucura. Importante ressaltar que tanto a loucura quanto o gênero são relevantes marcadores sociais, que devem ser levados em consideração. Quando está presente a articulação entre a loucura, o gênero e a periculosidade temos, infelizmente, um amalgamento de fatores que podem gerar marcadores sócias da diferença, desigualdade social, segregação e sofrimento mental. De acordo com Cheskys (2014), as mulheres loucas infratoras são consideradas as invisíveis das invisíveis quando se trata das mulheres em privação de liberdade. Quando lidamos com as mulheres loucas infratoras, um terceiro elemento é acrescentado a essas cronificações, à questão do gênero e a todo o seu arcabouço de marcadores de desigualdade: a ideia do descontrole.

As imagens da insanidade feminina, a loucura como um dos males da mulher e a loucura como natureza feminina essencial sendo desveladas pela racionalidade médica masculina [...] têm mostrado como a aliança fundamental entre “mulher” e “loucura” se

insere em nosso sistema dualista de linguagem e representação, no qual as mulheres são colocadas ao lado da irracionalidade, do silêncio, do corpo, enquanto os homens são situados ao lado da razão, do discurso, da cultura, da mente [...] uma tradição que representa a mulher como loucura. (Garcia, 1967, p. 15).

É importante ressaltar que a forma como loucura, gênero e periculosidade serão marcadores de desigualdade para as mulheres em Medida de Segurança está também relacionada com outras complexas relações em que essas mulheres estão colocadas. Sandra Azerêdo (2007) ressalta sobre as múltiplas vertentes em que a mulher sofre preconceito, viés de desigualdade e exclusão social com base em seu gênero, mas também em outros marcadores.

Haveria então um preconceito contra a mulher, no singular? Parece não haver dúvida quanto a isso se pensarmos nas várias imagens de mulher em nossa cultura: a mulher feia – nas praias brasileiras se vendem camisetas para homens, onde se vê escrito na frente “Salva Gatas” e nas costas “As feias afoga” (sic) (Azeredo, 2007, p. 20).

É assim que se produz o preconceito – através da linguagem, em nossos corpos, num processo de reintegração em que somos agentes, mas no qual não reconhecemos nossa agência, já que faz parte desse processo apagar os traços de nossa participação de modo que as palavras e as coisas apareçam como dadas, naturais, mantendo uma relação direta, imediata entre elas, independente de nós. O processo de produção do preconceito é muito complexo e começa muito cedo em nossas vidas. (Azeredo, 2007, p. 28).

Esta pesquisa visa uma maior compreensão sobre a interface entre a loucura, o gênero e a periculosidade e sobre como esses marcadores podem influenciar nos atendimentos, acarretando assim a cidadania, a autonomia e o empoderamento da mulher louca infratora. Segundo Franca Basaglia (1983, p. 13), “indagar a loucura das mulheres que ainda povoam os nossos manicômios pode ser uma ocasião para compreender não só a história da mulher, mas o problema da loucura como produto social”. Ao olhar para a pessoa e não para a doença e/ou crime, é possível romper com os processos de exclusão social e coisificação, que se apresentam nos sistemas moralistas e nas instituições totais da psiquiatria e nas prisões. Carvalho e Weigert (2013, p. 79) nos orientam: “A mudança central é tratar a pessoa com diagnóstico de transtorno mental como verdadeiro sujeito de direitos, e não como um objeto de intervenção do laboratório psiquiátrico-forense”.

Ao fazer um recorte sócio-histórico do significado da loucura, da periculosidade e das questões de gênero no decorrer da sociedade, busca-se também compreender os sentidos associados à loucura.

Mesmo com as mudanças provocadas pelas experiências exitosas no Brasil nesta área e pela instituição da Política Nacional de Atenção Integral à saúde das Pessoas Privadas

de Liberdade, que prevê ações voltadas às pessoas em sofrimento mental autoras de delito e submetidas a medidas de segurança, estas na sua maioria ainda são assistidas sob noção de periculosidade social, constituindo-se alvo de uma dupla estigmatização: loucas e criminosas. (Correia & Almeida, 2017, p. 340).

Os processos que perpassam os atendimentos destinados às mulheres loucas infratoras têm dimensões políticas, jurídicas e sociais como um direito inscrito na Constituição Federal, nas políticas públicas de saúde mental e na rede de atenção psicossocial. O movimento da Reforma Psiquiátrica teve como propósito trazer à tona a dimensão humana e cidadã das pessoas com sofrimento mental, sem distinção, legislando e disponibilizando práticas de atendimento guiadas pelos direitos humanos, assim como pela universalidade, equidade e integralidade.

Nesse cenário é importante salientar que as mulheres portadoras de sofrimento mental que no decorrer de sua vida cometem algum delito sofrem, para além dos preconceitos e das segregações direcionados ao gênero, mais dois modos de apartamento e subjugação social: o da loucura e o da periculosidade, por serem questões sociais que se apresentam em constante embate. A história das mulheres e da loucura foi marcada pela violação dos direitos humanos e pela segregação. Com a junção da periculosidade, esta se torna mais um elemento para a exclusão social e a punição, como meio e prática de controle social.

No Brasil, são consideradas perigosas às pessoas portadoras de algum tipo de doença mental que cometam um ato considerado antissocial. Esta avaliação se baseia na probabilidade de que este indivíduo volte a cometer esse ato novamente, portanto esta medida de segurança social é preventiva, porém não igualitária. (Cohen, 2013, p. 32).

Barros-Brisset (2011) questiona o conceito de periculosidade, não limitando esse conceito à loucura, exatamente por não serem exclusivos dos sujeitos loucos os atos ilícitos e a periculosidade. O que é confirmado pelas ideias de Mattos, Menezes e Vieira (2011):

A ideia de senso comum do “louco perigoso” por isso infrator, ou infrator por isso louco perigoso na reintegração de contatos com o sistema penal é desmedida cabalmente. Mais da metade nunca teve qualquer contato com o sistema penal e, da totalidade, apenas uma parcela (menos de um terço do total!) foi presa. (Mattos, Menezes & Vieira, 2011, p. 35).

É importante problematizar o conceito de periculosidade associado ao portador de sofrimento mental após realizar ato ilícito. É possível perceber a fragilidade desse conceito, que

não apresenta consistência teórica, sendo muitas vezes baseado em questões morais e singulares, a partir da lógica do medo e da segurança pública.

De toda sorte, ainda que se busque estabelecer critérios para a determinação da periculosidade, o que se verifica é a imensa fragilidade de seu conceito, desprovido de maiores certezas, representante verdadeiro exercício de futurologia, o que se mostra absolutamente incompatível com a segurança jurídica almejada pelos ordenamentos. (Yarochevsky & Coelho, 2013, p. 27).

A periculosidade é ainda hoje tomada como um dos fundamentos psiquiátricos e jurídicos para a aplicação da Medida de Segurança (M. S). Segundo Peres e Nery (2002, p. 346), “a pena e a medida de segurança diferem não apenas por apresentarem finalidades distintas, repressiva ou preventiva, mas também pelas causas, condições e aplicação e modo de execução”.

A ideia de “periculosidade” não se traduz por qualquer dado objetivo, ninguém podendo, concretamente, demonstrar que A ou B, psiquicamente capaz ou incapaz, vá ou não realizar uma conduta ilícita no futuro. Já por isso, tal ideia se mostra incompatível com a precisão que o princípio da legalidade, constitucionalmente expresso, exige de qualquer conceito normativo, especialmente em matéria penal. A “periculosidade” do imputável é uma presunção, que não passa de uma ficção, baseada no preconceito que identifica o “louco” ou quem quer que apareça como “diferente” – como perigoso. (Karam, 2002, p. 9).

Atualmente ainda vemos resquícios de certa medicina higienista e eugenista. Yarochevsky e Coelho (2014, p. 23) nos elucidam que os médicos criminalistas: “procuraram as diferenças entre o homem delinquente ou anormal e o homem não delinquente ou normal”, como forma de desenvolver categorizações e segregação. Seguindo assim os preceitos de Cesare Lombroso, os loucos infratores foram classificados, institucionalizados e objetificados como “delinquentes anormais” nos Hospitais Psiquiátricos e Judiciários.

O manicômio judiciário nasceu no século XVIII. O fundador da Psiquiatria jurídica foi, infelizmente, o italiano Lombroso, pai de uma grande parte da psiquiatria, horrivelmente reacionário, mas que naquela época se fazia passar por socialista. Era a época do materialismo vulgar, quando o socialismo era científico no sentido positivista da palavra. Nesse período, a psiquiatria era homologada pela medicina, logo era preciso encontrar nas causas mais próximas à lógica biológica da medicina. Lombroso se encarregou de buscar as origens físicas da doença mental. Ele comete então, não sei se inconscientemente ou conscientemente, graves erros científicos. Toda a pesquisa deste assunto pretensamente científico é feita sobre criminosos. A amostra era de criminosos quando vivos e depois de mortos. Ele descobriu, por exemplo, que o criminoso tem

características somáticas típicas. Tem, por exemplo, orelhas especiais, um pouco puxadas para cima. Se isso fosse verdade o nosso ministro Andreotti seria um criminoso daqueles. Talvez seja um verdadeiro criminoso [...] Lombroso dizia também que, do ponto de vista da anatomia patológica, os criminosos têm pequenas fossas occipitais completamente diferentes dos outros. Há mesmo um livro, “Medicina Criminal”, onde há fotos e desenhos que são, segundo a sua teoria, exemplos típicos de criminosos. Isto chega a ser gozado. Há, por exemplo, uma foto com a legenda “típica mulher de bandido da Sardenha”. Cientificamente, isso é um absurdo, mas os princípios legais da medicina criminal baseiam-se ainda nesta pesquisa. (Basaglia, 1979, p. 54-55).

A medicina criminal, criada e defendida por Lombroso, também estipulou separação classificatória entre “delinquente normal/delinquente anormal”, o que engendrou processos de desigualdade social (dado que os considerados delinquentes anormais sofriam sanções devido a sua condição estipulada), junção no trato médico e jurídico e exclusão social. Outro ponto que deve ser ressaltado como forma histórica e social que gerou a discriminação dos portadores de sofrimento mental autores de atos considerados crimes é que foi a partir dessas catalogações, que a medicina criminal desenvolvia como forma de parametrizar os ditos “delinquentes anormais”, que a ideia e o conceito da periculosidade foram amalgamados a esses sujeitos. Os “delinquentes anormais” eram tidos como pessoas portadoras de uma periculosidade nata e incurável. Segundo Mattos, Menezes e Vieira (2011):

Pensava-se, até a primeira metade do século XX, que exatamente o contrário acontecia com os criminosos: eles já nasciam criminosos, dizia a velha “ciência” – e as aspas aqui são inevitáveis. Distanciavam-se da loucura para aproximar-se do homem primitivo, do selvagem, como queria Cesare Lombroso, nesse caso um selvagem necessariamente mau. Louco porque mau. Mau porque louco. (Mattos, Menezes & Vieira, 2011, p. 28).

O processo histórico da periculosidade se mistura com os processos históricos e sociais da própria loucura e da criminalidade. As ideias que baseavam a periculosidade foram se transformando, mas ao mesmo tempo foram tomando teor de subjetividades e moralidade, tanto pela medicina quanto pelo direito. Assim a periculosidade foi sendo entendida, sem muitos critérios científicos e até comprobatórios, uma vez que pode ser compreendida como a porcentagem de chance que uma pessoa tem de cometer um ato que coloque ela mesma ou outra pessoa em perigo. Dessa forma, a periculosidade a partir da medicina criminal cria contextos infrutíferos e facilmente debatidos.

No Brasil, quanto aos chamados “criminosos loucos”, o Código Penal de 1890 apenas dizia que eram penalmente irresponsáveis e deviam ser entregues a suas famílias ou

internados nos hospícios públicos se assim “exigisse” a segurança dos cidadãos. O arbítrio em cada caso era uma atribuição do juiz. (Carrara, 2010, p. 17).

Quem estaria livre de cometer um crime e/ou ato ilícito na sua existência? A sociedade foi constituída com atos bárbaros e violências. Muitas vezes as violências sendo explicadas por questões de cunho religioso, político e econômico.

Ressalta-se que nesta pesquisa entenderemos crime, ato ilícito e ato criminoso como sinônimos, considerando que o significado social de crime é distinto em diferentes épocas, culturas e territorialidades – o que é considerado crime em uma região ou época pode não ser em outra e assim por diante. Atualmente o crime tem caráter de comportamento ou ação que transgride a lei jurídica vigente, sendo assim passível de punição a partir da perda da liberdade. No Brasil, atualmente, a perda da liberdade de uma pessoa pode ocorrer tanto se o indivíduo for considerado imputável como inimputável.

O crime é considerado uma ação humana culpável. Tal entendimento do crime leva em conta o aspecto subjetivo do ilícito, a saber, a vontade de delinquir, o entendimento do indivíduo acerca da prática criminosa, bem como sua capacidade de determinar-se nesse sentido. Sendo assim, quando não há o livre-arbítrio de agir criminosamente, comprometimento da potencial consciência da ilicitude do ato, ausência de controle sobre seus atos, a reprovação que deveria recair sobre o agente do fato delituoso deixa de existir. Nessa situação, o indivíduo passa a ser inimputável não podendo ser atribuída a ele responsabilidade pela violação de determinada lei. O atual ornamento jurídico brasileiro estabelece que a sanidade mental e a maturidade psíquica são requisitos para a responsabilização penal do indivíduo. (Marafinti, Pioneiro, Rigonatti, Ribeiro, & Cordeiro, 2013, p. 47).

A partir dos preceitos da periculosidade, a reabilitação e o cuidado de quem comete um ato criminoso muitas vezes não são considerados. É possível perceber, atualmente, que a justiça brasileira ainda apresenta características higienistas e moralistas, que sobrepõem a ideia da punição à ideia da ressocialização. Claro que ao defendermos as ideias da luta antimanicomial de cuidado em liberdade, também defendemos a luta anti-prisional, como questões políticas-sócio-culturais. É possível perceber diversas semelhanças entre as instituições prisão e hospital judiciário – que da mesma forma retira a liberdade de uma população, também muito semelhante: pobre, não branca, periférica, com pouca escolaridade, que vivencia vários processos de vulnerabilidade social. A punição dos crimes cometidos por essa população (imputável e inimputável) também apresenta semelhanças, engendramentos e processos similares. Há, portanto, diferentes constituições e significados para o processo de punição dos crimes/atos criminosos. Nesse ponto é possível ressaltar que os processos de punição a partir

da realização de um ato considerado fora da lei vigente também passaram por diversas transformações ao longo das evoluções da civilização. Segundo Foucault (1987), a tortura e os suplícios corporais, que ocorriam em praça pública como forma de espetáculo e punição social, foram aos poucos sendo substituídos pelo enclausuramento, pelo apartamento social e pela perda da liberdade e da identidade a partir das instituições totais, onde o controle não apenas do corpo vai tomando cada vez mais espaço. Para Carvalho & Mayorga (2017, p. 99), “a história das punições é tão antiga quanto à história da humanidade. Diferentes atos, condutas foram sendo tipificados como crimes ao longo dos séculos, enquanto outros foram perdendo tal conotação”. Foucault (2010), em sua aula do dia 15 de janeiro de 1975, relaciona a loucura com a criminalidade, à perversidade com a periculosidade e a junção do poder médico com o poder judiciário, apresentando essas três vertentes como formas de realizar estruturas normatizantes e moralizantes na sociedade, principalmente a partir do discurso do medo. A periculosidade, assim, torna-se objeto de saber e de controle do poder médico com o poder judiciário. A periculosidade também é tomada pela ideia de segregação como forma de cuidado social, assim como já havia ocorrido com a loucura e a criminalidade.

É sob o argumento do perigo – ou da periculosidade social como dizem os operadores do Direito – que o estado e nossa sociedade se permitem trancafiar, muitas vezes perpetuamente, o sujeito considerado louco que se depara com as instituições de controle penal, seja por meio das condutas de conflito mais graves, seja por meio das simples e mais banais contraversões à lei penal. (CFP, 2015, p. 7).

Dessa forma, a cultura que, na presença da junção de loucura e criminalidade, faz o indivíduo tornar-se um perigo social, deve ser banida e criticada. Porque quando o discurso do medo toma a frente como forma de proteção social, só vem causar segregação e violação dos direitos humanos dos loucos infratores, que ficam subjugados a esses estigmas da periculosidade. Como nos diz Mitjavila e Mathes (2012):

O indivíduo localizado exatamente no limiar da loucura e da criminalidade é o indivíduo perigoso, que não pode permanecer na sociedade. É necessário, portanto, institucionalizá-lo, seja no espaço da prisão, no polo judiciário, ou em hospital psiquiátrico, no terapêutico. Com isso, apresenta-se o problema “[...] do perigo social: isto é, ele será também o discurso do medo, um discurso que terá por função detectar o perigo e opor-se a ele”. (Mitjavila & Mathes, 2012, p. 1382).

A periculosidade, mesmo apresentando falhas conceituais, vai se construindo historicamente a partir do controle social, com um viés punitivo e moralista, tornando-se

também, a partir do discurso jurídico, requisito para execução de Medida de Segurança (M. S.). Enfatiza-se aqui que a crítica ao conceito da periculosidade está no fato de ela ser segregatória e classificatória (por abarcar somente os loucos infratores), além de ser requisito para a obtenção da Medida de Segurança, que se torna uma “faca de dois gumes” com relação à atenção e ao cuidado ao portador de sofrimento mental. Isso porque ao mesmo tempo em que a M. S. pode auxiliar para que o portador de sofrimento mental autor de ato ilícito não vá para a cadeia (onde não teria os cuidados em saúde e saúde mental necessários), pode contribuir para que o louco infrator seja encaminhado para o hospital psiquiátrico judiciário, onde além da possibilidade de não ter os cuidados necessários, arrisca-se a perder a liberdade por um tempo indeterminado. A M. S. tem recebido desaprovações tanto no campo psicológico quanto jurídico, por apresentar essa dualidade e também por não ter definições claras, podendo acarretar erros durante o seu processo de desenvolvimento. Alessandro Baratta (1985) realiza uma crítica sobre a aplicação das medidas de segurança para os portadores de sofrimento mental, principalmente a partir do regime fechado: “a circunstância de haverem atuado de forma objetivamente subsumível a uma figura delitiva não deveria impedir que se lhes aplicasse a disciplina normal do sistema médico e psiquiátrico” (Baratta, 1985, p. 81).

A M. S., por sua vez, também tem sua prática e significado intercalados na história entre os saberes médico e judiciário, sofrendo alterações ao longo do tempo. A M. S. foi caracterizada no Direito Penal Brasileiro, no início do século XIX, segundo Almeida (2018, p. 54): “o crescimento da criminologia e da negação do livre-arbítrio ao homem-delinquente, somados à ineficácia da pena para obstar a ação dos reincidentes implicam na necessidade de repensar o sistema tradicional”. De acordo com Yarochevsky e Coelho (2014):

No Brasil, o primeiro resquício acerca da medida de segurança pode ser vislumbrado no Código Penal do Império (1830) e, posteriormente, em várias outras propostas que não passaram de projetos. Na redação original do Código Penal de 1940, a responsabilidade penal era examinada por meio da capacidade de compreensão da ilicitude do crime de tal forma que, se o indivíduo possuía inteira incapacidade de autodeterminação seria considerado inimputável, ao passo que se o indivíduo possuísse discernimento relativo seria considerado semi-imputável. Esta distinção segue exatamente a linha adotada pelo atual artigo 26 do Código Penal, ocorre que, naquela ocasião, era possível, para os semi-imputáveis, o acúmulo da pena e da medida de segurança (sistema do duplo binário). (Yarochevsky & Coelho, 2014, p. 28-29).

No Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848, 1984), o artigo 96 trata das modalidades das medidas de segurança:

Art. 96. As medidas de segurança são: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)
 I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)
 II - sujeição a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)
 Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)
 Imposição da medida de segurança para inimputável.

De acordo com o CFP (2016, p. 125), “o Direito Penal e a sua resposta jurídica: a pena, só se legitima enquanto proteção ao arbítrio do poder punitivo, de modo que a Medida de Segurança não é compatível com um sistema garantista que proteja o ser humano, seja louco, seja criminoso, seja louco criminoso”. Um fato relevante é que para ter acesso à M. S., um dos principais fatores envolvidos é a extensão da doença mental, e não apenas o crime cometido. “No cumprimento das chamadas medidas de segurança, o sujeito louco e o autor de crime se encontram em uma só pessoa” (CFP, 2015, p. 7). Já para se cessar a M. S. é necessário um laudo psiquiátrico que ateste a “cessação” da periculosidade, considerando, assim, mais o crime cometido do que o sofrimento psíquico do indivíduo. (Marafinti, Pioneiro, Rigonatti, Ribeiro, & Cordeiro, 2013). Sobre a ideia da “cessação” da periculosidade a partir do laudo psiquiátrico, cabe aqui chamar a atenção com relação a essa prática, dado que não é a psiquiatria, nem a psicologia, nem o direito, nem a ciência em si, que determinam a periculosidade de uma pessoa – a periculosidade é uma invenção que responde a certas relações políticas e de poder. Nesse sentido, a psiquiatria não é uma ciência exata, e a partir dela também podem ocorrer erros que, inclusive, podem prejudicar ou impedir o acesso à liberdade dos portadores de sofrimento mental autores de atos ilícitos.

Às certezas da psiquiatria biológica e positivista quanto à associação entre anomalia psíquica e crime, que facilitaram a integração do indivíduo portador de anomalia psíquica nas fronteiras do Direito Penal por meio das medidas de segurança, contrapõem-se atualmente as dúvidas de uma psiquiatria que se assume com capacidade apenas para afirmar a necessidade de tratamento do agente declarado inimputável em razão de anomalia psíquica. (Antunes, 2003, p. 90).

Esses elementos e situações nos levam a preocupações com relação aos cuidados e ao acesso à liberdade dos portadores de sofrimento mental, no intuito de se evitar privações injustificadas ou excessivas de liberdade. Todos os cuidados devem ser tomados para que se evitem erros e equívocos, tanto na assistência psiquiátrica quanto nos processos judiciais.

É importante ressaltar que não é a todo portador de sofrimento mental que é designada a M. S.. Para Prado (2010, p. 630), “medidas de segurança receberiam a denominação única de

“sanções penais”, aplicadas sempre segundo o critério da periculosidade subjetiva”. Para ter acesso à M. S., é necessário que se comprove que o indivíduo, no momento do ato ilícito, não estava em condições de razão e percepção de suas ações, sendo assim considerado inimputável diante da lei (Castro, 2009).

Ao ser considerado inimputável, o louco infrator pode ser encaminhado, pelo juiz, tanto para a internação em um Hospital Judiciário, onde será cumprida a Medida de Segurança, quanto para o tratamento ambulatorial. Quando o paciente é encaminhado para um Hospital Judiciário, estará sujeito às normas e às condutas da instituição. Conforme exposto por Casula (2017, p. 23): “No Brasil, a Medida de Segurança apresenta-se sob a forma de tratamento ambulatorial, ou internação, com prazo mínimo de três meses e máximo de três anos ou, ainda, até a realização de nova perícia”. De acordo com os dizeres de Reale Junior (2002), o período para a realização do primeiro exame médico pericial, a partir da M. S., apresenta muitas incógnitas e possibilidades nas ações judiciais, que inclusive podem gerar contestações controversas durante o desenvolvimento do cumprimento das M. S. em regime fechado em Hospitais Psiquiátricos Judiciais. No CPB, (1948) no art. 97, é descrito um prazo de um a três anos para a realização do primeiro exame médico pericial após a internação do paciente no Hospital Psiquiátrico Judiciário. Entretanto, o art. 176 da Lei de Execução Penal do Código Penal (1984) apresenta a possibilidade de exame médico pericial para a cessação de “periculosidade” ocorrer antes de um ano de internação do paciente no Hospital Judiciário.

Art. 176. Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior. (Lei n. 7.210, 1984).

Devido ao fato de existir a dependência desse exame para a saída do Hospital Judiciário, pode ocorrer de o paciente permanecer sem previsão de alta ou liberdade por muitos anos, já que só poderá ser liberado após a realização do exame pericial atestando a “cessação” de sua periculosidade. Com isso, o tempo máximo para o cumprimento da M. S., em regime fechado, fica indefinido/indeterminado. Para Queiroz (2010), essa irresolução é inconstitucional, visto que ofende os princípios de igualdade, da proporcionalidade e da não perpetuação da pena. Sem a definição do tempo máximo para o cumprimento da M. S. em regime fechado, os indivíduos inimputáveis podem perecer por um tempo maior do que o limite máximo estipulado pelo CPB a partir do ato ilícito realizado.

A duração indeterminada das medidas de segurança estacionárias significa, frequentemente, privação de liberdade perpétua de seres humanos, o que representa violação da dignidade humana e lesão do princípio da proporcionalidade, porque não existe correlação possível entre a perpetuidade da internação e a inconfiabilidade do prognóstico de periculosidade criminal do exame psiquiátrico. (Santos, 2007, p. 665).

Sem a “cessação” da periculosidade, apresentada pelo exame pericial e pelo laudo médico, o paciente fica restrito à internação, por muitos e muitos anos, como apresentado e denunciado pelo CFP (2019), ao relatar sobre os pacientes que estavam nos Hospitais Psiquiátricos em internação em longa permanência. “Na ala onde ficam os pacientes presos de justiça foi relatado que existem casos de pacientes que já haviam cumprido a pena e que não precisam mais estar nesse local (Hospital Nina Rodrigues, São Luís – MA)” (CFP, 2019, p. 175).

A ciência consagrou a loucura como um perigo para a sociedade moderna, sobretudo, o louco infrator, único do qual se exige, pelo Código Penal, um exame de cessação de periculosidade atestado pela psiquiatria para conseguir a extinção da sua medida de segurança. Na verdade, quando um louco comete um crime, seu destino historicamente tem sido o exílio perpétuo nos hospitais de custódia/manicômios judiciários que, como bem destacou a campanha da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, este lugar é o pior do pior. (Nilo et. al., 2008, p. 200).

Nos dizeres de Salo de Carvalho (2015), há um consenso na doutrina e na jurisprudência em defesa de que o limite máximo para a M. S. em regime fechado não deve ultrapassar trinta anos, assim como o limite máximo para o cumprimento de pena, de acordo com o CPB, tendo ademais, decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) com esse entendimento.

O Supremo Tribunal Federal firmou entendimento no sentido de que o limite para aplicação da medida de segurança deve ser de 30 (trinta) anos, em observância ao artigo 75 do Código Penal, (Recurso extraordinário constitucional e penal medida de segurança). O Superior Tribunal de Justiça, por sua vez, atribuiu como limite o delito praticado. Nesse sentido é a redação da súmula 527: “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”. (Almeida, 2018, pp. 74-75).

Ferrari (2001), em sua obra, também nos apresenta dois argumentos em defesa da estipulação de limites temporais máximos para a permanência dos portadores de sofrimento mental nos Hospitais Psiquiátricos Judiciários, assim como a extinção dos prazos mínimos de realização dos exames médicos periciais para a “cessação” da “periculosidade”.

a) A primeira parte da premissa de que os enfermos mentais são diferentes dos condenados imputáveis e, por isso, devem ser tratados de modo diferente, configurando-se a indeterminação dos prazos máximos de duração das medidas de segurança e a obrigatoriedade dos prazos mínimos como elementos essenciais de distinções; b) O segundo argumento conduz a ideia de que a ausência de limites máximos quanto aos prazos de duração das medidas de segurança e a obrigatoriedade de mínimos funda-se no fato de que o enfermo mental é pessoa perigosa para sociedade e, como tal, possui grande probabilidade de reiterar o ilícito-típico praticado, a justificar a presença dos limites mínimos bem como a ausência dos limites máximos às medidas de segurança, constituindo suficiente a hipotética e abstrata cessação de periculosidade. (Ferrari, 2001, p. 181).

Seguindo também os preceitos do CPB, Bitencourt (2009) nos esclarece sobre as possibilidades, no setor jurídico, que podem abarcar os semi-imputáveis, a partir dos processos jurídicos. Seja para as pessoas consideradas semi-imputáveis que estão no sistema carcerário, seja para as que estão em Medida de Segurança em regime fechado ou ambulatorial:

Atualmente, o imputável que praticar uma conduta punível sujeitar-se-á somente à pena correspondente; o imputável, à medida de segurança, e o semi-imputável, o chamado “fronteiro”, sofrerá pena ou medida de segurança, isto é, ou uma ou outra, nunca as duas, como ocorre no sistema duplo binário. As circunstâncias pessoais do infrator semi-imputável é que determinarão qual a resposta penal de que este necessita: se o seu estado pessoal demonstrar a necessidade maior de tratamento, cumprirá medida de segurança; porém, se, ao contrário, esse estado não se manifestar no caso concreto, cumprirá a pena correspondente ao delito praticado, com a redução prevista (art. 26, parágrafo único). Cumpre, porém, esclarecer que sempre será aplicada a pena correspondente à infração penal cometida e, somente se o infrator necessitar de “especial tratamento curativo”, como diz a lei, será aquela convertida em medida de segurança. Em outros termos, se o juiz constatar a presença de periculosidade (periculosidade real), submeterá o semi-imputável à medida de segurança. (Bitencourt, 2009, p. 744-745).

Outro procedimento jurídico possível, destinado aos portadores de sofrimento mental autores de atos considerados criminoso encaminhados à Medida de Segurança, é o direcionamento do louco infrator, pelo juiz, para o tratamento ambulatorial, que é caracterizado por ser em meio aberto, fora do Hospital Psiquiátrico Judiciário. No tratamento ambulatorial, o paciente receberá assistência em liberdade pelos programas de assistência, por exemplo, o PAI-PJ, e/ou por serviços de saúde mental, por exemplo, os CERSAMs, pela rede pública, podendo o portador de sofrimento mental ter acesso a outros serviços a partir do campo privado.

Em definitivo, entendemos não ser a medida de segurança, muito menos por tempo indeterminado, capaz de resolver o problema do delincente portador de sofrimento mental, que também não é solucionado pela pena privativa de liberdade. Conforme podemos constatar a periculosidade criminal, conceito subjetivo, vago, indeterminado e

carecedor de precisão científica, mas que, atualmente, alicerça a medida de segurança, remete ao direito penal do autor, próprio de regimes totalitários e antigarantistas. (Yarochevsky & Coelho, 2013, p. 31).

As práticas em saúde mental direcionadas às mulheres em Medida de Segurança têm dimensões políticas, culturais e sociais que envolvem a necessidade da participação social, da cidadania e da busca pela re/inserção e reabilitação social como um direito inscrito na Constituição Federal e na rede de atenção psicossocial.

Conclusivamente, distinção ontológica alguma há entre penas e medidas de segurança, pois ambas perseguem, essencialmente, os mesmos fins e pressupostos de punibilidade: fato típico, ilícito, culpável e punível. A distinção reside, portanto, unicamente nas consequências: os imputáveis estão sujeitos à pena, os inimputáveis, à medida de segurança, atentando-se a critério de pura conveniência político-criminal, adequação da resposta penal. (Queiroz, 2005, p. 15-16).

Outro elemento que é levado em conta para se ter acesso à Medida de Segurança e que se faz importante discutir nesta pesquisa é a constatação da inimputabilidade do portador de sofrimento mental. Para Senra (2004, p. 23), “a inimputabilidade, originalmente destinada à proteção, torna-se, paradoxalmente, um modo indeterminado e sutil de sanção. Por outro lado, o tratamento estabelecido psiquiátrico, lugar originalmente destinado ao tratamento, tornou-se um modo específico e radical de reclusão”. Lembrando que há a possibilidade de o portador de sofrimento mental ser considerado imputável, indo para a cadeia e, assim, tendo maior dificuldade no acesso aos cuidados e aos serviços em saúde mental.

A inimputabilidade apresenta-se com características duais a partir do sistema judiciário. Por um lado, surge como meio de inclusão nas políticas públicas de saúde mental, inclusive a partir das medidas de segurança, já que se garante acesso à proteção social e acompanhamento diferenciado devido ao quadro de doença mental presente. Por outro lado, a inimputabilidade aparece como exclusão de direitos legais e sociais como cidadania e processos de subjetivação, a partir do ato considerado crime e da periculosidade, sendo o louco infrator apartado socialmente.

O grande problema é que, de uma maneira geral, as leis referentes à inimputabilidade do cidadão em sofrimento mental o retiram do cárcere do presídio apenas para colocá-lo no cárcere de manicômio judiciário, em uma posição onde qualquer possível acesso à cidadania fica submetido à vontade daqueles que vão determinar a sua periculosidade. Não é por acaso que a inimputabilidade não é jamais reconhecida como um privilégio pelos operadores do direito, mas como um rótulo de louco criminoso que deve ser

impresso naqueles que manifestam seus sintomas ao longo da tramitação processual (Napoli, 2014, p. 54).

Nesse sentido, é possível pensar que a inimizabilidade se apresenta como empecilho no acompanhamento e no tratamento clínico dos pacientes julgados pela justiça criminal, dificultando os processos de desenvolvimento dos direitos dos loucos infratores e os processos de singularidade, subjetivação e responsabilização pelos seus atos. A inimizabilidade é também um fator que pode dificultar o exercício da cidadania, o processo de socialização e o tratamento do portador de sofrimento mental autor de ato ilícito.

Destaca-se que a inimizabilidade é um termo jurídico, explanado no Código Penal Brasileiro, que para além de sua representação jurídica, gera implicações sociais e culturais na vida do indivíduo subjugado a esse conceito. A inimizabilidade pode gerar diversos efeitos na vida e na qualidade de vida do “louco infrator”, podendo, no campo psíquico, atrapalhar, e muito, o processo de conscientização e responsabilização perante o delito realizado.

Isso posto, é possível reforçar a dimensão da cidadania como um direito inscrito na rede de atenção psicossocial. Consequentemente, temos a oportunidade de problematizar uma atitude ético-política como um desafio para a clínica em saúde mental, abordado nos marcos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da luta antimanicomial. Com isso, o que se mostra como específico e igualmente desafiador na saúde mental é a perspectiva transdisciplinar em conjunto com as relações interprofissionais e todo o arcabouço que perpassa o indivíduo (sua saúde, qualidade de vida, bem-estar e pensar), a sociedade e a lei – dado que, ao ser considerado inimizável, o sujeito também pode perder diversos direitos, incluindo os sociais, inclusive o direito de falar e de se defender (se posicionar diante de sua ação).

Para o inimizável por sofrimento mental, não há direito de ter direitos. Além da exclusão não resta nada. Nada além do regime fechado para sempre, transvestido de “internação psiquiátrica”. Ou internação em decorrência de necessidade de defesa social. Ou prisão perpétua em função de periculosidade, em decorrência da lei, não podendo ser mais presumida, é esquecida na repetição burocrática dos laudos de cessação de periculosidade. Pior: mesmo diante de um laudo negativo para a periculosidade, ainda se mantém o portador de sofrimento mental ou transtorno mental segregado, desde que não tenha amparo familiar. (Mattos, Menezes, & Vieira, 2011, p. 31).

O ato de punir desenvolveu-se interligado às relações de poder e, assim, ao patriarcado, sendo as mulheres uma das categorias que mais sofreram com as mazelas dessas sobreposições relacionais. Daniela Arbex (2013), no livro e no documentário de 2016, realizado em conjunto

com Armando Mednz, ambos intitulados *Holocausto Brasileiro*, apresenta diversas histórias de mulheres que foram internadas no Hospital Colônia de Barbacena, tanto por apresentarem comportamentos ditos “desviantes”, (namoradeiras, prostitutas, adúlteras, mães solteiras, mulheres barraqueiras) quanto por serem excluídas socialmente por características misóginas (mulheres que foram estupradas, moradoras de rua, mulheres consideradas perigosas, alcoólatras, mulheres que engravidaram antes do casamento), entre outros motivos. A partir do contexto histórico, se uma mulher apresentasse comportamentos e/ou características fora da norma social vigente, a punição que cairia sobre ela teria o peso do gênero, da loucura e da periculosidade. De acordo com Faria (2018, p. 69), “grande parte das mulheres eram internadas por condutas sexuais inadequadas, o que parecia ser a forma mais grave e inaceitável de disfunção do comportamento”.

A compreensão da representação simbólica feminina no começo do século XX no Brasil nos auxilia a perceber os mecanismos de poder criados para punir comportamentos socialmente “desviantes”. A justificativa era de que dever-se-ia garantir a função “natural” da mulher, mas as estratégias utilizadas para este fim foram cada vez mais artificiais e violentas. O poder do Estado, com bases do patriarcalismo, foi responsável por grande parte da opressão e segregação, chegando ao extremo da criminalização de condutas “indesejáveis” [...] Analisar quem foram às criminalizadas, na virada do século (XIX-XX) e início do XX no Brasil, e as teorias que davam conta de determinar as mulheres perigosas, que deveriam ser segregadas, remete-nos a um presente de exclusão, de determinação de comportamentos “desviantes”, portanto passíveis de controle e estigmatização. (Faria, 2018, p. 220).

Assim, condutas consideradas “normais” para os homens, ao serem realizadas por mulheres, tomavam projeções de anormalidade e periculosidade. Tais condutas “anormais e perigosas” foram diretamente associando-se aos ideais dos comportamentos, às condutas sociais e às leis. Assim, a mulher que realizava tais ações “desviantes” tinha suas atitudes diretamente engendradas com as noções de periculosidade.

Associadas às condutas e às leis, as ideias dos comportamentos desviantes se entrelaçavam diretamente com as noções de periculosidade. Segundo Moreira e Toneli (2015):

A proveniência do conceito de indivíduo “perigoso” aproxima-se do conceito de monstro, vigente no século XVII, impregnado das marcas da raça e da degenerescência, tidas como algo da infâmia, da anormalidade, da anomalia, da monstruosidade e, como consequência, da periculosidade e da criminalidade. (Moreira e Toneli, 2015, p. 188-189).

Dessa forma é possível perceber que o conceito de periculosidade é atravessado pela lei, não apenas jurídica, mas também moral, cultural e social. Entretanto, quando se tem a loucura vinculada à periculosidade, a loucura toma outras proporções, de natureza criminosa, incontrolável e violenta, podendo a periculosidade ser validada como barganha moral, para punir e penalizar os loucos infratores.

Assim, caberia ao Direito Penal exercer um poder de controle e defesa social. Os indivíduos que não respeitam as normas são exilados, afastados do convívio social, para que, em penitenciárias, aprendam a se ressocializar. No caso do louco criminoso, diferente dos presos, não possui capacidade de ter consciência do ilícito, é um inimputável, e por isso representa um perigo à sociedade. Assim, enquanto não cessada a periculosidade do doente mental, este acaba por ser mantido em um manicômio judiciário, para receber o tratamento determinado. (Mendonça, 2005 p. 2).

A partir dos preceitos sociais e moralizantes, que buscam realizar um processo de padronização do que é ser mulher, a mulher com sofrimento mental que comete um ato criminoso foge de uma lógica social que tenta delimitar o “lugar da mulher” ou o “como se ser mulher”. E assim, essa mulher louca infratora é transpassada pelos indicadores da anormalidade, da moralidade, da monstruosidade e da irracionalidade.

Como essa significante “periculosidade” se aclimatou e se imiscuiu no tecido social do modo tão intrínseco e natural, de tal sorte que as relações com estes sujeitos não podem hoje ser tomadas sem consideração a esta ideia? Ou seja, porque a ideia de louco é perigoso parece tão natural, uma vez que se alienar, dar um ataque ou mesmo cometer um crime não é algo exclusivo da loucura? (Barros-Brisset, 2011, p. 37).

No desenrolar da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da luta antimanicomial, por exemplo, as mulheres estiveram presentes e atuantes em todos os momentos e setores, com representação não apenas na política, mas também nas áreas técnicas e intelectuais, além, é claro, da representação familiar. Participaram tanto das lutas por representatividade e visibilidade quanto em defesa dos direitos dos portadores de sofrimento mental (Passos, 2010). Da mesma forma, as mulheres portadoras de sofrimento mental (as usuárias dos serviços) também foram as que mais sofreram as mazelas das configurações punitivas, segregativas e carcerárias, que se apresentavam antes da Reforma Psiquiátrica brasileira (Arbex, 2013). A maioria da população dos hospitais psiquiátricos era constituída por mulheres loucas e sãs.

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava gente que se tornara incômoda para

alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. (Brum, 2013, p. 14).

Situações de subordinação, que provocam a subalternidade da mulher, gerando práticas distintas de cuidado e produzindo o controle social, a partir do patriarcado e da misoginia, também fazem parte do processo que ligava as mulheres loucas à periculosidade. De acordo com Cunha (1987):

As mulheres permaneciam a noite toda com os pés e as mãos amarrados, os pés unidos e as mãos atadas no leito, havendo registro de óbitos por asfixia consequentes deste tipo de contenção. Durante o dia as mulheres, sobretudo as menos dóceis, permaneciam frequentemente amarradas aos pés da cama, para evitar a indisciplina decorrente do livre exercício sexual. A camisa-de-força era largamente utilizada, não sendo seu uso sequer posto em questão como principal expediente disciplinar. (Cunha, 1987, p. 60).

As associações que permeiam a relação entre as mulheres portadoras de sofrimento mental e as exclusões sociais representam, não apenas simbolicamente, o controle social e a distinção entre os gêneros. Segundo Garcia (1987, p. 55-56), “enquanto os controladores morais acreditavam que podiam curar os loucos, uma única exceção era admitida: a incurabilidade das mulheres imorais ou onanistas. Eles acreditavam que não havia nada a fazer a não ser segregá-las”. Essas associações entre a mulher, a loucura e a periculosidade da mesma forma se representam através da disciplina, da punição e do moralismo; da subjugação, da subordinação e da perda da identidade da mulher, gerando formas distintas discriminatórias de práticas em saúde mental e diversos transtornos em seu cotidiano. Carvalho e Mayorga (2017) evidenciam as marcas das perseguições às quais as mulheres foram submetidas devido ao seu gênero e por não apresentarem comportamentos ditos “aceitáveis/corretos”, sendo consideradas perigosas.

Emblemáticas são as histórias das mulheres perseguidas pela inquisição e condenadas a serem mortas e/ou queimadas em fogueiras, acusadas pela prática de bruxaria. Por não professarem a fé cristã, por serem feias ou demasiadamente belas, as mulheres consideradas bruxas, bem como suas herdeiras, foram consideradas inimigas da Igreja e do Estado. No contexto científico as diferenças e diversidades entre as mulheres também foram taxadas como anomalias, como indicativos de periculosidade. (Carvalho & Mayorga, 2017, p. 102).

Atualmente ainda temos a visão biologizante, o modelo manicomial, jurista, moralista, hegemônico, higienista e hospitalocêntrico, configurado pela razão e pelo desenvolvimento moral que destituem o lugar dessas sujeitas – “assujeitadas” por não corresponderem a sua

lógica e configuração. Carvalho e Mayorga (2017, p. 107) afirmam que: “Lançar nossos olhares para o crescente aprisionamento de mulheres é um exercício que nos possibilita compreender as múltiplas facetas e intersecções e opressões que, historicamente, recaem sobre essas, sobretudo quando são pobres, não brancas e homossexuais”.

É de suma importância desnaturalizar os sofrimentos decorrentes das desigualdades de gênero que posicionam de maneira diferente homens e mulheres. Arbex (2013) mostra, em suas obras, uma forte presença de mulheres subjugadas ao sofrimento psíquico, tratadas/trancadas/mantidas em hospitais psiquiátricos e em situações de apartamentos sociais, de maneira naturalizada, sem que haja nenhuma relação com os contextos clínicos existentes.

A mulher era/é considerada naturalmente louca, por sua estrutura psíquica e orgânica de ser mulher. Zanello (2014, p. 49) levanta algumas considerações e dispositivos sociais ao realizar uma comparação entre “a frequência relativa da presença de sintomas pelo número total de pacientes de cada sexo”, com diagnósticos presentes nos prontuários dos pacientes dos dois principais hospitais psiquiátricos do Distrito Federal:

Certos “sintomas” bastante apontados nos prontuários femininos também aparecem nos masculinos, mas com frequência irrelevante, tais como: “problemas nos relacionamentos”, sobretudo com o marido e a família. Sintomas específicos das mulheres foram: “climatério”, “frustração de não ser amada”, “sensibilidade histérica”, “frustração com a carga familiar”, “manipuladora”, “rebelde”, “ciúmes”, “falta de apoio emocional”, “gosta de chamar a atenção”, “culpa”, “personalidade narcisista”, “mãe solteira”, “desapego das tarefas domésticas”, “falta de confiança no marido”, “fragilidade emocional”, “sobrepeso”, “falta ou diminuição da libido”, “controladora nos relacionamentos afetivos”, “amargura”, entre outros. (Zanello, 2014, p. 49).

Como é possível observar, tais “sintomas”, dado as usuárias, apresentam muito mais características sociais, moralizantes e misóginas do que indicativos orgânicos e patológicos. Isso demonstra que muitas mulheres tiveram suas vidas ceifadas por questões ligadas ao patriarcado e a visões higienistas, sendo o caráter social um grande marcador na distribuição desigual entre homens e mulheres quando se relacionam os sintomas para se descrever a loucura. Tais “sintomas”, inclusive, nos mostram e ajudam a compreender como as questões direcionadas ao gênero expressam desigualdades sociais e podem exclusivamente ser motivo de promoção de sofrimento mental e segregação das mulheres.

Além desses fatores, as noções de periculosidade, descontrole e irreversibilidade também atravessam as mulheres loucas infratoras, principalmente porque as mulheres praticantes de atos ilícitos estariam se distanciando dos padrões estipulados do feminino. Foucault, em *Os Anormais* (2010), relata sobre os discursos que são dirigidos com a junção do

médico e o judiciário, nos quais estar louco pode significar um agravante que pesa em relação à sociabilidade – considerava-se que ser louco era não ser sociável, e ser louco e cometer um ato considerado crime era ser perigoso, devendo o indivíduo, por esse motivo, ser banido do convívio social.

A conjuntura da constituição e das práticas em saúde mental destinadas à “louca infratora” está ancorada nos moldes sociais, culturais, temporais, da razão e da saúde, além do desenvolvimento da moral que define as relações jurídicas, sociais e de poder.

Os pressupostos da constituição do sujeito ancorado na razão e no desenvolvimento moral definem o laço social e sustentam a organização da rede social moderna e de suas instituições. A figura do louco infrator, especificamente a figura do louco infrator parricida, põe a nu e questiona a infabilidade e a supremacia desses pressupostos. (Emerim & Souza, 2016, p. 173).

A figura da mulher louca e infratora expõe e questiona a supremacia desses pressupostos, apresentando feridas e nuances. Por fugir da lógica socialmente imposta, a louca infratora passou por processos de subalternizações e recharçamento. Cheskys (2014) nos relata que a mulher, ao ser louca e encarcerada, é invisibilizada, inclusive pela falta de tato social, o que a sociedade presencia até hoje. Essa invisibilidade fomenta a intenção de se poder estabelecer total autoridade e completa submissão da louca infratora à ordem médica e jurídica.

A mulher normal, do ponto de vista de Lombroso e Ferrero, é um ser inferior, dada ao instinto e não à inteligência, próxima dos selvagens, malvada por índole. A mulher criminosa é ainda mais inferior, aproxima-se da figura do delinquente (criminoso nato), que se aproxima do monstro pelos traços físicos da regressão da espécie. (Almeida, 2006, p. 75).

Concomitantemente a esse contexto, é possível observar que, para a louca infratora, a invisibilidade e a violência do assujeitamento apresentam-se como uma devastação em seu cotidiano, visto que a uma pessoa inimputável são negados os mais diversos direitos, acessos, meios de expressões da cidadania e cuidados pessoais e financeiros. Tais limitações aprisionam não apenas o corpo, mas fomentam a segregação, o estigma e a alienação, prejudicando os processos de identificação, subjetivação e autonomia perante a vida.

Os conceitos/analísadores eleitos ao longo deste texto (loucura, gênero e periculosidade) nos levam a pensar e a discutir acerca das possibilidades/condições que engendram a compreensão e, assim, as práticas de cuidado realizadas com as usuárias loucas infradoras. As violências vivenciadas por essas mulheres tornam-se, algumas vezes, invisibilizadas por

questões normativas, higienistas e moralizantes. Assim, é preciso atentar para as dificuldades e as singularidades que se apresentam no decorrer dos processos históricos e das práticas de tratamento ainda presentes no campo da loucura, do gênero e da periculosidade.

4 METODOLOGIA

A metodologia de entrevista semiestruturada foi utilizada para a produção de materiais para a análise. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com os profissionais da saúde mental de Belo Horizonte/MG, a partir do roteiro em anexo (Anexo I).

Entendemos por metodologia o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Nesse sentido, a metodologia ocupa lugar central no interior das teorias sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria. Em face da dialética, por exemplo, o método é o próprio processo de desenvolvimento das coisas. (Minayo, 2008, p. 22).

O aporte metodológico utilizado foi de cunho qualitativo, que possibilita analisar como as mulheres loucas infratoras são apresentadas e descritas a partir da compreensão dos profissionais da política de saúde mental. Seguindo essa conjuntura, Marconi e Lakatos (1996) ressaltam que a pesquisa qualitativa é uma ferramenta metodológica muito interessante para se conhecer e pesquisar os objetos em seu ambiente natural, buscando dar sentido aos fenômenos sociais, e para compreendê-los de acordo com o seu significado sócio-histórico e com a representação social que as pessoas lhe atribuem.

Ao buscar realizar uma pesquisa qualitativa, inserida no campo da psicologia social, busca-se valorizar e enfatizar teorias e vertentes que comungam com esses princípios. Para além de um espaço de reflexão, busca-se a transformação social, dado que tanto a produção do conhecimento quanto a prática, a utilização deste conhecimento não são fenômenos isolados e nem neutros. Conforme Alves (1992, p. 54), a produção do conhecimento: “É uma construção coletiva da comunidade científica, um processo continuado de busca, na qual cada nova investigação se insere, complementando ou contestando contribuições anteriormente dadas ao estudo do tema”.

A relação dialética entre teoria e realidade empírica se expressa no fato de que a realidade informa à teoria, que por sua vez a antecede, permite percebê-la, formulá-la, dar conta dela, fazendo-a distinta, num processo sem fim de distanciamento e aproximação. A teoria domina a construção do conhecimento através de conceitos gerais provenientes do momento anterior. Seu aprofundamento, de forma crítica, permite desvendar dimensões não pensadas a respeito da crítica, permite desvendar dimensões não pensadas a respeito da realidade que não é evidente e que não se dá: ela se revela a partir de interrogações elaboradas no processo de construção teórica. (Minayo, 2008, p. 92).

Pretendeu-se, ao realizar a produção de materiais a partir das entrevistas semiestruturadas, analisar diversos enunciados referentes aos processos de compreensão de trabalhadores da rede de saúde mental no atendimento de usuárias que respondem por ato ilícito na cidade de Belo Horizonte/MG.

A entrevista semi-estruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. Complementa o autor, afirmando que a entrevista semi-estruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações. (Triviños, 1987, p. 146-147).

É importante pensar as características específicas do uso de entrevista semiestruturada como uma ferramenta para a produção de materiais. Um fator relevante é o uso desse recurso com profissionais que possuem conhecimentos sobre a técnica da entrevista. A entrevista semiestruturada, a partir de Marconi e Lakatos (1996):

É um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social. (Marconi & Lakatos, 1996, p. 94).

A entrevista semiestruturada foi escolhida por possibilitar a construção de perguntas mais aprofundadas dos conceitos e dos fenômenos. A proposta, ao se analisarem as práticas profissionais direcionadas às mulheres loucas infratoras a partir das entrevistas, é levar em consideração os marcos legais e as referências técnicas das ações efetivadas pelos profissionais junto ao grupo em questão. Segundo Minayo (2008), é importante, quando se realizam pesquisas qualitativas em saúde, fazer uma análise não apenas do que é mostrado/dito, mas considerar os fatores que se apresentam de maneira indireta/subliminar e que podem afetar o discurso, “por exemplo”, fatores sociais, políticos e culturais.

Levando-se em conta os processos e os fenômenos históricos e sociais envolvidos, busca-se, a partir das entrevistas semiestruturadas, produzir reflexões e narrativas sobre as práticas desenvolvidas na atenção a essas mulheres. Assim, propõe-se uma reflexão crítica a respeito dos impactos e dos processos de construções sociais e representações de saúde mental que abarcam as mulheres-loucas-infratoras.

Em outras palavras, do ponto de vista qualitativo, a abordagem dialética atua em nível dos significados e das estruturas, entendendo estas últimas como ações humanas objetivadas e logo, portadoras de significado. Ao mesmo tempo, tenta conceber todas as etapas da investigação e da análise como partes do processo social analisado e como sua consciência crítica possível. (Minayo & Sanches, 1993, p. 244-245).

Para garantir os cuidados éticos e legais necessários, o projeto desta pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP), que apresentou parecer consubstanciado favorável (número do Parecer: 3.613.307). O projeto também foi apresentado ao núcleo de pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte/MG - Gerência de Educação em Saúde (GEDSA), que é o setor da Secretaria Municipal de Saúde responsável por receber, analisar e autorizar pesquisas na Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG. A GEDSA disponibilizou o Termo de Anuência Institucional (TAI), que dá ciência e autoriza a realização da pesquisa com os colaboradores da rede de saúde mental de Belo Horizonte/MG.

Ressalta-se que a pesquisa respeitou os aspectos éticos previstos e foram garantidos o sigilo e o anonimato dos profissionais que cumpriram os requisitos e se disponibilizaram para a realização da entrevista semiestruturada e o fornecimento de dados. As entrevistas foram conduzidas contando com um roteiro elaborado com temáticas relativas aos objetivos da pesquisa, o qual está descrito, conforme já especificado, no Anexo I desta pesquisa.

A escolha dos entrevistados para participar das entrevistas semiestruturadas foi orientada pelos critérios:

- 1) Ser profissional da saúde;
- 2) Já ter atendido ou estar atendendo uma ou mais mulheres portadoras de sofrimento mental, que já tenha realizado ato ilícito;
- 3) Ter disponibilidade e interesse em participar da entrevista de forma voluntária e cumprindo os contextos legais e acadêmicos para a realização da entrevista.

O contato com os profissionais participantes da pesquisa, após aprovação da mesma nas instâncias da prefeitura de Belo Horizonte, foi realizado através da comunicação com os CERSAMs do município. Foi realizado o contato por telefone com todos os CERSAMs da cidade de Belo Horizonte/MG, buscando-se os coordenadores para apresentação da pesquisa e solicitação de autorização da entrevista. Nesse contato era solicitada a indicação de um profissional (independentemente da formação/especialidade) que estivesse atendendo ou que já tivesse atendido usuárias que respondessem por algum delito (independentemente do ato praticado e dos desdobramentos jurídicos – M. S., em liberdade, prisão/condenação).

Ao todo, o município de Belo Horizonte conta com 8 (oito) CERSAMs e 5 (cinco) CERSAMs AD, totalizando 13 centros. A partir desse contato inicial, alguns serviços relataram que não havia em seu quadro de funcionários trabalhadores que já atenderam ou estão atendendo mulheres portadoras de sofrimento mental que já realizaram ato considerado crime, o que inviabilizava a realização da entrevista a partir daquele serviço. Em outros, mesmo havendo profissional que cumpria os requisitos básicos para a realização da entrevista, não houve a disponibilidade desse funcionário para a realização da entrevista. Dos 13 CERSAMs (incluindo os específicos de álcool e outras drogas), foi possível realizar entrevistas com 7 (sete) profissionais, sendo estes um médico, dois psicólogos, duas terapeutas ocupacionais, duas enfermeiras. Com relação aos CERSAMs, que participaram desta pesquisa e onde foram realizadas as entrevistas: CERSAM Venda Nova, CERSAM Leste, CERSAM AD Barreiro, CERSAM Barreiro, CERSAM Noroeste, CERSAM Norte, CERSAM Pampulha. As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2019 (dois mil e dezenove).

Quanto aos procedimentos empregados em relação aos cuidados éticos, de sigilo e intenção voluntária, ressalta-se que os profissionais que foram convidados a participar foram devidamente informados dos objetivos do estudo e dos procedimentos a serem realizados. Após o consentimento dos entrevistados e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por cada profissional, as entrevistas foram realizadas, gravadas e transcritas. O modelo do TCLE utilizado nesta pesquisa está apresentado no Anexo II.

Ressalta-se que mesmo sendo de suma importância a realização dessas entrevistas com profissionais da psicologia, buscou-se realizá-la com profissionais de diversas áreas, dado que a atuação nos CERSAMs se faz de maneira multiprofissional e em equipe. Além de categorias de profissionais distintas, buscaram-se também territórios distintos para a realização das entrevistas. As áreas e a quantidade dos profissionais entrevistados foram: um médico, dois psicólogos, duas terapeutas ocupacionais e duas enfermeiras.

A partir da produção dos materiais nas entrevistas semiestruturadas, a análise das entrevistas foi inspirada no referencial teórico da análise de conteúdo. A análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2011), tem por objetivo, realizar a apreciação crítica dos conteúdos, considerando e ressaltando as vivências, opiniões, reações, julgamentos e relações afetivas que os entrevistados relatam durante as entrevistas.

Segundo Bardin (2011, p.15), a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.

A análise de conteúdo é uma importante ferramenta metodológica para se analisar e compreender os conteúdos mencionados/expostos ao longo das entrevistas, assim como a linguagem, o significado, as situações e questões sociais, construídos historicamente e permeados por relações múltiplas, com os temas e os conceitos propostos nesta pesquisa. Além disso, é uma forma de análise que se preocupa de maneira especial com as várias formas de comunicação, as relações e os embates entre diferentes campos de estruturas desenvolvidas diante das relações e da linguagem. A Análise de Conteúdo é não só um instrumento, mas um “leque de apetrechos; ou, com maior rigor, um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações”. Bardin (2011, p.31)

A centralidade da análise, nessa perspectiva teórica, fica voltada para o conteúdo como forma de atingir uma descrição clara, objetiva, qualitativa e organizada dos conteúdos adquiridos, além da sua concernente interpretação. Entender as práticas profissionais a partir da inspiração na análise de conteúdo, e com base nas questões que envolvem a loucura, o gênero e a periculosidade, é também buscar entender e produzir conhecimento a partir de fenômenos sociais, permeados por todo um processo sócio-histórico.

A análise de conteúdo por se constituir de uma metodologia que trabalha com os dados coletados, com o objetivo de identificar o que está sendo dito, a respeito de um determinado assunto ou tema, apresenta-se a prioridade de decodificação do que está sendo apresentado na fala do enunciador. Para Minayo (2001, p. 74), a análise de conteúdo é “compreendida muito mais como um conjunto de técnicas”. Pela perspectiva da autora, a análise do conteúdo, fundamenta-se na análise de dados e informações sobre o comportamento humano, podendo ser utilizadas tanto em pesquisas qualitativas, como quantitativas, além de poder atribuir questões e/ou hipóteses, a partir dos conteúdos revelados.

A grande relevância ao se enfatizarem os conteúdos como meio de produção de conhecimentos está no fato de que eles são heterogêneos. Os conteúdos são engendrados por múltiplos elementos históricos, sociais e culturais, que fomentam não apenas as práticas profissionais, mas também a sociedade.

A validade da Análise de Conteúdo deve ser julgada não contra uma ‘leitura verdadeira’ do texto, mas em termos de sua fundamentação nos materiais pesquisados e sua congruência com a teoria do pesquisador, e à luz de seu objetivo de pesquisa. Um corpus de texto oferece diferentes leituras, dependendo dos vieses que ele contém. (Bauer & Gaskell. 2013, p.191)

As práticas narradas pelos profissionais dos CERSAMs de Belo Horizonte/MG e as nuances às quais está engendrada a junção de loucura, gênero e periculosidade podem se apresentar a partir de elementos/conteúdos instáveis e descontínuos.

5 A COMPREENSÃO DOS TRABALHADORES DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO ATENDIMENTO DE USUÁRIAS APÓS A REALIZAÇÃO DE ATO ILÍCITO DA CIDADE DE BELO HORIZONTE/MG

5.1 Contextualização e mapeamento das mulheres loucas infratoras em Belo Horizonte e Minas Gerais

Perguntamos: Quem são essas mulheres que ocupam esses espaços como louca infratora na cidade de Belo Horizonte/MG? Apesar da dispersão de informações em espaços de saúde e de segurança pública, algumas pesquisas traçam essa população. No livro *Sem rumo & Sem razão*, de Virgílio de Matos, Andreza Menezes e Vanessa Vieira (2011), é apresentado um mapeamento dos cidadãos submetidos a medidas de segurança em Minas Gerais. Cabe ressaltar que nesse livro foram apresentados pontos de extrema importância para esta pesquisa, mas também carências e dificuldades na obtenção de alguns dados.

O mapeamento dos cidadãos submetidos à Medida de Segurança em meio ambulatorial, em Minas Gerais, ocorreu a partir de questionário estruturado, enviado através de ofício do então excelentíssimo Desembargador Sérgio Resende às comarcas de Minas Gerais. Houve comarcas que responderam a todas as perguntas, comarcas que responderam parcialmente e comarcas que não responderam às perguntas. De acordo com os dados coletados nesse mapeamento, no ano de 2011, no estado de Minas Gerias, existiam 762 (setecentos e sessenta e duas) pessoas em Medida de Segurança, das quais 695 (seiscentos e noventa e cinco) eram homens e 67 (sessenta e sete) mulheres (Mattos, Menezes, & Vieira, 2011). Ou seja, as mulheres representam menos de 10% do total de pessoas em cumprimento de Medida de Segurança (precisamente 8,8%), sendo, então, minoria dentro de uma população de vulneráveis. A autora e pesquisadora Debora Diniz (2015a) e (2015b) em suas obras, apresentam as múltiplas formas de vulnerabilidade social as quais estão submetidas portadores de sofrimento mental autores de atos ilícitos, em especial as mulheres loucas infratoras por serem “invisíveis” dentro de um grupo de “invisíveis” devido a sua pouca representatividade.

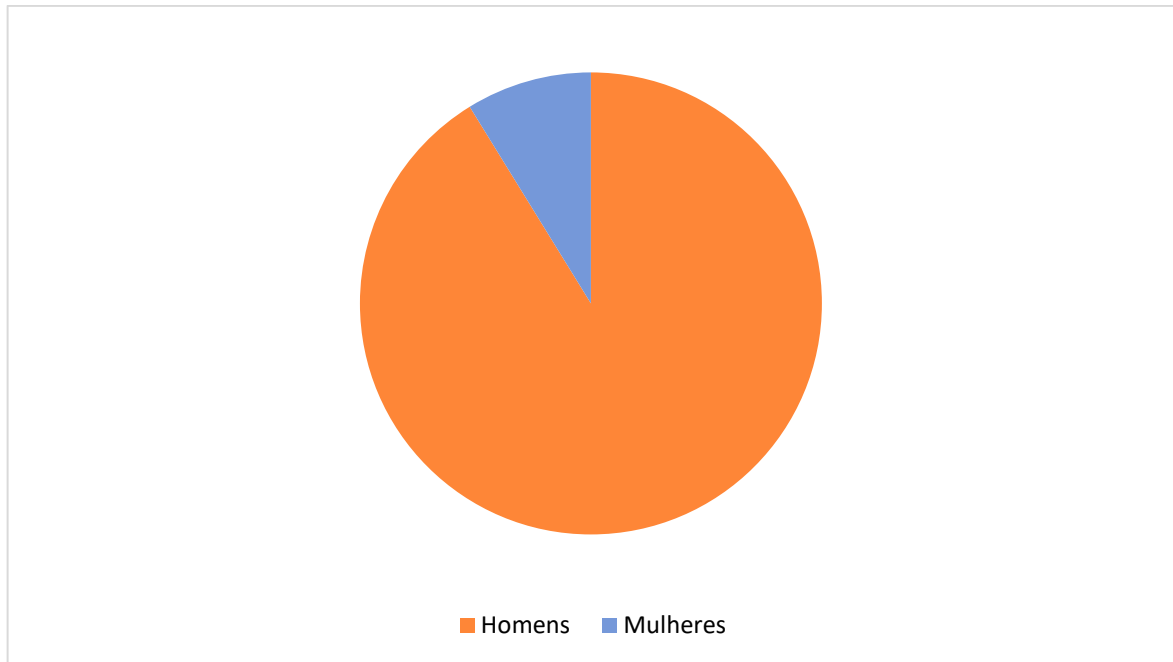


Figure 4- Mapeamento das pessoas em Medida de Segurança em Minas Gerais - 2011
 Fonte: Mattos, Menezes, & Vieira, (2011).

Com outra metodologia de mapeamento, Diniz (2011) buscou identificar pessoas em custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, através de visita aos hospitais psiquiátricos. A pesquisadora realizou o censo como representante da UNB (Universidade Nacional de Brasília), em conjunto com a Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, o Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM) e a equipe do Departamento Penitenciário Nacional (Depen). Segundo Diniz (2011), foram visitados 26 estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico em todo o país, analisando-se um total de 3.989 dossiês de indivíduos internados. A equipe visitou 19 estados e o Distrito Federal, durante 11 meses de pesquisa de campo. Para a realização do Censo, buscaram-se os seguintes dados:

- 1) dados sociodemográficos (sexo, idade, cor, escolaridade e profissão);
- 2) dados sobre o itinerário jurídico (infração penal, motivo da internação, execução penal, permanências, desinternações e recidivas);
- 3) dados sobre saúde mental (diagnósticos psiquiátricos, tipo de responsabilidade penal, exames de cessação de periculosidade, laudos médico-periciais e prazos) (Diniz, 2011, p. 19).

No mapeamento são apresentados não apenas dados dos Hospitais Psiquiátricos Judiciários, mas outros relativos à quantidade de loucos infratores com Medida de Segurança em sistema de internação no Brasil em 2011 e às formas de tratamento dos mesmos nos Hospitais Judiciários.

Ser contado é uma forma de existir. Este livro apresenta o censo de uma população invisível – os loucos infratores que vivem em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil. Eles são 3.989 homens e mulheres internados em hospitais ou alas psiquiátricas de presídios. A invisibilidade do louco infrator não foi rompida com as conquistas da Reforma Psiquiátrica dos anos 2000. Os manicômios abriram suas portas, e o tratamento em regime asilar passou a ser descrito como inumano. A sequestração do louco foi contestada não apenas pelos saberes biomédicos e jurídicos, mas principalmente pela comunidade de indivíduos em sofrimento mental. Mas nem todos os loucos foram incluídos nesse amplo regime de revisão da legislação. (Diniz, 2011, p. 13).

Alguns entraves aparecem quando estamos lidando com os usuários dos serviços de saúde mental autores de delitos e com o manejo do tratamento destinado a estes. Dentre esses entraves estão a morosidade do sistema judiciário, que se apresenta ainda mais ineficiente, e as situações de abandono e descaso por parte dessas instituições Hospitalares Judiciais, o que acaba acarretando uma maior dificuldade de acesso e cumprimento dos princípios da luta antimanicomial.

Os hospitais para loucos infratores resistiram à Reforma Psiquiátrica; alguns foram, inclusive, inaugurados após a Lei 10.216 de 2001, ocasião em que houve uma reorientação do cuidado da loucura — do modelo asilar para o ambulatorial (Brasil, 2001). Ainda há pessoas internadas em regime de abandono perpétuo: trinta anos é o limite da pena a ser imposta pelo Estado aos indivíduos imputáveis, segundo decisão do Supremo Tribunal Federal (Brasil, 2005). Entretanto, o censo encontrou dezoito indivíduos internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há mais de trinta anos. Jovens, eles atravessaram os muros de um dos regimes mais cruéis de aparação social. Idosos, eles agora esperam que o Estado os corporifique para além dos números aqui apresentados e reconheça-os como indivíduos singulares com necessidades existenciais ignoradas em vários domínios da vida. (Diniz, 2011, p. 13).

Outro ponto é que essas situações de abandono e segregação acabam por naturalizar os processos de internação, segregação, subjugação e mortificação dos portadores de sofrimento mental autores de atos ilícitos. Dessa forma, acarretam o aumento de violência, os processos de invisibilidade, fomentam também o aumento dos marcadores sócias da diferença e a violação dos direitos humanos sofrida por essa população.

O censo encontrou algo muito mais atroz: pelo menos um em cada quatro indivíduos não deveria estar internado; e para um terço deles não sabemos se a internação é justificada. Ou seja, para 1.866 pessoas (47%), a internação não se fundamenta por critérios legais e psiquiátricos. São indivíduos cujo direito a estar no mundo vem sendo cotidianamente violado. Minha expectativa é que os dados sejam capazes de mobilizar

os leitores deste livro para a grave infração de direitos humanos em curso na sociedade brasileira. (Diniz, 2011, p. 17).

Ao realizar um paralelo entre as pesquisas apresentadas por Mattos, Menezes e Vieira (2011) e o censo da população em custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, também de 2011, é possível perceber que a mesma diferença entre a quantidade de homens e mulheres em âmbito estadual também se apresenta em âmbito nacional. Diniz (2011), ao realizar o censo da população que estava cumprindo Medida de Segurança em regime de internação nos Hospitais Judiciários no Brasil, relata com relação à invisibilidade das mulheres loucas infratoras, o fato de “as mulheres serem uma minoria ainda mais silenciada nesse universo de anônimos (há uma mulher para cada doze homens)” (Diniz, 2011, p. 84).

Ao estudar e pesquisar sobre a população atendida nos CERSAMs de Belo Horizonte, Oliveira (2006, p. 16) ressalta: “predominância de mulheres (67%), a idade média de 37,7 anos; em 28% inexistia história de internação psiquiátrica previa”. Ele conclui que “as mulheres foram proporcionalmente mais frequentes que homens em todas as categorias diagnosticadas”. (Oliveira, 2006, p. 43).

Até hoje, muito mais mulheres do que homens acabam procurando algum auxílio psíquico, mesmo que seja apenas um comprimido antidistônico. Esse fato pode ser interpretado como uma das consequências do peso de ter que arcar com múltiplas funções, muitas vezes incompatíveis. Os trabalhos fora do lar, os cuidados com a casa e a família e os inúmeros partos perigosos, que consomem a saúde tanto física quanto mental, fazem com que as mulheres estejam sob tensões de ordem muito diferente das masculinas. Ser mulher numa sociedade profundamente patriarcal leva um número desproporcional delas a entrar em colapso. (Garcia, 1967, p. 151).

Voltando ao cenário das medidas de segurança, apresentado no livro de Mattos, Menezes e Vieira (2011), das 67 (sessenta e sete) mulheres submetidas à Medida de Segurança em meio ambulatorial, em Minas Gerais, 8 (oito) se encontravam nas comarcas de Belo Horizonte. Com relação à localização, essas mulheres estão divididas entre: casa, Hospital Galba Veloso e Hospital Raul Soares. Nenhuma dessas mulheres se encontrava sob a custódia do sistema carcerário na cidade de Belo Horizonte/MG (Mattos, Menezes, & Vieira, 2011).

Em relação ao estado civil, há predominância de mulheres solteiras: 45 (quarenta e cinco) são solteiras, 11 (onze) são casadas, 3 (três) divorciadas/separadas, 3 (três) declararam estar em união estável, 3 (três) mulheres não tem seu estado civil informado e por fim, 2 (duas) viúvas.

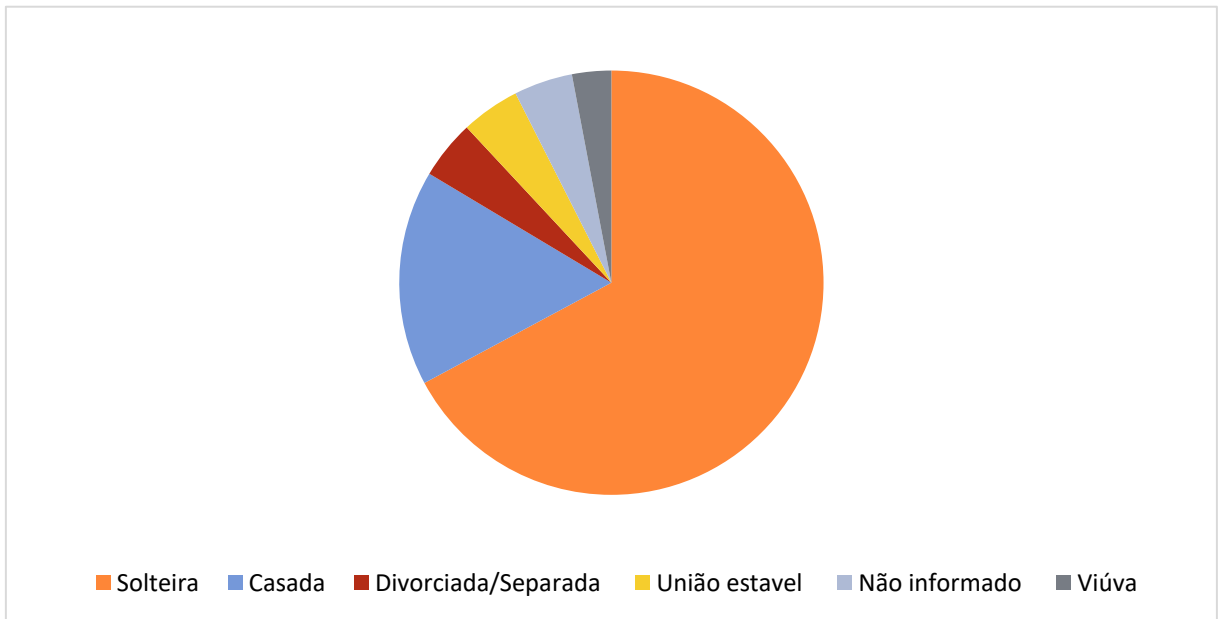


Figure 5 - Estado Civil declarado das mulheres em Medida de Segurança em Minas Gerais em 2011

Fonte: Mattos, Menezes, & Vieira, (2011).

Com relação à profissão dessas mulheres, temos: 7 (sete) lavradoras, 19 (dezenove) não informados, 1 (uma) serviços gerais, 1 (uma) aposentada, 1 (uma) trabalho braçal, 21 (vinte e uma) do lar, 5 (cinco) desocupadas (“termo” utilizado no livro), 1 (uma) beneficiária do LOAS, 7 (sete) domésticas, 3 (três) soldadoras, 2 (duas) vendedoras, 1 (uma) artesã, 1 (uma) pesquisadora (Mattos, Menezes, & Vieira, 2011).

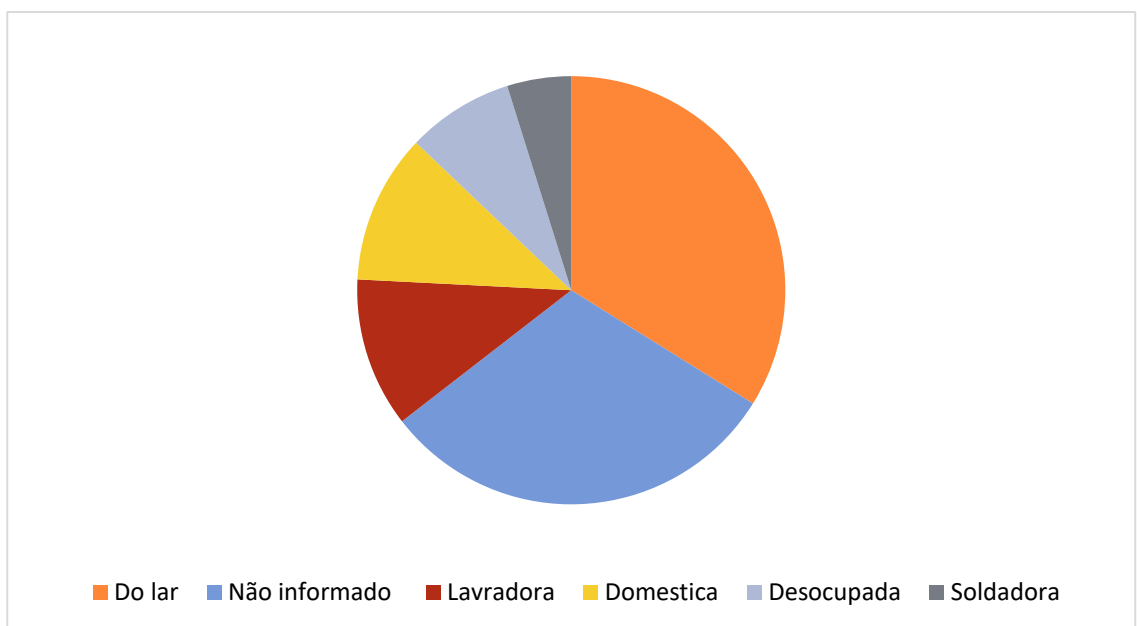


Figure 6 - Profissão declarado das mulheres em Medida de Segurança em Minas Gerais em 2011

Fonte: Mattos, Menezes, & Vieira, (2011).

Outras informações que são relevantes para a temática deste projeto não foram apresentadas no levantamento de 2011, ou foram apresentadas de maneira generalista (Mattos, Menezes, & Vieira, 2011). Dentre essas informações ausentes ou gerais destacamos a autodeclaração racial (que não foi informada), a média de idade (31,5% com idade entre 31 e 40 anos, sem especificação de gênero), a incidência de tipos penais (no total de 65 tipos de crimes, também sem especificação de gênero) ou, ainda, o tempo e o tipo de Medida de Segurança (não apresentados).

Para compreender se o cenário das medidas de segurança possuía semelhança com o cenário referente ao aprisionamento feminino (sem a questão da saúde mental), buscamos informações do contexto penitenciário em Minas Gerais. Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN - Mulheres, do Ministério da Justiça e Segurança Pública (2018), a população prisional feminina tem crescido, mas não chega a 10% em relação à porcentagem masculina, dado que se assemelha ao número de mulheres em cumprimento de Medida de Segurança em relação aos homens (Mattos, Menezes, & Vieira, 2011) e ao Censo Nacional (Diniz, 2011). Sendo assim, é possível ponderar que, quantitativamente, o número de mulheres em relação aos homens se assemelha tanto no sistema carcerário quanto em relação aos indicados à Medida de Segurança. Por haver menos mulheres do que homens seria admissível pensar que as mulheres poderiam ser mais invisibilizadas ou ter maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde mental – dado que a população carcerária em geral já sofre com inúmeras vulnerabilidades e invisibilidades sociais?

De acordo com o INFOPEN (MJSP, 2018), Minas Gerais apresenta o segundo maior aumento dessa população (perdendo apenas para o estado de São Paulo). Ressalta-se que 45% (quarenta e cinco) do total de 3.279 (três mil, duzentas e setenta e nove) mulheres presas em Minas Gerais estão sem condenação (compreende mulheres em privação de liberdade que não foram julgadas e não receberam decisão de condenação ou outra medida judicial), 32% (trinta e dois), sentenciadas em regime fechado, 16% (dezesseis) estão sentenciadas em regime semiaberto, e 7% (três), em regime de aberto.

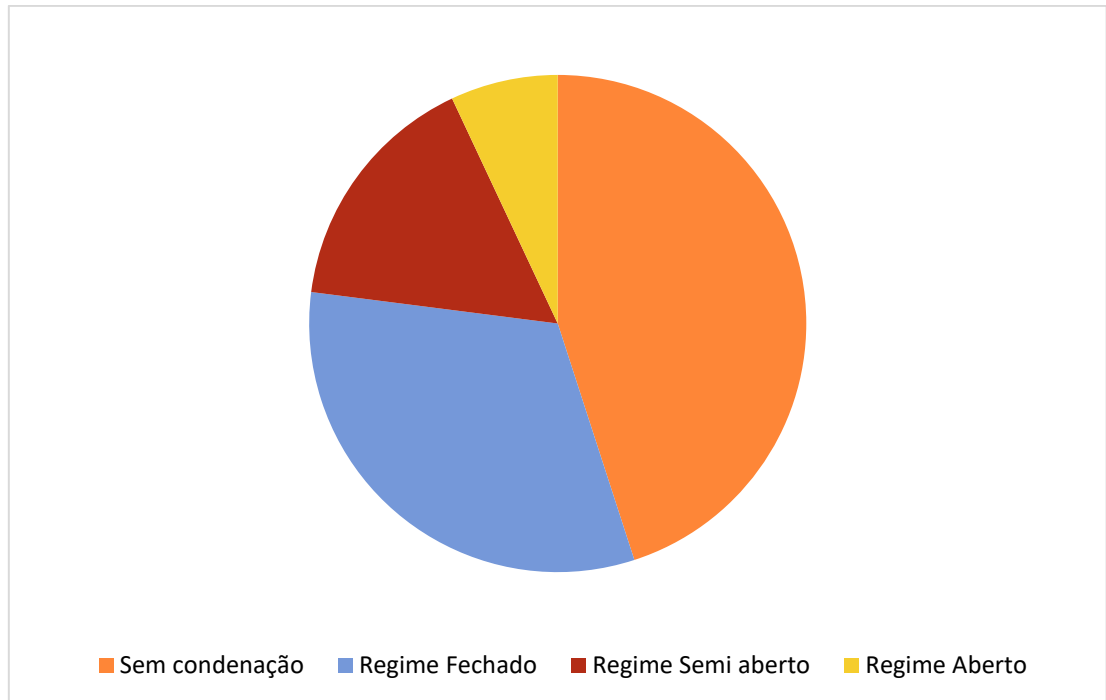


Figure 7 – Situação Jurídica das mulheres em Minas Gerais – 2018

Fonte: INFOPEN, (2018).

O Levantamento Nacional de informações penitenciária – INFOPEM Mulheres (2018) também descreve sobre as mulheres em regime de Medida de Segurança, onde é apresentado que em Minas Gerais as mulheres com privação de liberdade sob Medida de Segurança somam 3% (três) do total, sendo que seriam 2% (dois) em regime fechado e em Medida de Segurança em tratamento ambulatorial, 1% (um), totalizando 80 mulheres com Medida de Segurança no estado. Esse dado é superior ao relatado por Mattos, Menezes e Vieira (2011), que apresentaram 67 mulheres em Medida de Segurança em 2011. Importante salientar que o número pode não indicar o aumento real, tendo em vista que os estudos utilizam metodologias de mapeamento diferenciadas (o INFOPEN realiza a sua coleta de dados a partir dos registros dos sistemas penitenciários brasileiros, enquanto Mattos, Menezes e Vieira (2011) realizaram a sua pesquisa a partir do envio de perguntas para as comarcas de Minas Gerais) e que existe uma diferença quanto à época das pesquisas, tendo sido uma em 2011 e a outra em 2018, (os dados foram coletados em 2016 e publicados em 2018), o que também poderia justificar a diferença nos dados.

Com relação à população carcerária feminina de Minas Gerais (MJSP, 2018), ressalta-se que 25% das mulheres (vinte e cinco) têm entre 25 (vinte cinco) e 29 (vinte nove) anos, 78% (setenta e oito) são solteiras e 68% (sessenta e oito) são negras. Quanto à escolaridade, 49%

(quarenta e nove) apresentam ensino fundamental incompleto. Em relação aos crimes tentados/cometidos, tem-se: 43% (quarenta e três) tráfico, 17% (dezessete) furto e 13% (treze) roubo. Por fim, o tempo total de penas da população prisional feminina em Minas Gerais é: de 2 (dois) a 4 (quatro) anos para 45% (quarenta e cinco) das mulheres, de 4 (quatro) a 8 (oito) anos para 23% delas, e de 8 (oito) a 15 (quinze) anos para 19 % das presas.

É possível identificar grande similaridade dos dados entre as mulheres presas e as mulheres em M. S. em Minas Gerais. De maneira geral, as mulheres em M. S. no estado são, em sua maioria: solteiras, não brancas, com baixa escolaridade e renda. Assim como já apresentado na obra de Zanello, Fiuza e Costa (2015), o sofrimento psíquico das mulheres loucas, apresentam marcadores sociais, que evidenciam a desigualdade social do país. Ao realizar um diálogo entre as mulheres, a saúde mental e os sistemas de justiça, Pereira (2018) nos aponta que:

São mulheres em sua maioria pobres e negras, a quem o Estado não chega pelas políticas públicas de assistência, saúde, educação, trabalho, cultura e lazer, mas a quem rapidamente apresenta seus braços através de instituições asilares – sejam psiquiátricas ou carcerárias. Há aqui um importante enovelamento que faz com que a situação dessas mulheres seja muito particular na sociedade capitalista, somando-se ao nó estruturante que envolve gênero, raça/etnia, o lugar social de loucas e a manicomialização que habita suas vidas. (Pereira, 2018, p. 318).

Em Minas Gerais, no Hospital Judiciário Jorge Vaz (HPJJV), localizado em Barbacena (inaugurado em 1929 e um dos mais antigos do país), foi realizado um levantamento, a partir do Censo Nacional, no ano de 2013 (Diniz, 2013), no qual se ressalta situação alarmante em relação à morosidade da justiça (ou seria descaso?) para finalização das medidas de segurança nessa instituição.

A população total do HPJJV era de 189 pessoas internadas, entre as quais 131 estavam em medida de segurança, quatro estavam em medida de segurança por conversão de pena e 54 estavam em situação temporária de internação. No HPJJV, pelo menos 26% (35) dos indivíduos não deveriam estar internados por estarem em medida de segurança com a periculosidade cessada, com sentença de desinternação, com medida de segurança extinta ou com internação sem processo judicial. (Diniz, 2013, p. 152).

Com relação aos dados colhidos no censo sobre o Hospital Judiciário Jorge Vaz, Diniz apresenta: “No HPJJV, 50% (93) das pessoas internadas tinham entre 40 e 69 anos”. “Da população total do HPJJV, 45% (85) eram pretos e pardos e 39% (74) eram brancos. Para 16% (30) da população, não havia registro de cor” (Diniz, 2011, p. 153). “A maioria da população do HPJJV era composta por homens, 79% (149), e as mulheres somavam 21% (40)” (Diniz,

2011, p. 154). “Assim como nos demais estabelecimentos do país, havia uma concentração de indivíduos solteiros na população total do HPJJV de Barbacena, com 79% (149), e os casados correspondiam a 10% (18). Havia também 5% (9) de divorciados, 2% (4) de viúvos e 5% (9) de amasiados”. (Diniz, 2011, p. 154). “Da população do HPJJV de Barbacena, 34% (64) eram analfabetos e 39% (73) tinham o ensino fundamental incompleto, 2% (4) tinham o ensino superior. Das 24 mulheres em Medida de Segurança em Barbacena, 50% (12) eram analfabetas”. (Diniz, 2011, p. 155). “Havia uma concentração de 35% (65) da população do HPJJV com profissões dos grupos de trabalhadores de serviços administrativos, vendedores do comércio, trabalhadores da área agropecuária, florestais e da pesca. Esse grupo de profissões tem a característica de exigir pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional” (Diniz, 2011, p. 156). “Dos 54 indivíduos em situação de internação temporária no HPJJV, 44% (24) realizavam tratamento psiquiátrico transferidos de presídio ou penitenciária” (Diniz, 2011, p. 157).

No dia 05 (cinco) de julho de 2019, foi realizada uma visita técnica ao Hospital Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena/MG, com o objetivo de conhecer a instituição e obter dados para esta pesquisa. Os dados coletados pela visita técnica e pelo contato com um psicólogo da instituição, naquela data, mostravam que: 18 (dezoito) seriam o total de mulheres em regime de internação por força de Medida de Segurança, dado menor do que o encontrado por Diniz em 2011 com relação ao mesmo local. Tal diferença pode ser atribuída tanto à diferença temporal ou aos resultados das políticas antimanicomiais quanto à cessação das medidas de segurança em regime fechado ou, ainda, a outros motivos desconhecidos e que não são objetos deste trabalho. Buscaram-se dados com relação às características dessas mulheres para se pensar e analisar sobre elas no atual momento.

Com relação à idade das mulheres internadas no HPJJV, havia uma mulher com cada uma destas idades: 24 anos, 26 anos, 30 anos, 32 anos, 34 anos, 36 anos, 38 anos, 44 anos, 47 anos, 48 anos, 50 anos e 67 anos. Havia ainda duas mulheres com as idades de 37 anos, 46 anos e 54 anos. Separando as idades por décadas, temos 7 (sete) de mulheres internadas na faixa de 39 a 30 anos, seguido de 5 (cinco) mulheres na faixa dos 49 a 40 anos, 3 (três) mulheres na faixa dos 59 a 50 anos, 2 (duas) mulheres com idade entre 29 a 20 anos e 1 (uma) mulher entre 69 e 60 anos.

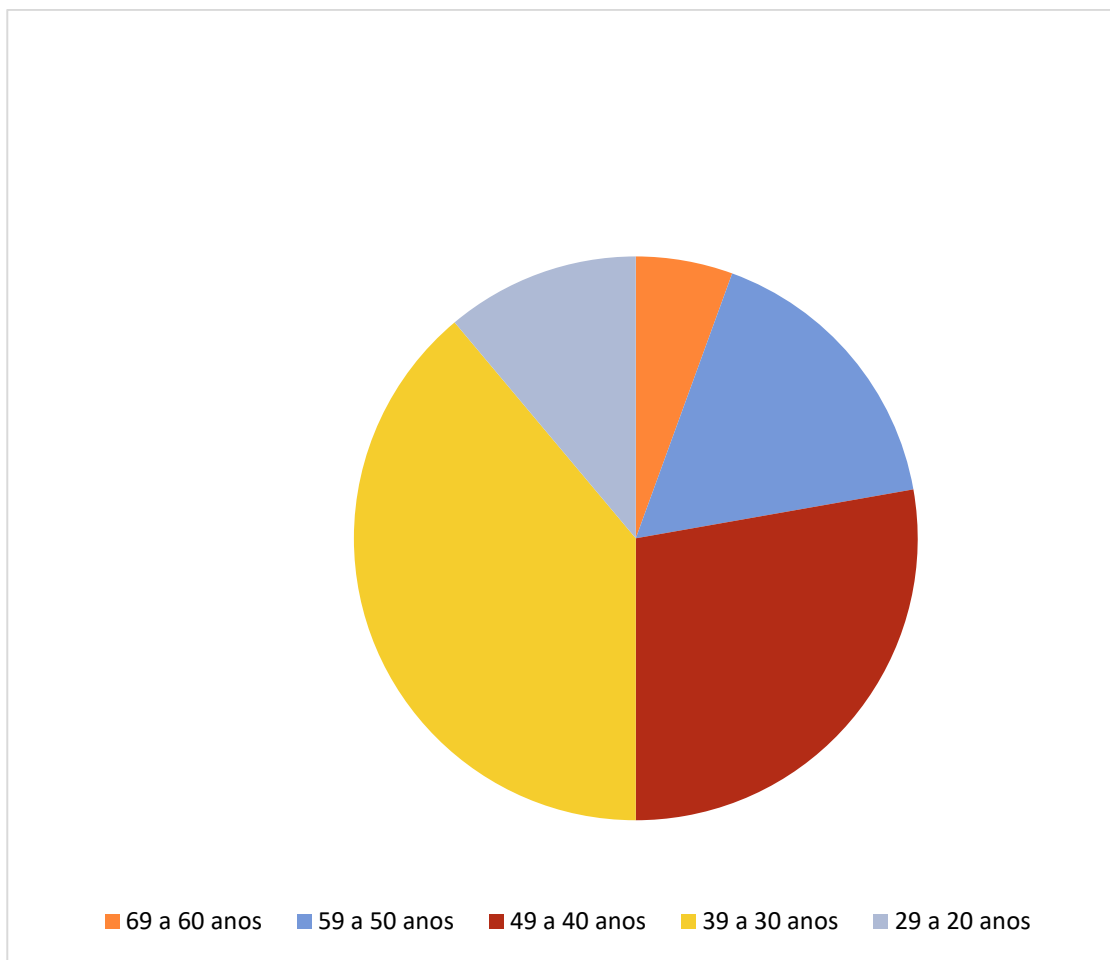


Figure 8 – Faixa etária das mulheres em Medida de Segurança no Hospital Judiciário Jorge Vaz
Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação ao estado civil: 15 mulheres eram solteiras, 02 viúvas e apenas 01 mulher casada.

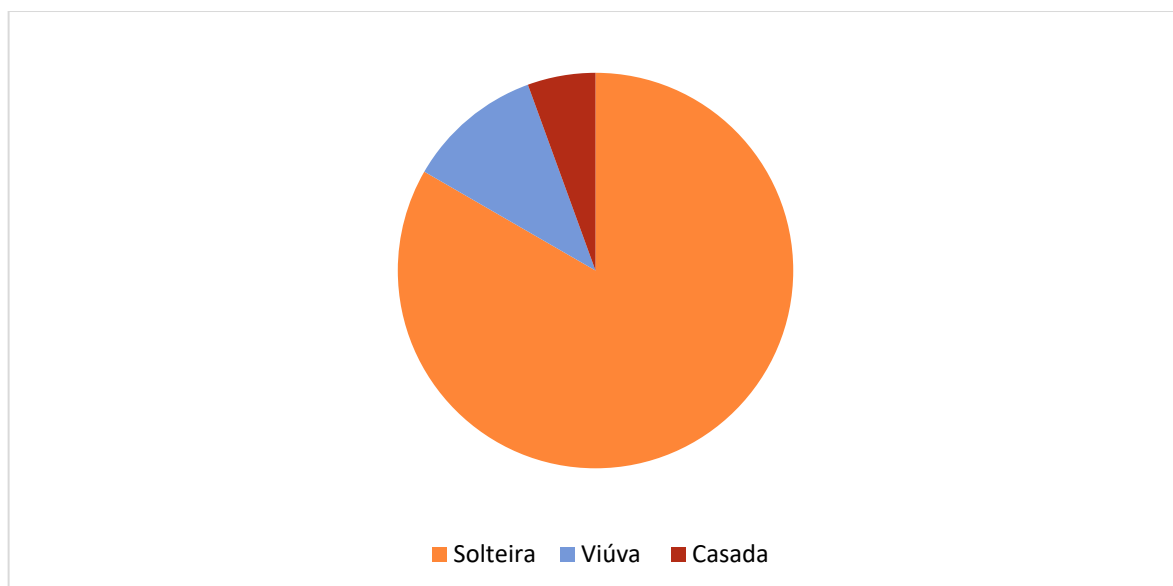


Figure 9 - Estado Civil das mulheres internas no Hospital Judiciário Jorge Vaz
 Fonte: Elaborado pela autora.

A partir da autodeclaração de raça: 07 são brancas e 11 são negras/pardas.

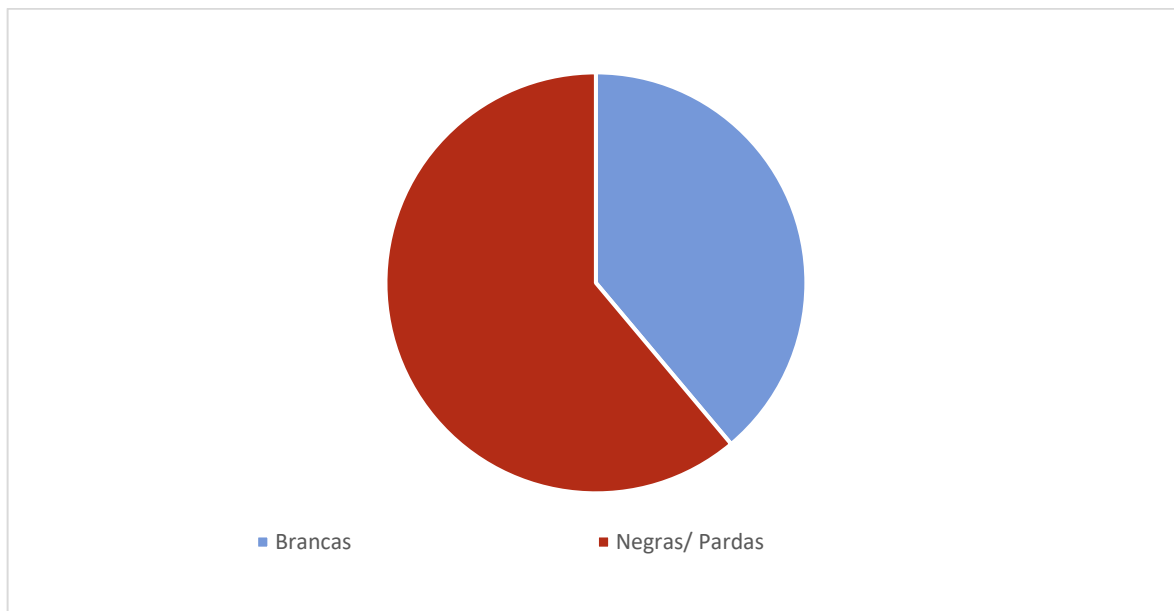


Figure 10 - Autodeclaração de raça das mulheres em Medida de Segurança no Hospital Judiciário Jorge Vaz
 Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto à escolaridade: 01 Ensino Superior completo, 01 Ensino Superior incompleto, 02 Ensino Médio completo, 01 Ensino Fundamental completo, 05 Ensino Fundamental incompleto, 08 semianalfabetas.

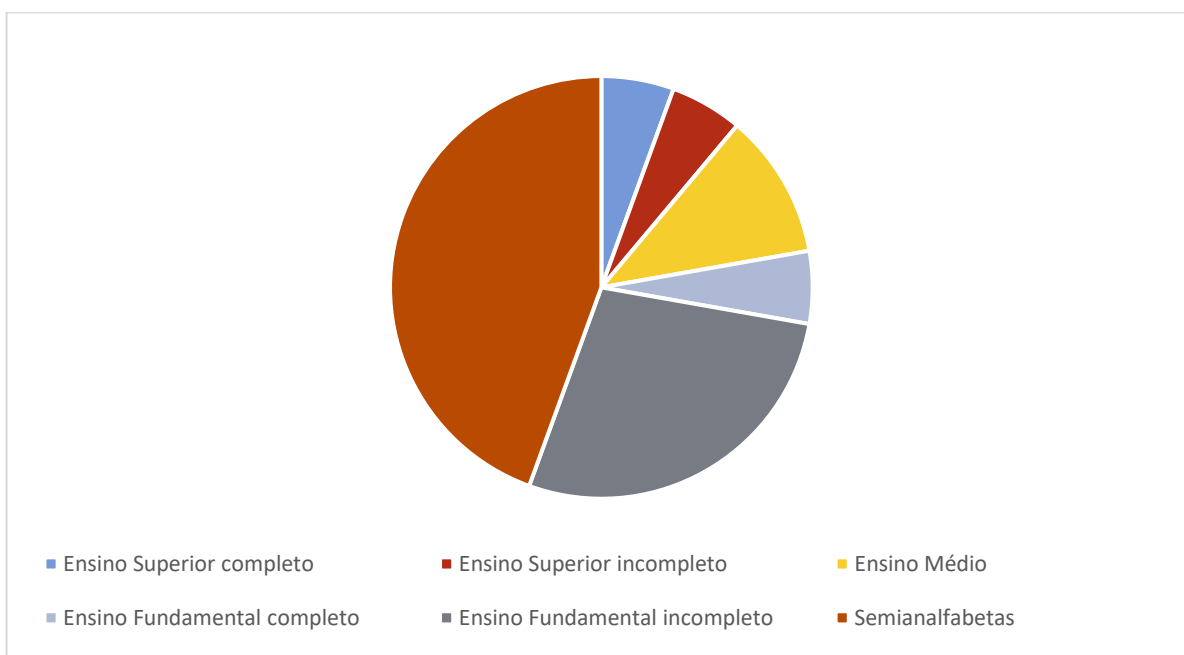


Figure 11 - Escolaridade das mulheres em Medida de Segurança no Hospital Judiciário Jorge Vaz

Fonte: Elaborado pela autora.

A profissão: 01 advogada, 01 aposentada, 01 costureira, 02 faxineiras domésticas, 01 Operadora de telemarketing e 12 sem profissão declarada.

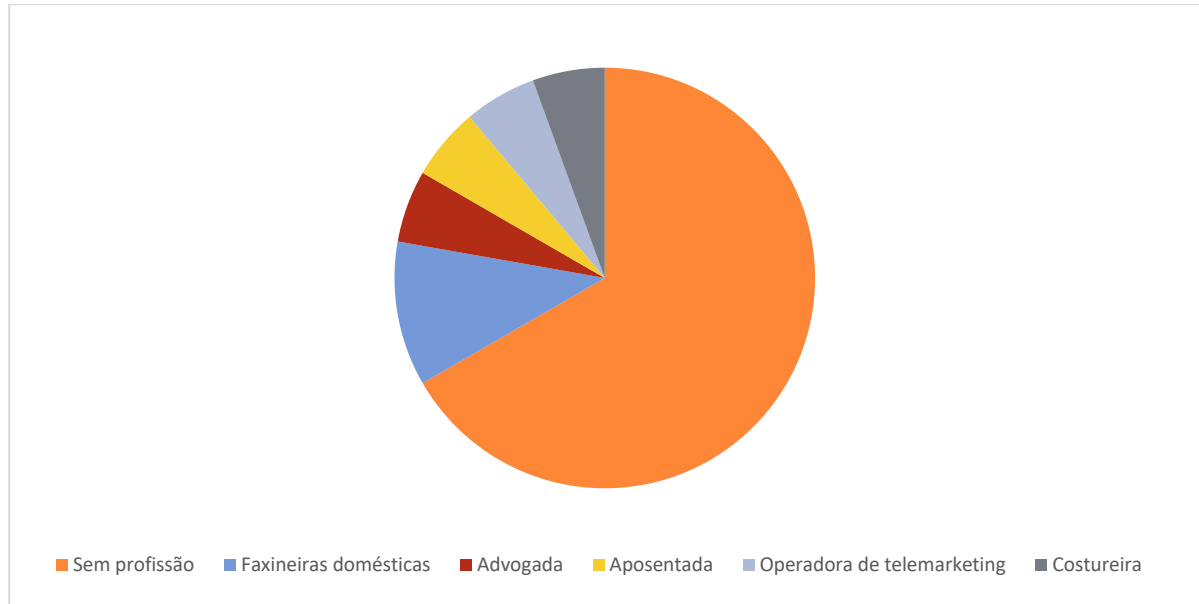


Figure 12 - Profissão das mulheres em Medida de Segurança no Hospital Judiciário Jorge Vaz
Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à tipologia do Artigo do Código Penal Brasileiro (CPB) (Decreto-Lei nº 2.848, 1940) em que incide o ato ilícito para o cumprimento de Medida de Segurança em regime fechado no HPJJV: 13 mulheres cumprem Medida de Segurança em regime fechado pelo artigo 121 do CPB; 01 mulher pelo artigo 136 do CPB; 01 pelo artigo 147 do CPB; 02 mulheres pelo artigo 155 do CPB; e 01 mulher pelo artigo 157 do CPB.

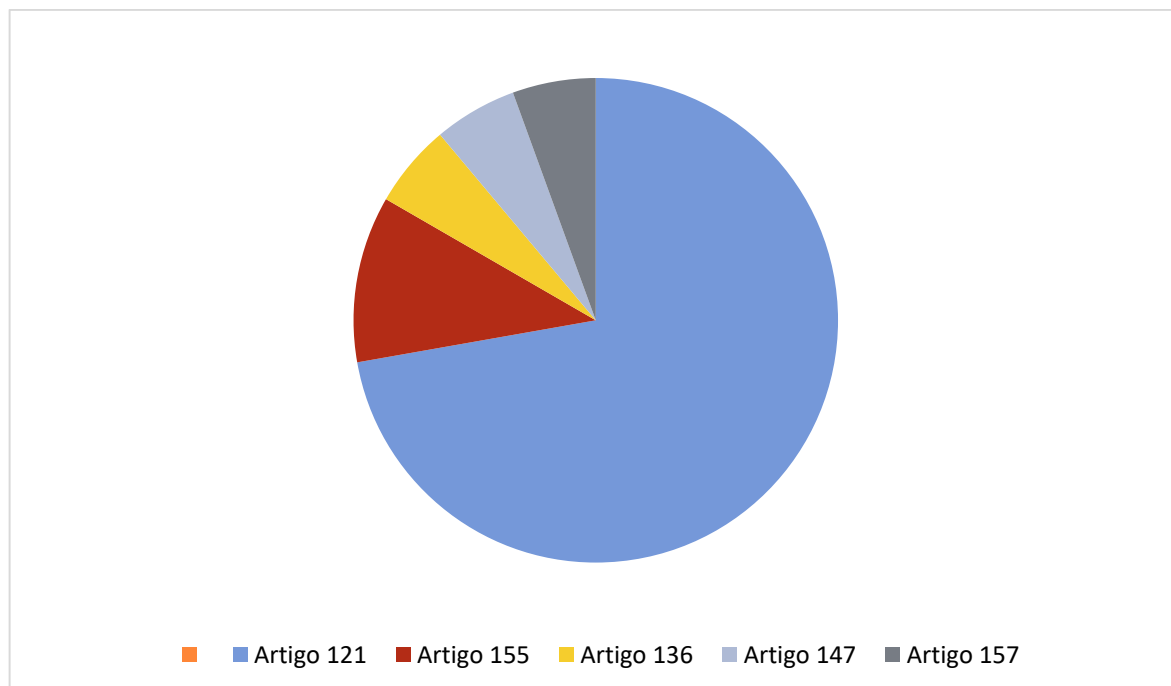


Figure 13 - Artigo do CPB em que incide o ato ilícito das mulheres em Medida de Segurança no Hospital Jorge Vaz

Fonte: Elaborado pela autora.

Para maior esclarecimento, a tipologia criminal, na ordem decrescente, apresenta: assassinato, roubo, maus tratos e ameaça. É possível perceber, a partir da tipologia do ato ilícito que incide pelo Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, 1940), que a maioria das mulheres que estavam cumprindo Medida de Segurança no Hospital Jorge Vaz em julho de 2019 caracteriza-se a princípio por assassinato, (13 usuárias), seguido por diversos tipos de delitos de menor gravidade. De acordo com Baratta (2002), algumas tipologias criminais são consideradas de menor impacto social, como roubo e agressões leves. Há estas se devem propor medidas alternativas, buscando-se ao mesmo tempo evitar o aumento do número de encarceramentos e ressocializar o réu.

Quando ao tempo de internação destinado às mulheres em Medida de Segurança no Hospital Jorge Vaz em julho de 2019, é possível perceber que há mulheres internas por um período muito longo, se levarmos em consideração a tipologia do crime. Segundo Magno (2016):

Acontece que a medida de segurança – equivocada, mas tradicionalmente – tem sido uma espécie de sanção penal que desafia a norma constitucional da vedação de penas de caráter perpétuo. E, neste sentido, o tempo dentro dos muros do manicômio vem carregado de uma imensa carga de incerteza e de angústia que aprofundam o sofrimento psíquico das pessoas manicomializadas, mais especialmente, das mulheres, via de regra – mais abandonadas. (Magno, 2016, p. 238).

Se levarmos em consideração as explicações pelas tipificações dos crimes das mulheres internadas no HPJJV, já apresentados: havia 01 mulher com 27 anos de regime de internação, 01 mulher com 26 anos, 01 mulher com 17 anos, 01 mulher com 15 anos, 01 mulher com 11 anos e 01 mulher com 10 anos. Das 18 mulheres cumprindo Medida de Segurança em regime de internação no Hospital Judiciário Jorge Vaz em Minas Gerais, duas estão há mais de 20 anos em regime fechado, lembrando que, de acordo com o Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848, 1940), o tempo máximo para condenação é de 30 (trinta) anos em regime fechado. Doze mulheres têm tempo de internação inferior a 10 anos. Ressalta-se que parte dessas mulheres foram submetidas a um regime de internação após a promulgação da Lei nº 10.216/2001, que veda expressamente a internação em instituições com características asilares. Segundo informações colhidas durante a visita técnica, após o cumprimento da Medida de Segurança em regime de internação, essas mulheres são encaminhadas aos serviços de saúde mental de sua cidade (quando a interna não reside em Barbacena/ MG). Quando há liberação da interna, é realizado o contato com a família, membro familiar ou afetivo mais próximo como forma de fortalecer os vínculos e laços sociais dessas mulheres.

Por último, os dados apresentados com relação à cidade de origem das mulheres em regime de internação no Hospital Jorge Vaz em Barbacena/MG são: 02 internas de Belo Horizonte, 01 de Caxambu, 01 de Conselheiro Lafaiete, 01 de Conselheiro Pena, 01 de Coronel Fabriciano, 02 de Governador Valadares, 01 de Janaúba, 01 de Juiz de Fora, 01 de Malacacheta, 01 de Patos de Minas, 01 de Ponte Nova, 01 de Santa Luzia, 02 de São Gonçalo do Sapucaí, 01 de Tocantins e 01 mulher de Virgem da Lapa. É possível observar que nenhuma das internas é proveniente da cidade onde elas estão internadas (Barbacena/MG), dado que pode proporcionar dificuldades tanto nas visitas quanto no contato e no fortalecimento de vínculo com os familiares. Tais fatores podem aumentar a vulnerabilidade social e o sofrimento mental dessas mulheres institucionalizadas. Para Nery (2018, p. 36), “as mulheres loucas não escapam à regra do sofrimento da mulher encarcerada”.

Ao realizar um paralelo entre as questões sociais e familiares que envolvem as mulheres que estão em privação de liberdade, internadas em instituições como Hospitais Judiciários e/ou instituições similares, e as mulheres que estão em privação de liberdade no sistema carcerário, é possível encontrar algumas similaridades, principalmente com relação a situações de abandono, invisibilidades, vulnerabilidade social e fragilidades nos laços sociais. Gonçalves, Coelho e Vilas Boas (2017, p. 88) nos relatam que: “São vários os motivos que dificultam a visita da família, um deles é o fato de algumas detentas terem família em outro estado ou região muito distante de onde estão cumprindo pena”. As autoras também relatam, na mesma obra,

que “nem todas as mulheres recebem visitas, pelo contrário, pode-se considerar que são poucas as que têm visitas regulares. Isso gera um sentimento de abandono e solidão, além de privação” (Gonçalves, Coelho & Vilas Boas, 2017, p. 87-88). Este conjunto de situações – “abandono, mais solidão, mais invisibilidade social, mais privação de liberdade” – pode influenciar tanto na saúde mental dessas mulheres quanto na forma como elas são tratadas (Gonçalves, Coelho & Vila Boas, 2017).

Sendo assim, identificar algumas características e compreender os marcadores sociais da diferença que podem definir a percepção sobre essas mulheres nos possibilita pensar os atravessamentos que estão colocados na produção subjetiva e que se mostram presentes na relação dessas mulheres com os profissionais de saúde (tão presentes e importantes nos estudos da psicologia). Da mesma forma, auxilia-nos nos processos de análise de como os profissionais compreendem essas mulheres/usuárias nos serviços de saúde mental (CERSAMs) de Belo Horizonte/MG.

5.2 As entrevistas com trabalhadores dos CERSAMs de Belo Horizonte/MG: percursos e percalços no atendimento direcionado à mulher louca infratora

Nesta parte será apresentada a partir análise de conteúdo os pontos das entrevistas com os trabalhadores dos CERSAMs de Belo Horizonte/MG. Inspirada na análise do discurso, a pesquisa busca analisar as narrativas apresentadas, buscando compreender as relações entre as questões de saúde mental, gênero e ato criminoso. Ressalta-se que os nomes dos profissionais entrevistados foram alterados para se manter o sigilo quanto à identidade desses profissionais, sendo apresentados nas entrevistas nomes fictícios. (tirei a parte que falava dos grifos nossos)

Ao se pensar e questionar sobre as percepções e as compreensões dos trabalhadores de saúde mental dos CERSAMs de Belo Horizonte/MG que já realizaram ou estão realizando atendimentos com “loucas infradoras”, mulheres perpassadas pela loucura e pela periculosidade, busca-se compreender como esses marcadores sociais da diferença (gênero, loucura e periculosidade) se apresentam/atravessam nos atendimentos destinados às mulheres loucas infradoras e como são compreendidos/percebidos por esses profissionais.

Tendo em vista o foco em compreender as questões de gênero no atendimento às usuárias da saúde mental, o roteiro de entrevista investigou a percepção dos profissionais sobre a diferença entre o número de homens e mulheres nos serviços e o impacto da tríade (gênero, loucura e periculosidade) no atendimento destinado às mulheres loucas infradoras. De modo

geral, os profissionais entrevistados relataram que nos CERSAMs há mais usuários homens do que mulheres em atendimento atualmente. “A demanda maior é do público masculino mesmo” (Joana¹⁸, Terapeuta Ocupacional). Essa informação se diferencia do que já havia sido apontado por Oliveira em 2006, ao pesquisar sobre o público de atendimento dos CERSAMs de Belo Horizonte/MG, e de outros estudos na área da saúde mental, como o de Campos, Ramalho e Zanello (2017), que também encontraram uma predominância maior do público masculino em seus perfis sociodemográficos. Entretanto, essa análise considera a informação obtida a partir da percepção dos profissionais, tanto sobre os usuários dos serviços de maneira geral quanto sobre os usuários loucos infratores, e não foi confrontada com os dados e os registros de usuários atendidos nos CERSAMs aos quais pertencem esses profissionais, não sendo possível afirmar que o público de atendimento nos CERSAMs de Belo Horizonte/MG apresentou mudanças no decorrer do tempo em relação à prevalência de homens e mulheres como usuários do serviço.

Quando se trata dos usuários portadores de sofrimento mental que cometeram atos ilícitos, os trabalhadores entrevistados relatam que atendem mais homens portadores de sofrimento mental que cometem atos ilícitos do que mulheres, ressaltando-se que a maior clientela nos CERSAMs onde trabalham também é de homens loucos infratores e não de mulheres loucas infratoras. Isso já havia sido apresentado por Mattos, Menezes e Vieira, em 2011, ao pesquisar sobre os usuários em cumprimento de Medida de Segurança em Minas Gerais.

Eu percebo pela clientela que a gente atende aqui, que são mais homens, né, mas a minha experiência foi com uma mulher. (Simone, Terapeuta Ocupacional)

Mas eu creio que sejam mais homens que mulheres, mas aliás, sem dúvida nenhuma são mais homens que mulheres! (Pedro, Médico).

Ao apresentarmos as diferenças e as semelhanças que podem ocorrer com relação às questões direcionadas aos loucos e às loucas infratoras, a questão de gênero se mostra como um marcador social da diferença. Del Priori (2004) ao discorrer sobre a história das mulheres pormenoriza como as questões de gênero são marcadores sociais, que inclusive eram/são usados como ferramentas para aumentar os processos de hegemonia masculina, desprestigiando as mulheres enquanto seres sociais e de direitos.

18 Nome Fictício

Bertha chama atenção para outra questão em relação ao modo como o louco é retratado na mídia. O sensacionalismo pode, inclusive, aumentar no imaginário social a perspectiva de que o louco é perigoso e descontrolado (capaz de fazer qualquer coisa, a qualquer momento).

Eu acho que é até pelo contexto, também, aqui sabe, os casos a grande maioria, aqui, que eu atendi aqui de homens que eu atendi pelo sistema prisional eram homens que fazem acompanhamento aqui para a questão do quadro psicótico mas tem, um, uma questão também com o uso de drogas, aí estes delitos acontecem nestes momento acontece com o uso mais exacerbado de drogas, a grande, a grande maioria que eu vi foi isso. Ah fulano, foi preso porque roubou um celular, ah ciclano... e outros também no momento de fragilidade. Tem um outro inclusive, que ele tá trabalhando agora, que ele passou por um período que ele ficou preso, ele estava no momento de crise, e ele estava perambulando, pelas ruas, que ele tinha um quadro de errância assim, encontrou com um colega, este cara tava indo fazer um assalto e ele foi, assim sem crítica e ele foi. E eu lembro que inclusive na época, aqueles serviços, aqueles jornais meio que bombásticos assim... balanço geral fizeram uma entrevista mostrando o rosto dele e... colocando ah... assaltante, assaltou um... né... Eles roubaram um carro assim, aí perguntando para ele, entrevistando, perguntando e ele assim louco, sabe, assim, sem saber onde ele estava, sem saber o que estava acontecendo, e ele falava assim, “gente eu só quero estudar”, respondendo assim sabe... Totalmente fora daquele contexto ali sabe, é ele cumpriu também um período, eu acho que ele tá sendo acompanhado pelo PAI-PJ, e outros também em situação de violência, que acontece devido a estes contextos familiares, de terem sido é presos... por conta de um contexto de violência, assim de uma heteroagressividade voltada para a família. Chamando polícia, a polícia leva, fica um tempo aí o PAI-PJ entra, sabe. A paciente que eu acompanho em específico ela não é acompanhada pelo PAI-PJ não, o PAI-PJ não entrou no caso dela não, sabe. (Bertha, Enfermeira).

As questões de gênero apresentam práticas sociais que podem proporcionar distintas formas de relações dentro da sociedade. Assim como sinalizado por Garcia (1967), Basaglia (1985), Del Priori (2004), Zanello (2014) (2017). Nesta pesquisa estamos utilizando o conceito de gênero para entender como identidades e relações sociais são construídas. Esses significados, como podemos observar a partir dos referenciais teóricos apresentados, proporcionaram relações desiguais e hierárquicas entre homens e mulheres e também entre homens e mulheres loucos infratores.

5.3 Saúde mental e Reforma psiquiátrica – a luta antimanicomial no embate com a lógica penal

Na análise das narrativas dos profissionais, o discurso sobre a luta antimanicomial é um dos pontos em que é possível perceber mais consenso. Todos os entrevistados ressaltaram a relevância dos princípios e dos norteamentos da Reforma Psiquiátrica no processo de transformação das práticas de cuidado direcionadas aos portadores de sofrimento mental em liberdade, contra todo e qualquer processo de encarceramento como “forma de cuidado”. Da mesma forma que apresentado e defendido por Basaglia (1979) Amarante (1994) e Barros-Brisset (2010), dentre outros autores, que apresentam a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica múltiplas dimensões consideram uma atuação profissional democrática, pluralista, social e equitativa, na atenção aos portadores de sofrimento mental.

Olha, eu acho que hoje, que é... para quem tem uma história na saúde mental, sabe como se trata o usuário, antigamente não se tratava o usuário, ele era excluído da sociedade, ele era mantido em cárcere privado, ele era uma pessoa que não era permitido ficar em sociedade, ele era excluído em um local específico como os manicômios, ele era excluído pela própria família, onde era construído aqueles quartinhos onde eles ficavam presos na maioria das vezes. Hoje ele é tratado em liberdade, é... o usuário, vem a gente insere ele aqui no CERSAM, trata aquela crise, devolve ele para o território, ele circula na cidade, é, não importa a gravidade da doença, a gente acompanha este sujeito para que ele tenha autonomia, para que ele seja visto, como um sujeito mesmo, para que ele seja tratado. É, a reforma foi de grande importância para isso, porque mudou a visão tanto do mundo a enxergar a saúde mental, apesar de que a gente ainda, tem, tem que lutar, pra, pra, pra que as pessoas se conscientizem mais, também mudou a visão dos profissionais em relação a esta a saúde. (Virginia, Enfermeira).

Parece evidente que os profissionais dos serviços de saúde mental tenham conhecimento específico sobre a Reforma Psiquiátrica – enquanto movimento social e de luta a partir da junção de diversos setores –, inclusive para fundamentar suas práticas na atualidade. É possível observar que a amplitude das ações da Reforma Psiquiátrica gerou também mudanças de paradigmas e mudanças nas práticas de atenção e cuidado direcionadas aos portadores de sofrimento mental, sejam estes autores de atos ilícitos ou não, proporcionando a defesa do cuidado em liberdade, no território em que o paciente se mantenha integrado a sua família e inserido na comunidade local, promovendo a autonomia, o empoderamento e, principalmente, o reconhecimento do portador de sofrimento mental como sujeito de direito, retirando do louco a característica de objeto da medicina e do setor jurídico. Amarante (2008) em sua pesquisa sobre os diferentes arranjos sobre as práticas de saúde mental e a atenção psicossocial, ressalta o processo inovador e transformador da Reforma Psiquiátrica, do mesmo modo que o trabalho

em equipe e as ações sociais e territoriais para o rompimento da cultura e das práticas hospitalocêntricas.

Bom, a reforma psiquiátrica foi muito importante, né, ela aconteceu a partir do movimento a partir de diversos autores, tanto trabalhadores, usuários, familiares e proporcionou uma nova visão, assim, uma nova forma de atendimento ao portador de sofrimento mental. Então possibilitou que o usuário, ele fosse visto como um sujeito que poderia tá... é..., convivendo inteirando a comunidade, sua família né. Então a Reforma possibilitou trabalhar autonomia e fazer com que as pessoas fossem as portadoras de sofrimento mental, fossem enxergados como um sujeito de direitos. Então eu acho que ela é fundamental né, e a partir dela surge um serviços substitutivo, como, por exemplo, o CERSAM. (Simone, Terapeuta Ocupacional)

Importante observar que os profissionais entrevistados chamam atenção para alguns aspectos a respeito da Reforma Psiquiátrica. Dentre esses aspectos, cabe salientar a dimensão da autonomia, como destaca Simone no recorte anterior. Essa noção de autonomia, atrelada à dimensão do portador de sofrimento mental como sujeito de direitos, vai ser confrontada nos casos em que usuários respondem por atos considerados crimes. Como garantir a autonomia quando respondem por algum ato cometido, tendo em vista que se ampliam as tecnologias de controle que incidem sobre seus corpos, seja pelo uso mesmo de dispositivos explícitos de controle, como algemas, limitações de circulação dentro do serviço, encarceramento/internação, seja pelo receio de que representem um risco maior a si e aos outros?

Uai, eu acredito muito na reforma, eu trabalho sempre os preceitos dela, né, e eu acho que é fundamental. Porque você privar o paciente de liberdade, às vezes com internações que não, não se justificam, né. A coisa é você está mais próximo do paciente, o paciente está mais próximo da, da, é..., da equipe, de um acompanhamento, inclusive com a parceria do centro de convivência, que é importante, né, que também fica próximo ao CERSAM. Olha, eu vejo como fundamental. Sabe e isso eu acho em relação, o que me preocupa muito às vezes, é a situação mesmo de, do aporte financeiro mesmo de, de estrutura, que eu acho, como a gente lida com pacientes muito graves, é importante você ter uma estrutura bacana, né. E eu acho que no decorrer dos anos isso tem se perdido um pouco, isso tem, umas coisas que a gente tinha antes a gente não tem hoje, mais.... (João, Psicólogo).

Apesar do reconhecimento da Reforma Psiquiátrica como um divisor de águas no campo da saúde mental, é possível perceber que ainda há desafios nas questões institucionais e práticas. Bem como já havia sinalizado Castro (2009), Almeida (2018), Correia e Almeida (2017), que em suas obras demonstram que a Reforma Psiquiátrica ainda enfrentam múltiplos desafios que não são fáceis de se resolver devido a suas complexidades e nem tampouco abandonados.

Bom, a Reforma Psiquiátrica, ela inaugura um novo tempo, né, para a saúde mental, especialmente, eu acho, que para o portador de sofrimento mental. Assim, mas inaugura também um novo tempo para os trabalhadores de sofrimento mental, assim, a partir do fato que agora nos é exigido e aqui eu acho que aqui o meu trabalho é neste sentido, é neste lugar né, de tentar criar algo, né, para o portador de sofrimento mental. Fora né, de prisão, fora de algo de que seja cerceá-lo da sociedade né. O grande desafio com a Reforma Psiquiátrica então é a gente tratar este sujeito em liberdade, né, e isso impõe uma série de novas medidas, de novas percepções, mas eu acho, que, que traz um grande avanço para a clínica psiquiátrica então, né, assim traz, um novo tempo, com novos recortes. (Pedro, Médico).

Mesmo que os referenciais teóricos e técnicos apresentem a inclusão do portador de sofrimento mental como um direito e refratem a exclusão social, é importante pensar a questão do tratamento dos portadores de sofrimento mental a partir de novos desafios. Não se trata apenas de não internar, mas de pensar sobre os limites que poderão ocorrer no tratamento em liberdade diante de uma sociedade que possui tanta ânsia por punição, tanta dificuldade de lidar com a diferença.

Em relação à prática profissional, estamos vivenciando momentos de desvalorização e desmonte das políticas públicas de saúde mental, implicando na patologização dos comportamentos dos portadores de sofrimento mental, em prol de tratamentos medicamentoso-farmacológicos e formas de cuidado institucionalizadas em regimes fechados, como tratamento hegemônico dos portadores de sofrimento mental.

Em contraposição a essa conjuntura, devemos lembrar do compromisso de muitos profissionais da saúde mental com a Reforma Psiquiátrica e de como esse compromisso deve ser reafirmado no dia a dia de suas práticas. É importante lembrar que a Reforma Psiquiátrica não se reduz ao fechamento dos tradicionais manicômios ou hospitais psiquiátricos, mas visa à superação da lógica manicomial, que mesmo nos serviços substitutivos passa a estar presente. Nessa perspectiva, a Reforma realiza-se através dos trabalhadores, como observou Clarisse ao alertar que mesmo nos serviços substitutivos, como os CERSAMs, pode haver práticas que contradizem os princípios da Reforma, como posturas excludentes, manicomiais, práticas não acolhedoras e de caráter punitivo.

Eu acredito que a Reforma Psiquiátrica somos nós, trabalhadores, atuantes no dia a dia. A reforma existiu, mas sem a gente ela não avança, não existe inclusive, e é um cuidado, que eu pelo menos tenho diariamente de não construir estes muros, no trato do paciente, no atendimento a qualquer público aqui no serviço. Ter o cuidado mesmo, porque mesmo estando em um serviço substitutivo, assim que foi construído a partir da reforma, em substituição aos hospitais psiquiátricos, a gente tem que tomar cuidado

com a nossa postura. Porque até aqui dentro pode virar um mini-manicômio, um mini-hospital, né. Assim então não é algo que só eu, mas a nossa equipe, a gente conversa muito sobre isso. (Clarisse, Psicóloga).

Pelo conteúdo exposto dos trabalhadores entrevistados, a prática de atenção e cuidado em saúde mental apresenta multiplicidades. Enquanto Clarisse se refere, na sua fala, aos desafios cotidianos, João salienta as questões com relação à necessidade de os usuários terem autonomia, assim como Pedro ao enfatizar e valorizar o cuidado em liberdade e no território. A profissional Clarisse fala ainda sobre os desafios cotidianos na prática e na postura profissional para não realizar ações que reproduzam a lógica manicomial. Portanto, além da prestação de cuidados práticos e operacionais, os serviços substitutivos da RAPS tem de se marcar pelo respeito à diversidade e aos direitos dos usuários. Como exteriorizado por Passos (2009), a prática de atenção e cuidado em saúde mental deve se enveredar mesmo com as “pedras no caminho”, em direção à socialização e a cidadania.

5.4 Diagnósticos – entre singularidades e quadros clínicos inteligíveis

Nos materiais produzidos, a partir das entrevistas, é possível identificar na fala dos profissionais os amplos debates sobre acolhimento, escuta e singularidade propostos e conduzidos ao longo do processo da Reforma Psiquiátrica. Tais debates indicam a importância de se compreenderem os sujeitos atendidos, com suas características e diferenças. Entretanto, em muitos momentos das entrevistas, chama atenção o uso das categorias diagnósticas como forma de simplificação e explicação de casos bem complexos. É possível pensar sobre as relações de poder/saber que se apresentam ao ter de determinar quadros clínicos específicos para poder estabelecer o atendimento clínico, negociar e garantir um atendimento ao portador de sofrimento mental. Quem pode dizer sobre o que o sujeito tem ou sobre como ele sofre? Nos CERSAMs, é defendido o atendimento horizontalizado, entre equipe e usuário, com práticas não centradas nos atendimentos médicos e medicamentosos.

A Reforma Psiquiátrica tem possibilitado construir novos discursos que vão além do diagnóstico. É claro que o uso de categorias diagnósticas por si só não significa uma contradição com a Reforma Psiquiátrica, porque a luta antimanicomial não objetivou abolir os diagnósticos ou as classificações psiquiátricas. Entretanto, chama atenção o fato de que nas entrevistas são apresentadas categorias diagnósticas como um ponto central e norteador. Interessante ressaltar que, por estarmos pensando as interfaces entre as instâncias clínicas e as instâncias jurídicas, seria possível pensar no quanto o diagnóstico se produz como uma ferramenta de legitimação

das demandas da rede de saúde mental. Ou seja, a classificação psiquiátrica produz efeito para que algumas demandas sejam escutadas e validadas nas instâncias jurídicas, porque se respalda num discurso médico legitimado, fazendo funcionar essas redes de saber/poder. Esta perspectiva também é defendida por Bissoli (1988), Foucault (2010), Barros-Brisset (2011) e Balbão (2016) que realizam uma reflexão crítica sobre o poder exercido pelo conhecimento médico/psiquiátrico no cotidiano dos portadores de sofrimento mental.

CERSAM é um serviço que, além de conduzir o projeto terapêutico dos usuários, ele faz atendimento de urgência, por isso que ele é substitutivo ao hospital principalmente, hospital psiquiátrico. Então a rotina de trabalho envolve acolhimento de urgência e a condução dos casos dos usuários que são inseridos para tratamento no CERSAM. A maioria dos casos são psicose, né, psicoses graves, tem uma ou outra neurose, mas em geral a saúde básica que, que, que tenta sustentar estes casos, no CERSAM a grande maioria, é bem louco mesmo. (Joana, Terapeuta Ocupacional)

Nesse sistema de divisões loucura/razão, imputável/inimputável busca-se identificar as condições da doença mental, enquanto objeto de saber científico, e a validação de práticas de tratamento e cuidado aos ditos “loucos”. De acordo com a fala de Joana ao ressaltar que, “no CERSAM, a grande maioria é bem louco mesmo”, é possível analisar sobre o lugar ainda marginal e sem cidadania que o portador de sofrimento mental ainda apresenta na sociedade.

Nesse ponto, é possível pensar certa contradição, pois mesmo que haja a valorização do cuidado em liberdade e a tentativa de ruptura com as perspectivas médicas e hospitalocêntricas, houve alguns momentos nas entrevistas em que se evidenciou a ênfase nos diagnósticos e nas ações protocolares. Assim podemos pensar: Que ruptura é essa desse sistema? Cabe pensar que lugar ocupa o diagnóstico na interface do serviço de saúde com o sistema jurídico e o sistema prisional? Por que o diagnóstico é tão acionado?

Acho que é... é um F31 – aí ela, depois ela não volta mais, e eu tenho informação dela a partir de uma técnica do PAI-PJ. (Simone, Terapeuta Ocupacional).

Para uma prática clínica em saúde mental que considera e respeita as subjetividades, é importante investir na escuta e no acolhimento, com o objetivo de compreender o mundo que se encontra no outro. Ressalta-se que as políticas públicas de saúde mental passam pela atitude ético-político-cidadã, que está entrelaçada com o que é do sujeito. E um trabalho em rede é importante para que se dê o melhor desenvolvimento para os casos, inclusive para os casos que envolvem as mulheres portadoras de sofrimento mental autoras de atos ilícitos. Ocorre que esse público pode ficar/estar no sistema prisional, o que propõe a necessidade do trabalho em rede

entre os serviços de saúde mental e o sistema prisional, como meio de preservar e realizar a integralidade e a equidade dos atendimentos – o que muitas vezes não é fácil e/ou possível, conforme se constata a partir do que foi relatado nas entrevistas.

A luta antimanicomial tem dentro de seus objetivos a desconstrução dos processos de objetificação e tutela a partir das práticas de cuidado em saúde mental. Nessa lógica, busca-se promover a autonomia dos usuários, para além do diagnóstico. É possível entender que os processos de segregação e tutela dos usuários, sejam pelas famílias e/ou pelos serviços de saúde mental, muitas vezes se estabelecem e se alojam a partir do momento que o diagnóstico é apresentado e a “vida” do portador de sofrimento mental passa a ser norteadada pela "existência" do transtorno mental.

No desenho inicial desta pesquisa, ainda na fase de projeto, a proposta estava concentrada nas práticas dos profissionais de serviços substitutivos para mulheres em Medida de Segurança. Ao longo do período de contato com os CERSAMs e das entrevistas, foi possível compreender que as mulheres que estão em Medida de Segurança são um número bastante reduzido. Além disso, as situações em que se articulam questões de saúde mental, gênero e atos ilícitos não estão restritas ao formato jurídico da Medida de Segurança. O estatuto da inimputabilidade, mesmo que baseado em critérios psiquiátricos é uma decisão jurídica. Alguns casos, mesmo que relacionados com uma portadora de sofrimento mental, não são considerados situações para aplicação de Medida de Segurança. Nesse sentido, foi necessária a ampliação da proposta inicial, pensando essas articulações de questões para além da aplicação da Medida de Segurança.

A prática de atenção e cuidado direcionada às mulheres loucas infratoras apresenta diversas nuances, principalmente pelo fato de haver um verdadeiro mosaico de situações. Faria (2018), salienta acerca de diversas situações que abarcam sobre a construção do estereótipo feminino, envolta a criminalização no Brasil, além de como este estereótipo feminino pode atravessar a vida das mulheres que cometem crimes. Infelizmente encontramos, assim como já apresentado nos referenciais teóricos (Diniz, 2011; Infopen, 2018), mulheres portadoras de sofrimento mental nas instituições carcerárias, com ou sem acompanhamento adequado em saúde mental, mulheres loucas infratoras nos Hospitais Judiciários e mulheres loucas infratoras em Medida de Segurança em sistema ambulatorial, sem o acompanhamento necessário. Todos esses percursos e processos podem levar ao enfraquecimento dos vínculos, à possibilidades de novas crises e até de novos atos criminosos, dada a falta de assistência e os processos de vulnerabilidade social.

Entendemos que, em alguns casos, devido inclusive à falta de prevalência das políticas públicas de saúde em relação às políticas públicas de segurança, possam ser necessários alguns arranjos e até “parcerias” entre os serviços de saúde e o sistema carcerário. Mas é importante ressaltar que esses dois serviços apresentam fundamentos e métodos muito distintos: os serviços de saúde buscam cuidar, o que não é a finalidade do sistema carcerário. Os serviços de saúde buscam o cuidado em liberdade, a inserção social, a autonomia e o empoderamento e a responsabilização. Já os sistemas penitenciários propõem a punição, a perda de liberdade e a segregação. Ressalta-se que os serviços de saúde também atendem pessoas em regime de Medida de Segurança em sistema fechado e chegam a atender pessoas que cumprem penas, mas se trata de um grupo distinto que não iremos adentrar nesta pesquisa, neste momento. A partir dessas diferenciações, seria possível pensar a parceria entre tão distintos serviços?

As práticas, elas seriam mesmo esta questão de, de ter... o que acontece é que às vezes elas são presas e elas não, tanto é que ela ficou este tanto de tempo presa e ela foi trazida uma vez, só para atendimento. Então eu acho o que falta mais é ter essa articulação maior entre o presídio, o manicômio, onde tá, junto com o lugar de tratamento, sabe, então às vezes, é, tem lugares que têm o tratamento né, mas assim a gente, este vínculo é rompido tanto é quando ela chega ela fica agoniada, assim né... não conhece mais ninguém, então eu acho que o vínculo deveria ser mantido pelo menos o mínimo possível, pra que quando a pessoa sai do presídio ela continuar é, sendo reconhecida naquele espaço, tudo para facilitar a reinserção, a volta dela para casa, para a comunidade, né. E também até, né, para facilitar para que ela receba visitas, sabe ter um vínculo maior, com a, o serviço e com a comunidade também. Eu acho que se mantiver estes atendimentos, a gente poderia estar possibilitando uma maior, um atendimento de qualidade, ter um pouco mais de afeto ao lado dele neste espaço, sabe.... (Simone, Terapeuta Ocupacional).

Procuramos aqui refletir sobre o processo de desarticulação e afastamento do usuário portador de sofrimento mental quando é preso e perde o acesso aos cuidados de saúde mental. Seria possível que os técnicos de referência fossem informados sobre a prisão de um usuário, para que esse usuário do serviço de saúde mental tenha acesso ao atendimento e ao acompanhamento específico mesmo dentro do sistema carcerário e/ou em algum outro serviço de saúde mental que trabalhe em conjunto com a RAPS.

Pensando o cuidado em saúde mental como um processo realizado por várias mãos, sendo uma construção diária e constante, pressupõe-se uma materialidade importante no trabalho em rede. Já foi apresentado o quanto o cuidado direcionado às mulheres loucas infratoras apresenta singularidades e desafios. Por esse motivo se faz relevante pensar e analisar a relação entre PAI-PJ e o CERSAM, e se possível outros serviços de saúde mental. Barros-

Brisset (2010), ao apresentar o programa PAI-PJ, dá destaque a atuação do projeto em conjunto com os serviços de saúde mental e a comunidade.

Eu acho que esses casos de sofrimento mental que estão cumprindo medida judicial a gente ainda precisa avançar muito mais neste trabalho interdisciplinar, sabe, a gente precisa de ter um espaço para discutir melhor ... então eu acho que o PAI-PJ, ele possibilita isso, então de vez em quando a gente é chamado para discutir. Mas eu acho que a gente não aproxima tanto, tanto é uma falha nossa quanto uma falha do manicômio, do presídio, de onde a pessoa está, sabe, acho que a gente precisava ter mais espaços de discussão para estar construindo um projeto bacana para a inserção deste, desta pessoa na comunidade. (Simone, Terapeuta Ocupacional).

Eu acho muito importante porque o PAI-PJ, dá uma, dá uma segurança, uma proteção também, as pacientes, elas se sentem seguras, você percebe que elas estão sendo acompanhadas, no caso delas, também na questão jurídica, eu acho fundamental, então.... importante que o PAI-PJ esteja acompanhando. Este caso julgo muito importante o acompanhamento deles assim sabe, sabe não sei mesmo esta parceria com o jurídico, né, com, com para ter este acesso, que eles tenham acesso aos juízes, que eles escutem os casos. (João, Psicólogo).

Os serviços substitutivos em saúde mental se propõem a serem os locais mais indicados para o tratamento das mulheres loucas infratoras, em vez dos serviços judiciais/carcerários, por serem os lugares onde o cuidado à saúde mental prevalece sobre a noção punitiva que a sociedade e os serviços carcerários construíram para lidar com a criminalidade. Os CERSAMs são serviços que não trabalham com a lógica do estigma. Assim como já apresentado nas fundamentações da Linha Guia (Souza, 2006), os CERSAMs trabalham com a lógica do acolhimento, do respeito às singularidades e ao momento pelo qual a usuária está passando.

Os atendimentos prestados nos CERSAMs tendem a ter uma lógica muito distinta dos serviços penitenciários. As duas instituições executam funções distintas: enquanto os CERSAMs buscam realizar o cuidado e o acompanhamento com relação ao sofrimento mental, o sistema carcerário busca a responsabilização/punição e a “ressocialização”. Por apresentarem lógicas e formas de atuação tão diferentes, não é de se estranhar a noção punitivista construída não só pelo sistema carcerário, mas também pela sociedade, para lidar com a loucura e a criminalidade.

aqui a gente tem um manejo diferente, porque a gente tem, sabe de um diagnóstico prévio, a gente sabe cuidar, só que lá (sistema prisional), isso eles não sabem, e às vezes, tem um discursos assim... ah ... porque a fulana finge de doida, pra ter regalias, né, já escutamos isso assim sabe, é... é... de novo eu friso, a abordagem do sistema prisional ela tem que, que ser trabalhada, da forma que eles vão fazer esta abordagem, e, e eu acho que é importante sim, porque estas pessoas estão em um momento de

fragilidade, muitas vezes, num momento de crise, eu acho que muito das vezes, é... é... eles cometem estes delitos, essas infrações, muito das vezes, por, em um momento de crise maior, um momento de fragilidade maior, e eu acho que é importante porque a pessoa já está fragilizada, com aquela crise e aí você não fazer um atendimento de acordo com aquilo que ela tem apresentado. Eu acho que é totalmente impróprio. Inclusive, tem que ter uma conduta específica para elas. (Bertha, Enfermeira).

Na fala de Bertha é possível perceber que, para alguns setores da sociedade, a doença/sofrimento mental pode ser banalizada e até fingida, como meio para se ter “regalias”. Questiono: que regalias existem em ser portador de sofrimento mental na sociedade atual? Que regalias se tem nos processos de desrespeito, exclusão, estigma, preconceito e desvalorização pessoal e social que a loucura acarreta atualmente? Que regalias pode se ter um portador de sofrimento mental em um presidiário? Ainda existe, em nossa sociedade, quem acredite que a loucura pode ser usada como um benefício. O nosso sistema prisional e as nossas políticas públicas de saúde mental estão superlotados e sucateados. E tanto esses tabus quanto o nível de desinformação chamam atenção para a possibilidade de se reproduzirem ideias e práticas segregatórias e de se gerarem processos de subjetivação das mulheres loucas e infratoras.

Como abordado no capítulo “A mulher e a loucura”, socialmente as mulheres foram apresentadas como mais propensas aos sofrimentos mentais, o que acabou gerando certa banalização em relação aos sofrimentos psíquicos femininos, que muitas vezes foram considerados como “frescura”, forma de “chamar a atenção”, “chilique”, entre outros. Cabe salientar que essas representações sociais do sofrimento psíquico das mulheres dificultam o acesso a serviços e cuidados em saúde mental e reproduzem violências nas mulheres, encarceradas ou não. Infelizmente a ideia e/ou ação de menosprezar ou desqualificar o sofrimento das mulheres perdura há anos e só vem à fonte de novos processos de subjugação e de produção de novas formas de sofrimento para elas.

Um ponto que foi apresentado durante as entrevistas e que deve ser ressaltado diz respeito à dificuldade das mulheres loucas infratoras que estão no sistema carcerário de terem acesso aos serviços de saúde mental dos CERSAMs. Segundo os pontos apresentados nas entrevistas, essas dificuldades podem estar ligadas aos processos de subjugação e preconceito quanto a essas mulheres e, inclusive, ao fato de serem mulheres, apresentando um viés de desigualdade em relação às questões de gênero. O preconceito contra a mulher, assim como apresentado por Azevedo (2007), Cheskys (2014), Carvalho (2015) e Carvalho e Mayorga (2017), é um fenômeno social e intersetorial que pode proporcionar consequências clínicas e/ou jurídicas, as mulheres loucas e infratoras.

Seria o acolhimento destas mulheres, o atendimento individual, sabe, é... que eu acho que o que mais falta inclusive, dentro, dentro da cadeia de onde elas estiverem, porque elas não são escutadas, elas não são ouvidas, elas não chegam até o serviço de urgência psiquiátrica, elas não tem chegado.

Karla: E por que você acha que elas não chegam?

Elas não chegam, justamente porque eles menosprezam, eles diminuem o... sofrimento da mulher... (Bertha, Enfermeira).

Observamos que o desprezo pelo sofrimento mental das mulheres também pode ser percebido nos âmbitos institucionais, que negligenciam as demandas específicas. Quando estas têm filhos, muitas vezes o vínculo com esse filho e/ou filhos se perde, o que poderá promover mais episódios tanto de vulnerabilidade social quanto de violência institucional.

Desqualifica o sofrimento da mulher, estereotipado, elas não são escutadas, e aí assim, elas não são acolhidas, não chegam ao serviços, a gente não sabe destes casos, muitas vezes, essas mulheres, como foi o caso da Bianca, saem, vão para o território, cometem novos crimes, né, porque estas mulheres ficam aí loucas, andando, perdem o seus filhos, aí aumenta o sofrimento, porque a maioria, é... que, que, que cumpre medida, ela fica lá, ela tem um afastamento da família, que ninguém importa, o afastamento destes filhos, que ninguém importa, ninguém procura, ninguém quer chamar a família para levar, para ir junto, para fazer uma visita e isso aumenta o sofrimento, muito mais, né, e aí elas não, não melhoram, não procuram atendimento, elas se isolam na maioria das vezes. (Virgínia, Enfermeira).

Para além dos processos de violência já apresentados anteriormente, no âmbito social as mulheres loucas infratoras ainda estão propensas às violências domésticas/conjugais.

Eu acho que é muito importante, eu acho que a gente tem muita mulher sofrendo, presa, que não é acompanhada, que não é atendida, que não é escutada, né, esta questão do olhar preconceituoso, em cima destas mulheres, a gente está em um país onde que é muito machista mesmo, assim, né. O número de mulheres que sofrem agressão, que sofrem em casa, que são portadoras de, de sofrimento mental, sofre uma vida inteira, e aí assim o companheiro não dá remédio, o companheiro seda demais, que soca medicação na boca, ou não dá, ou agride com pancada é muito importante à gente ter inclusive, um programa, voltado para estas mulheres. (Joana, Terapeuta Ocupacional).

De acordo com alguns profissionais, a atenção e o cuidado destinados às mulheres loucas infratoras apresentam algumas singularidades, especificidades e desafios que podem ser considerados como processos de vulnerabilidade. Há questões direcionadas aos conceitos de periculosidade, por exemplo, o medo/insegurança de essas pacientes voltarem a realizar um novo ato criminoso. São demandados, inclusive, protocolos específicos para o atendimento das mulheres loucas infratoras. Claro que isso pode ser visto também como uma forma de dar mais atenção e cuidados, exatamente para se evitarem mais situações de vulnerabilidade e/ou

ocorrência de novos delitos, que poderiam prejudicar a situação das usuárias diante tanto de seu quadro clínico quanto de contextos sociais e jurídicos.

... a coisa é muito sutil, e como ela é muito conhecida, é uma usuária muito difícil de, de cuidar, as crises, são assim, que todo mundo não quer ver em crise, em função da dificuldade mesmo de cuidar dela, neste momento, a maioria. A mudança foi muito sutil no sentido de, “de nossa, o caso dela está ficando mais grave!”. E tá, cada vez mais vulnerável, né... então quando eu conto, assim, oh gente a Ana faltou, é... a Ana faltou e se ela chegar aqui ela pode estar em crise, todo mundo muito atento, por favor, quando acolhê-la, né, e, porque aconteceu isso, isso e isso. Você conta o que acontece, para as pessoas estarem atentas ao acolhimento e não deixarem passar, ali a possibilidade dela estar desestabilizando, e aí, causa uma comoção, assim né, que não é comum, apesar da vulnerabilidade ser basicamente, a mesma e quando conta, que esta vulnerabilidade toda levou ela a um ato que deixou e que deixou ela presa, é um pouco mais..., isso comove com relação ao caso e a gente fica mais atenta, mas é uma mudança acho que sutil, é... não sei. (Joana, Terapeuta Ocupacional).

Há especificidades no cuidado em saúde mental quando a usuária comete um ato ilícito como se essa situação, “louca/infratora”, disparasse um sinal de alerta para a equipe. Mas a partir desse sinal, qual seria a sua função? Cuidar de maneira específica? Evitar novos episódios ilícitos? Proteger a equipe? Proteger a usuária? Proteger a sociedade? Proteger todos?

Nessa parte, é importante destacar que mesmo que os profissionais dos CERSAMs reconheçam e valorizem o cuidado em rede, como já apresentado, os mesmos parecem não sentir a reciprocidade desse reconhecimento a partir de outros serviços de saúde e saúde mental. Foram relatadas a dificuldade de as mulheres loucas infradoras chegarem aos CERSAMs e a quase inexistência de encaminhamento dessas usuárias de outros serviços de saúde e/ou saúde mental para os CERSAMs. O que faz com que esses encaminhamentos não se efetivem? Se não estão sendo encaminhadas aos serviços de saúde, estariam sendo conduzidas para os espaços de segurança pública?

Se essas mulheres estão chegando ao sistema penitenciário, mas não aos serviços de saúde mental, é possível pensar que a loucura estaria/está sendo desqualificada no caso das mulheres? As mulheres loucas e infradoras teriam a sua condição desconsiderada e/ou naturalizada? O que pode gerar essa dificuldade de acesso das mulheres loucas infradoras aos CERSAMs?

Sim, eu acho que tem que ter mudança, inclusive, de protocolos de atendimento, eu acho que a gente precisa construir, algo que não se fala, porque até então estas mulheres não são enxergadas, assim. O único local que eu vejo, que faz este acolhimento, é no CERSAM quando elas estão cumprindo medidas, elas nunca chegam à atenção básica,

difícilmente, só quando a gente referencia e a gente recebe pouca quantidade, como eu te falei, né, comparado com o número de acompanhamento, de atendimento com homens, né, homens é assim, homens é noventa por cento, então a gente precisa criar protocolos de atendimentos para estas mulheres, estudos sobre isso também, porque é a primeira vez que eu estou vendo falar de um estudo voltado para mulheres que cumprem medida, eu não escuto sobre isso, nunca escutei, depois que você me procurou, eu fui procurar, inclusive, sobre isso, não se acha, estudos, então a gente precisa estudar mesmo, para poder alcançar e chegar a estas mulheres, né. (Joana, Terapeuta Ocupacional).

Sobre as práticas de atenção e cuidado em saúde mental, Joana comenta sobre a necessidade de se criarem protocolos de atendimento direcionados às mulheres loucas infratoras. A partir de estudos e protocolos, essas usuárias teriam mais visibilidade e os profissionais teriam mais diretrizes específicas, garantindo o acesso aos serviços de saúde mental e não apenas aos serviços de segurança pública.

Hoje para mim, um dos maiores desafios, é chegarem até estas mulheres, é o acesso até estas mulheres, eu acho que é muito, é muito difícil, assim, tanto elas virem quanto à gente chegar nelas, né, é... o atendimento, é... com a família, também é muito difícil, muitas vezes estas mulheres são excluídas, dependendo do ato, elas são afastadas do núcleo familiar, aqui no CERSAM a gente acompanha o usuário, mas a gente acompanha a família junto para a gente ver se consegue fortalecer este laço. Então é muito difícil, o atendimento com os familiares destes usuários, é... que cumprem, que já cumpriram medidas ou que cumprem medidas. (Virgínia, Enfermeira).

Virgínia, em sua fala, evidencia a dificuldade de acesso às usuárias loucas infratoras nos CERSAMs. Ela complementa, chamando atenção sobre outro ponto que é ainda muito “caro” para as mulheres loucas infratoras, que é a situação de exclusão/apartamento no campo social e familiar. Durante as entrevistas e a visita técnica ao Hospital Psiquiátrico Judiciário Jorge Vaz, foi possível observar que quando as mulheres loucas infratoras cometem algum ato criminoso dentro do âmbito familiar, principalmente atos mais graves como infanticídio e/ou parricídio, torna-se muito alto o índice de exclusão e refração social dessas mulheres loucas infratoras.

Segundo Emerim e Souza (2016), os crimes de parricídio e infanticídio marcam a vida do louco infrator, não apenas com relação ao seu campo pessoal, mas também ao campo social e jurídico, de maneira distinta. A vida do louco infrator “perde” o valor social, sendo os crimes de infanticídio e parricídio considerados “imperdoáveis” socialmente. Ressalta-se que, para os autores (op. cit.), não há uma diferenciação de gênero nos contextos legais, uma vez que para a lei não há divisão de gênero do ato criminoso. Aqui evidenciamos tal referência com relação às mulheres que cometeram parricídio e infanticídio.

Sob o discurso da psiquiatria e a tutela da justiça tem sobrevivido esta figura ambígua: ora doente mental, ora criminoso, “condenada” a um duplo estigma. A vida do louco infrator, submetida à força do poder psiquiátrico, “que pode dizer a verdade da doença pelo saber [poder] que detém sobre ela, e [...] que pode produzir a doença na sua verdade e submetê-la na realidade, pelo poder que a sua vontade exerce sobre o próprio doente” (Foucault, 1997, p. 49), e à inconstitucionalidade da medida de segurança, pode ser comparada à do homo sacer – figura do ordenamento social romano, cuja vida nada valia: qualquer um podia matá-lo e sua morte tampouco servia a sacrifícios religiosos. O homo sacer era uma figura privada de direitos, situada “no cruzamento entre uma matabilidade e uma insacrificabilidade, fora tanto do direito humano quanto daquele divino” (Agamben, 2007, p. 81). E ainda mais forte e desestabilizador que a figura do louco e do criminoso, está aquele que mais que louco, mais que criminoso, cometeu a maior das loucuras, o maior dos crimes: matou pai e/ou mãe. “Ninguém esquece uma coisa dessas”, disse certa vez Pedro (nome fictício), morador de um HCTP, um desses que carrega “parricida” em seus arquivos (laudos, sentenças, avaliações, etc.). (Emerim & Souza, 2016, p.174).

Alguns entrevistados demonstram tanto entender quanto valorizar as práticas do cuidado em rede. Priorizam o tratamento longe dos muros e lógicas manicomiais em relação ao cuidado destinado às mulheres loucas infratoras, inclusive com a cooperação do PAI-PJ, já apresentado e discutido na parte teórica desta pesquisa.

A multiplicidade de serviços e opções que atualmente a cidade de Belo Horizonte apresenta no cuidado direcionado aos loucos infratores também é reconhecida. Em conjunto, o reconhecimento e a valorização do cuidado em rede, em que os laços possam ser mantidos e fortalecidos. Ressalta-se que, para o cuidado dos portadores de sofrimento mental, o fortalecimento dos vínculos e o trabalho em rede em conjunto com serviços de saúde e saúde mental tornam-se fundamentais. Bem como referenciado por Penido (2005), ao retratar as concepções do acompanhamento e tratamento em saúde mental dos CERSAMs, a partir das demandas de cada usuário.

Eu acho que, na parte teórica, é envolver sistema de rede, né, assim, envolver a rede como um todo, Belo Horizonte tem a vantagem da gente trabalhar com o PAI-PJ, os casos que eu trabalhei com o PAI-PJ é, eu tive né, muito sucesso, é... eu falei lá em cima, agora que eu falei do PAI-PJ, que eu lembrei que eu atendi um homem, eu atendo um homem que é acompanhado pelo PAI-PJ, ele cometeu delito, mas enfim, é... de, de teórico é isso. Você conseguir envolver uma rede, você conseguir aumentar os laços. Mas na prática o que eu observo no caso, dela e nos casos que chegam detidos quando eu estou de plantão, por exemplo, chegam da cadeia, o acolhimento faz toda a diferença, né, assim o atendimento, é... é, eu não gosto de falar humanizado, porque, eu não gosto desta palavra, desta definição, mas assim o atendimento de igual para igual, independente do delito que cometeu. (Joana, Terapeuta Ocupacional).

Ao pensarmos sobre o cuidado em rede, no caso de mulheres loucas infratoras a rede pode envolver, inclusive, a equipe do sistema prisional. Como já discutido, essas duas instituições apresentam lógicas muito distintas.

Às vezes a gente consegue fazer isso, na maioria dos casos eu tive sucesso, por exemplo, eles chegam lá com aquela roupa laranja, não foi o caso da Ana não né, que ela já tinha sido solta. Chegam algemados, às vezes ficam esperando na recepção, eu acho que faz toda a diferença você pedir, para eles irem para um lugar mais reservado muitas vezes e eles, ficam com a cabeça abaixada eles ficam, dá um semblante de vergonha mesmo, né, de estar ali tão exposto junto de outros usuários que muitas vezes eles conhecem né, que foram amigos assim agora, chegam com aquela situação. No atendimento, atender sem algema, né, assim, nem sempre é possível, negociar isso, com quem conduz, né, com os policiais, alguns são mais rígidos, já tive problemas, do policial já querer estar dentro da sala, não faz o menor sentido, né. E aí, tenta, não vou atender, né, não é ético, não é assim e tal, então várias confusões a gente já teve, é... .Eu acho que é isso, o acolhimento a estas pessoas é muito importante, faz diferença no como eles se sentem cuidados, porque o que eles relatam é um descuido total e completo do lugar que eles estão, já é difícil na vida, na rua, na família, em casa, na prisão então o tratamento é bem.... (Joana, Terapeuta Ocupacional).

Como é possível pensar em Reforma Psiquiátrica e na luta antimanicomial atendendo uma usuária algemada dentro de um serviço que tem como norteamento o cuidado em liberdade? A representação física das algemas passa a ideia de punição, a ideia do controle, da imposição da relação hierárquica entre os agentes penitenciários e as usuárias. Que lógica vigora na imposição de algemas dentro de um serviço de atenção e cuidado em saúde e saúde mental?

Nos atendimentos a essas usuárias, os profissionais da saúde relatam que precisam negociar ou criar estratégias dentro do próprio serviço de saúde mental com relação à postura e/ou conduta dos profissionais do sistema carcerário. Os profissionais do sistema carcerário, treinados para neutralizar qualquer risco ou perigo, contrapõem-se a alguns procedimentos dos serviços de saúde mental que visam o cuidado e o acolhimento. Dentre essas diferenças, é possível identificar a insistência em permanecer dentro do consultório enquanto o paciente é atendido e medicalizado, até mesmo querendo manter o paciente algemado durante um atendimento de saúde.

Como dito por Joana, é possível perceber que as mulheres loucas infratoras carregam marcas visíveis a partir da distinção do uniforme laranja de unidade prisional, da presença e da insistência em se manterem as algemas, mesmo quando em atendimentos clínicos, e também do atendimento sob vigilância e da obrigatoriedade da usuária permanecer com a cabeça abaixada mesmo fora da instituição penitenciária e dentro de uma unidade de saúde. O processo

de estigma e de punição do sistema prisional vai além dos seus muros, disciplinando a vida das usuárias, determinando o que se pode e o que não se pode fazer inclusive fora da penitenciária.

Os profissionais relatam que os cuidados em saúde mental das mulheres loucas infratoras vão além do campo operacional e clínico, demandando inclusive que os profissionais estejam atentos às questões jurídicas envolvidas, trabalhando com a orientação e a educação quanto aos seus direitos. É possível pensar esse relato como uma ampliação da rede de articulação da saúde mental que dá conta das especificidades dessas mulheres. Entretanto, coloca-nos a pensar nos limites e nas dificuldades dessa rede ampliada. Os encaminhamentos a outros serviços para além dos CERSAMs, como o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e, principalmente, o PAI-PJ, por exemplo, e o processo de educação em saúde e cidadania também se tornam fundamentais como manejo para possibilitar tanto mais assistência quanto mais acesso aos direitos, a partir de processos de geração de autonomia e cidadania.

Sim, eu acho que acompanhar bem de perto o processo judicial, né, não é só escuta, para que ela possa falar sobre aquilo, é acompanhar mesmo, orientar, saber se, se tá sendo assistida por um advogado, se não está, se precisa da defensoria, se sabe onde é a defensoria Então ajudar a conduzir um pouco, este processo, porque na maioria das vezes, ela não tem nem conhecimento de quais são os direitos delas. Acho isso importante, deixar claro quais são os direitos deles, destas pessoas né. Quando necessário à articulação com o PAI-PJ daqui de BH. Eu acho que ela é essencial, porque eles são parceiros né, na condução destes casos, é... isso... né... Pensando na minha experiência, é por aí. É claro que a gente ouve outras experiências, insere em grupos, é... mas aí vai de caso a caso. (Joana, Terapeuta Ocupacional).

Outro ponto que foi ressaltado no referencial teórico desta pesquisa tem relação com a importância do fortalecimento do vínculo com os membros familiares enquanto estratégia no acompanhamento e no cuidado em saúde mental das portadoras de sofrimento mental autoras de delitos. Destacam-se aqui as referências da Secretária de Coordenação das políticas sociais (2003), Ministério da Saúde (2004) (2005) e da Souza (2006). Essa questão é dificultada quando essas usuárias cumprem Medida de Segurança distante do seu local de residência e/ou longe dos familiares, podendo prejudicar a sua saúde mental e torná-las mais vulneráveis.

Ela tem um ótimo vínculo com este irmão, mas ele não tem condição nenhuma, para ele fazer visita lá em Barbacena. Ele não foi nenhuma vez, eles não encontraram nenhuma vez, sabe. Então, rompe tudo né, um rompimento muito brusco de todos os laços que a pessoa tem. (Simone, Terapeuta Ocupacional).

Simone fala da distância e da falta de condição financeira como fatores que geram a falta de acesso dos familiares às loucas infratoras. Esse ponto também foi discutido e referenciado como condição, infelizmente, “comum” de mulheres em situação de privação de liberdade, e também pode ser motivo para a fragilidade dos laços sociais e dos processos de vulnerabilidade social.

Dentre os casos narrados pelos profissionais, a história de uma mulher atendida no CERSAM ganha visibilidade e nos possibilita pensar em alguns atravessamentos presentes na sua trajetória. O caso é narrado por Joana e refere-se a uma mulher que vai responder por um ato de pequena gravidade, talvez até irrelevante juridicamente. Assim como apresentado no referencial teórico, a maioria dos atos considerados crimes cometidos pelos portadores de sofrimento mental é de “menor gravidade”.

O delito dela foi roubar no supermercado X, uma caixa de leite e Danoninho. E aí ela pegou as sacolinhas na entrada, na, no corredor ela colocou as coisas dela dentro da sacolinha e saiu como se ela tivesse pagado. Viram pela câmera, né, e aí, barraram ela na saída e conduziram ela, ela estava inclusive com o filho inclusive e isso foi bem tenso assim, é... porque este filho de certa forma, sustenta ela um tanto como, de uma certa forma estabilizada, e o principal medo nosso e dela, é que ela não consiga continuar cuidando deste filho, então este é o maior risco agora, assim, dela responder a isso, estando com o filho. (Joana, Terapeuta Ocupacional).

Aqui vemos outra questão social que pode permear as mulheres loucas infratoras, a maternidade. Nesse discurso, a mulher tenta roubar leite e Danoninho para dar para o filho, mas a sua ação, em vez de ser compreendida como um ato de cuidado com a criança é entendida como um ato de periculosidade, que, inclusive, põe em risco a possibilidade de a mãe permanecer com a criança. Infelizmente, a loucura carrega consigo, de forma naturalizada, o peso da periculosidade. Como se a loucura rompesse com todos os parâmetros, ultrapassasse todas as barreiras.

Na fala de Joana é possível perceber o medo e a preocupação, tanto da equipe quanto da mãe, pela possibilidade da perda da guarda do filho. Uma situação que provavelmente pode desencadear mais sofrimento mental para essa usuária e mais processos de vulnerabilidade social. Assim, a loucura entendida como desrazão e descontrole faz com que os portadores de sofrimento mental sejam vistos como pessoas perigosas incapacitadas ou perigosas em potencial. De acordo com Junior (2013),

a descoberta da verdade do louco como doente mental não pode vencer a angústia trazida pela certeza de que se no louco é a razão que permanece adormecida, pronta a retomar

as rédeas sobre o sujeito insano, no sujeito razoável, no sujeito sob o domínio da razão, a loucura não deixa de espreitar, não deixa de se fazer presente como uma ameaça constante, como um devir perigoso e incontrolável. (Junior, 2013, p. 95).

Tal articulação entre a loucura e a periculosidade torna-se mais evidente no caso da realização de um ato ilícito. Firmino (1986), Baratta (2002), Antunes (2003), Barros-Brisset (2011), Cohen (2013), dentre outros autores, já referenciados, apontam reflexões sobre a genealogia da periculosidade, amalgamada a loucura e seus desdobramentos. Na maioria das entrevistas, os próprios profissionais relatam a percepção e a compreensão de que existe uma mudança na representação social dos portadores de sofrimento mental após o delito.

Pelo saber da Psiquiatria e também do Direito Penal, criava-se o conceito de “periculosidade”, que vigerá até os dias de hoje, mais de dois séculos depois. Perigosos seriam aqueles, que pudessem colocar em xeque a segurança, que atentasse contra a moral e os “bons costumes”. Cumpriria duplo papel de rotulação da periculosidade: imantaria a necessidade “de tratamento” e também contemplaria a necessidade de sanção penal, via exclusão. (Mattos, 2006, p. 18.).

Um aspecto marcante, a partir do discurso, é de que maneira a periculosidade atravessa as práticas de saúde mental e a vida das usuárias, mesmo que não seja um conceito assumido pelo profissional. Como esses profissionais têm de lidar com essas questões que podem se apresentar?

Outro panorama que se torna desafiador na atenção e no cuidado às mulheres loucas infratoras é como essas mulheres são tratadas fora dos CERSAMs. Se nos serviços de saúde mental há todo um preparo, respeito e cuidado com relação à subjetividade das usuárias loucas infratoras, em outros locais, como no sistema carcerário, esse cuidado parece não ser mantido. Processos de violência são reproduzidos, o que pode provocar um agravamento no quadro clínico das pacientes e gerar sofrimentos e angústias. Assim como as lógicas são distintas entre os serviços de saúde e o sistema judiciário, as práticas destes também se diferenciam. O cotidiano dessas mulheres, assim como apresentado na parte teórica desta pesquisa, já é permeado por violências e violação de direitos. Quando elas são encaminhadas a serviços de segurança pública, essas violências podem ser reafirmadas. No relato a seguir é possível perceber esse discurso.

O que ela relata com muita frequência, que pode ter sido, no caso de desestabilização, foi o modo como ela foi tratada, lá dentro (penitenciária). Ela repete muito disso, é... fala muito disso, que eles são tratados, que ela foi muito mal tratada, que todos são mal tratados, que são muitas mulheres, que as mulheres lá não se ajudam, é... é... que ela

falou, que ela tinha sofrimento mental, que ela era bipolar. “Eu falei que eu era bipolar, mas isso não faz diferença nenhuma para ninguém se você é doente, se você não é doente” é... enfim, ela ficou sem medicação, neste tempo, tem uma outra situação, como ela é extremamente vulnerável, ela não está recebendo nenhum benefício, está com um processo no INSS, em função da incapacidade para o trabalho mesmo, já há algum tempo é.... Ela fala que, quando ela estava na delegacia, que ela pediu muito para não ficharem ela, por causa da guarda do filho, do Matheus. Aí que eles falaram, que se ela pagasse mil reais, que eles, que aí eles poderiam não fichar, que era tipo uma multa, e aí ela falou, assim, “eu tava roubando leite, eu não tenho mil reais”, “aí então não tem o que fazer por você”, aí ela foi detida e fichada. E isso mexeu muito com ela, este medo de perder o filho também, é... o tratamento que ela recebeu, e o medo de perder o filho, que ela recebeu lá dentro, a forma como que ela foi tratada e o medo de perder o filho, foi bastante intenso, isso mexeu muito com ela. (Joana, Terapeuta Ocupacional).

Para além da violência contra os direitos humanos, quando a usuária é presa há também um episódio de corrupção, no momento em que policiais pedem mil reais para não fichá-la. Ressalta-se que a usuária foi presa porque estava tentando “roubar” leite e Danoninho para dar ao filho. Segundo relato da profissional, a usuária permanece com o efeito desse episódio de violência, mesmo depois da prisão. Outro ponto é a violência que a usuária relata quando foi presa, mesmo após avisar ser portadora de sofrimento mental. Durante o período que estava presa, ficou sem o uso de medicação prescrita e também sem qualquer acompanhamento e/ou tratamento com relação a saúde mental (sic). Todos esses fatores poderiam potencializar a vulnerabilidade psíquica e social da usuária. Gonçalves, Coelho e Vilas Boas (2017) nos relatam:

Os espaços públicos que objetivam manter em privação de liberdade pessoas que cometeram crimes são conhecidos no senso comum como lugares frios, cruéis, violentos. Tais construções sociais acerca desses espaços são muitas vezes naturalizadas, e considera-se que de fato deveriam ser assim, pois os que ali estão não deveriam ter melhor tratamento. Privar a liberdade em situações que não permitam a reabilitação é também uma privação de vida. Nestes lugares, seres humanos passam anos em cumprimento de pena, muitas vezes em condições desproporcionais ao delito cometido. Já se comprovou que, nestas condições inadequadas, é impossível a recuperação, podendo se ampliar o potencial criminoso. (Gonçalves, Coelho, & Vilas Boas, 2017, p. 57).

Del Priori (2006) relata sobre o espaço ao qual foi designada a mulher no campo do privado e no campo do cuidar. A mulher, quando apresenta agressividade e/ou realiza atos ilícitos, realiza a ruptura desses paradigmas, gerando muitas vezes estranhamento a essa lógica social (Franca Basaglia, 1985).

Eu acho muito desafiador, o cuidado com a família, assim, é... não é o cuidado com a família, é o cuidado da família com a usuária, essa coisa... eu acho que... não sei se passa pelo machismo, só assim ou se é esta a classificação que eu deviria dar, mas esta coisa, de que, é... é... uma mulher, “isso não é coisa que mulher faça!”, isto eu ouvi da mãe dela por exemplo. “Ela não precisa disso”, a mãe falando, “ela não precisa disso”, né, é... e assim, ela não precisa, é muito de um julgamento, próprio, né, se ela precisa ou não é ela quem sabe e quando ela fala assim, “eu roubei Danoninho, porque o Matheus, fica me pedindo e eu só estou tendo cesta básica em casa, a gente está comento arroz, feijão e macarrão, e o Matheus pede muito, porque ele tinha sempre”. Quando ela era casada com o pai do Matheus e tudo, “ele tinha tudo que ele queria, agora ele fica pedindo e eu não tenho como dar”, “eu fui lá roubar”... então ela precisava, né, tinha toda uma explicação plausível ali, porque que ela foi roubar um Danoninho, é... e... fazer com que a mãe entenda, este julgamento moral mesmo... às vezes... é bem complicado. É... eu acho que a família é um desafio, e o cuidado, com este usuário, pensando nela, fazer com que ela se sinta mesmo, eu acho que o acolhimento talvez uma das palavras mais importantes no nosso serviço, assim, uma das, uma das atenções mais importantes assim, de que o usuário se sinta realmente é... querido, né, que ele se sinta, é... é... importante para nós, que nós estamos ali para ajudar independente do que ele fez, se ele surtou, se ele cometeu um crime, num, num, isso, não é isso que realmente mais importa, é que ele se sinta bem, e sofra menos possível, dentro da condição dele, né.” (Joana, Terapeuta Ocupacional).

A partir do trecho “isso não é coisa que mulher faça”, dito por Joana, resgatando a fala da mãe da usuária, é possível analisar o discurso normativo e moralizante que ainda permeia as mulheres. O “olhar” sobre as mulheres permanece marcando ações restritivas e preconceituosas.

Outro ponto é em relação à condição financeira e à maternidade. “Eu roubei Danoninho, porque o Matheus fica me pedindo e eu só estou tendo cesta básica em casa, a gente está comento arroz, feijão e macarrão, e o Matheus pede muito, porque ele tinha sempre”. Nesse trecho, os dois marcadores sociais, maternidade e pobreza, apresentam-se como uma realidade. Realidade esta que pode gerar processos de vulnerabilidade social. Ressalta-se que, na entrevista, Joana relata que a usuária não tinha acesso a renda fixa, vivendo de “doações” com o filho após a separação.

A periculosidade se apresenta como um marcador social na vida das mulheres loucas infratoras, indo, além dos contextos médicos e jurídicos, também para os contextos sociais e culturais. Bem como apresentado por Barros-Brisset (2011) e Yarochevsky e Coelho (2013) em suas discussões e pontuações, que criticam o conceito de periculosidade, como resposta a perspectivas moralizantes e com função de controle social.

Porque, é sempre visto, o, a, o é sempre visto o dito louco como uma pessoa que não tem, não tem, não tem muito digamos assim, não tem um freio, né, e aí a partir do

momento que ele comete um crime, quer dizer, o doido que pode fazer qualquer coisa assim, né! Porque ele ultrapassou aquilo ali né, que a gente coloca como algo, que, que então eu vejo tanto a partir das pessoas que estão em volta mesmo, né, falando ali, a fulana é doida mesmo, rouba mesmo, faz isso mesmo, e aí vem inclusive, ah... esta pessoa ela não sabe o que ela está fazendo não... esta pessoa ela é doida, e tal. Então assim a gente vê que tem umas percepções, assim, claro que atendi pessoas que estavam privadas de liberdade, que estavam em outra situação, que não dentro de um serviço de urgência psiquiátrico né, mas, mas eu percebo que tem algo a mais, inclusive de outros usuários também que fazem comentário, da equipe do sistema prisional, que ficou um pouco mais presente porque sabe que aquele cara, aquela mulher tem um diagnóstico prévio, né. Então vem como uma pessoa que não tem limite não, uma pessoa que pode atuar em qualquer momento, sabe. (Bertha, Enfermeira).

Como apresentado por Bertha, a periculosidade ainda tem sido considerada como um fator de descontrole, uma capacidade de fazer tudo e a qualquer momento. A sociedade atribui o estigma da periculosidade sobre os portadores de sofrimento mental.

Eu não acho que elas são mais perigosas, mas pela sociedade existe um grande preconceito com o né, não só com mulher, com o portador de sofrimento mental. Eles acham que tem um maior índice, porque quando acontece é... um evento assim de violência, de alguma coisa eles dão, ah saem nos noticiários bem... falando, enfatizando esta questão do sofrimento mental, mas a violência não é só do portador, né, não acontece só nestes casos. Então a gente vê que são pessoas que não têm nenhum tipo de diagnóstico mas estão envolvidas em casos de violência, né. Aí eu acho que existe um grande preconceito ligado a isso. (Simone, Terapeuta Ocupacional).

É preciso destacar que, mesmo que o profissional não considere a mulher louca infratora mais perigosa do que a mulher louca ou a mulher considerada não louca, ele (o profissional) vai precisar lidar com esse fato de as mulheres loucas infradoras estarem associadas à periculosidade. Quando percebemos isso? Quando o profissional precisa negociar a retirada da algema dentro do serviço de saúde mental, quando tem de negociar a aplicação de um medicamento, em um espaço ou outro, estando dentro do serviço. Mesmo os profissionais que não compartilham da lógica do perigo das mulheres loucas infradoras precisam negociar, seja com os profissionais do sistema carcerário ou, até mesmo, com o próprio grupo familiar dessa mulher louca infratora, com relação a esse estigma da periculosidade. Nessa negociação, romper com a lógica do perigo seria também assumir o “risco” da retirada da algema.

Eu acho que com todos em geral, mas com elas especificamente, que, que têm um diagnóstico prévio, que ah... é a doida né... a é a... não podemos dar brecha, ela é doida, ela pode fazer qualquer coisa, ela pode querer matar uma pessoa aqui dentro e tal, e... e a gente via este momento de fragilidade maior que ela precisa de uma acolhida mais assim né, uma acolhida um pouco mais digamos assim, mais humanizada, é um, uma

simples retirada de algema, né? Que é aquela coisa assim você chegar ali, olha pro chão, você não pode olhar para as pessoas, vai olhando para o chão, algemada, nem isso, sabe, eles tinham esta possibilidade, por conta deles avaliarem uma certa periculosidade, não sei se maior, não sei se é com todos assim, porque o público que, que a paciente que eu atendi, tem este diagnóstico, então é algo que é bem, bem assim tocante, sabe. (Bertha, Enfermeira).

O debate dos princípios de liberdade e autonomia na saúde mental, no contexto das práticas direcionadas às loucas infratoras, não se limita apenas à própria mulher em atendimento, mas se amplia para o debate da liberdade e da autonomia das próprias práticas de atendimento e das possibilidades de escolha de cada profissional. Bertha relata não sentir autonomia para tomar decisões em relação aos procedimentos. Há limitação de práticas de cuidados em saúde mental por conta da equipe prisional.

Então Karla, é... destas condutas assim, eu posso te dizer que a gente não tem muita liberdade para poder definir condutas não é tudo muito bem estruturado, eles trazem algo e eles não deixam a gente é, ultrapassar aquilo, que eles, eles...

Karla: Quando você fala eles, seria...

Eles a equipe do sistema prisional, aí é... assim, é, a equipe do sistema prisional. Eles já vêm, já com uma estrutura, e com uma conduta já dita para nós. “Você vai atender lá”, “você vai atender lá de porta aberta”, “nós não vamos tirar as algemas”, é... “depois do seu atendimento você precisa liberar o medicamento que eu vou levar ela embora”. É... inclusive nestas aplicações de medicação injetável que a gente tem que ter um certo cuidado porque é perfuro cortante, eu teria que ter um ambiente mais propício para isso, que neste caso seria o posto de enfermagem, que eu tenho um aparato todo para eu fazer a manipulação disto. Nem isso eles autorizavam, sabe. Eu tinha que pegar todo o meu material e levar para dentro do consultório e fazer a aplicação lá. Porque eles não gostavam de transitar com a usuária dentro do espaço do nosso serviço, isso a equipe do sistema prisional não gostava de transitar com ela, né. Então assim é... as minhas condutas com esta usuária eram de minimamente garantir só, um atendimento, e uma liberação de medicação para ela tentando minimizar assim uma crise maior, sabe, é... sei que o ponto de escuta e de trabalhar outras questões até mesmo de ver, ela que estava em privação de liberdade, de trabalhar outras questões, para quando ela tivesse, é... retornando, né, para ver como que seria esta expectativa, olhar outras questões para além disso, não foi possível, sabe. Inclusive estes atendimentos, teve momento que, é... e que eles não tinham disponibilidade, aí eles não se preocupavam com assim, é... eu falo gente “é importante, ela tem que vir hoje”... “ela está no dia de tomar o medicamento”... “não a gente não tem a disponibilidade”, “tenta ver outra data”, e era assim sabe, era muito de acordo com...” (Bertha, Enfermeira).

Bertha relata a dificuldade que enfrenta no cotidiano por não ter autonomia para a realização de sua prática profissional dentro do serviço de saúde mental, quando em articulação com as políticas de segurança pública. Importante articular esse incômodo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, da luta antimanicomial e da autonomia do profissional no processo de

cuidar de um paciente dentro de uma instituição de saúde. O que justifica uma mulher portadora de sofrimento mental permanecer algemada, ao receber atendimento/acompanhamento de um profissional da saúde, dentro de um serviço de saúde mental, que tem como princípio o cuidado em liberdade?

Esse relato nos apresenta um paradoxo interessante com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, que defende o cuidado em liberdade, a autonomia dos usuários e também dos profissionais, como é o caso de Bertha. Mesmo sendo uma profissional atuando dentro de um serviço que valoriza o cuidado em liberdade, a profissional não pode decidir sobre a conduta de uma paciente. Considerando esses impedimentos, é possível problematizar sobre qual autonomia os profissionais de saúde mental estão tendo diante dos atendimentos às mulheres loucas infratoras.

Com esses atravessamentos de vigilância e controle, quais são as implicações para os atendimentos direcionados às loucas infratoras?

“Então assim é... as minhas condutas com esta usuária eram de minimamente garantir só, um atendimento, e uma liberação de medicação para ela tentando minimizar assim uma crise maior, sabe, é... sei que o ponto de escuta e de trabalhar outras questões até mesmo de ver, ela que estava em privação de liberdade, de trabalhar outras questões, para quando ela tivesse, é... retornando, né, para ver como que seria esta expectativa, olhar outras questões para além disso, não foi possível, sabe”. (Berta – enfermeira)

A profissional era limitada, no atendimento, a apenas administrar a medicação. Podemos pensar/compreender que mesmo dentro dos CERSAMs, os profissionais de saúde tem de “uma certa forma” seus serviços controlados/monitorados e até subjugados pelos profissionais do sistema carcerário, que buscam gerar controle, punição e autoridade mesmo fora dos muros da penitenciária.

Olha tem como, eu vou atender ela, mas assim eles queriam porta aberta, né, aí eu falo olha a gente tem que preservar um pouco o paciente, o que que ela vai me trazer, tem como você tirar a algema? Não, não tem como não, tem que ficar do lado dela, posso fechar a porta? mas eu tenho que ficar aqui dentro, eu não posso deixar ela sozinha com você, sabe. Como se fosse, uma coisa de outro mundo assim, sabe.... (Bertha, Enfermeira).

Esses intercursos nos atendimentos direcionados às loucas infratoras nos conduzem a pensar sobre os estigmas e os preconceitos que ainda engendram o cotidiano dessas mulheres e as práticas de atenção e cuidado direcionadas a elas. Essa narrativa – enunciado que serve também de subtítulo desta dissertação – parece expor as contradições das práticas direcionadas

às loucas infratoras: “*Tem como você tirar a algema?*”. Tal narrativa nos possibilita pensar que os debates em relação à saúde mental parecem encontrar um limite ou dilema quando as questões de saúde mental se aproximam das questões que envolvem atos considerados crimes. O modo como historicamente lidamos com quem pratica atos considerados crimes não foi colocado em questão de maneira tão aprofundada quanto aos modos de lidar com os sujeitos loucos, mantendo-se, no caso de quem pratica algum crime, as práticas de controle e punição tão fortemente combatidas na Reforma Psiquiátrica. É possível perceber que, quando há a integração dos cuidados de saúde mental com o sistema carcerário/penitenciário, as ideias de controle e punição sobre as pessoas/usuários dos serviços de saúde mental acabam, infelizmente, por se sobreporem às ideias e às práticas de atenção e cuidado. Pior do que isso, as práticas de controle dos corpos (e não apenas pelo uso das algemas, mas por outras formas) acabam por se sobreporem também a princípios humanitários e éticos. Dessa forma, o comprometimento do tratamento pode se tornar evidente. Como esperar que o paciente apresente suas demandas, se expresse, se comunique, estabeleça vínculo terapêutico com o técnico de saúde mental, dentro dos CERSAMs, se até no ambiente de cuidado em saúde mental há a presença dos agentes penitenciários, tirando a privacidade e o sigilo do acompanhamento e exercendo poder e vigilância sobre o usuário que ainda se encontra algemado? Nesse ponto, é possível pensar que ideias de controle prevalecem sobre a vida dos portadores de sofrimento mental autores de atos ilícitos?

Uma questão que deve ser pensada com relação ao conceito da periculosidade é o modo como esse conceito produz e é produzido por uma cultura do medo. Venturini, De Mattos e Oliveira (2016) descrevem sobre os estigmas da periculosidade e suas repercussões e sequelas nos loucos e loucas infratores. É importante refletirmos sobre a cultura que engendra o medo na população com relação aos portadores de sofrimento mental, gerando mais processos de vulnerabilidade social e violação de direitos humanos. E sobre a ideia de que o louco, ao ser encarcerado, possa gerar uma imagem de segurança.

Mas de todo jeito, quando a coisa se inflama mais, quando a coisa tem uma certa fragmentação no discurso, a gente tem, já é assustador pelo não saber, a gente não entende o que aquilo e só por isso já dá mais medo, e se a pessoa ainda por cima a pessoa ainda tem um histórico né, né, de já ter cometido atos infracionais, homicídios, ou de já ter violentado outras pessoas, sem dúvida nenhuma isto já leva as outras pessoas, mais medo né”... “E é curioso, porque esta questão do medo é inclusive, reforça a marginalização, né, você se por um lado quer produzir vínculo, reinserir, é justamente os nossos preceitos precisam ser revistos, porque são eles justamente o que provoca a psicose, o que incita a psicose, né, que é a marginalização. (Pedro, Médico).

De uma forma geral, o louco ainda é considerado mais perigoso... então eu acho que faz diferença, o fato de ser mulher, mas, é... em relação aos homens até mesmo em minha opinião. Mas em relação a ser doido, as pessoas no senso comum, assim, né, os leigos, já ficam com o pé atrás. (Joana, Terapeuta Ocupacional)

Não, não acho, mais perigosa por isso não, é... enquanto profissional, mas eu entendo que externamente as pessoas venham a achar que sim, inclusive a família, diante das experiências eu observo mais nas residências terapêuticas, sabe, às vezes a família não acolheu, não se aproximar, não visitar, e achar que pode acontecer de novo e ficar com medo, mas eu não acho que é mais ou menos perigosa, assim, eu não considero. (Clarisse, Psicóloga).

Uma perspectiva muito significativa observada durante as entrevistas foi a de cuidado em liberdade e valorização do empoderamento/autonomia do paciente portador de sofrimento mental, que faz parte da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. É possível perceber que o cuidado em liberdade e o empoderamento dos usuários, a partir dos serviços substitutivos, integram o projeto de valorização dos portadores de sofrimento mental, indo na contramão da prática da psiquiatria clássica e hospitalocêntrica. O cuidado em liberdade e o empoderamento são formas de horizontalizar as relações entre usuários e profissionais. Assim como defendido por Lobosque (1997), Nilo (et.al) (2008), Vianna e Diniz (2014), a cidadania e reconhecimento das subjetividades seriam meios de produção de autonomia, empoderamento e cuidado em liberdade dos usuários dos serviços de saúde mental.

É o empoderamento que a gente dá para os usuários nos dias de hoje e o trabalho que a gente, faz com famílias, a gente faz muito atendimento com família aqui, para quebrar um pouco aquele estigma que a família vem com as demandas. Ah... porque eu preciso de curatela ele, ah... ele mas ele não dá conta de nada, ah... mas ele é doido. E assim, muito, fixam muito naquele período de crise e não conseguem ver para além daquele momento, que as pessoas produzem muito, que elas têm grandes capacidades, né, o que eu acho que é mais interessante da reforma é isso este empoderamento que dá ao paciente e a gente trabalha isso dentro da unidade para dar força para ele mesmo, para ele exigir os direitos, para ele se, se mostrar enquanto cidadão aqui nesta sociedade, que muitas vezes vê eles assim como, os excluídos, você não podia nem estar vivendo em meio a nós sabe. Eu acho que isso é o mais interessante, assim, mas é um esforço muito grande, um esforço diário, assim para a gente dar conta, tem vez que dá certo, tem vez que não dá, mas assim, é um trabalho do dia a dia mesmo, é isso que eu acho mais interessante na reforma. (Bertha, Enfermeira).

A partir dessa fala de Bertha, é possível pensarmos sobre outro dilema. Ao mesmo tempo em que, na lógica dos serviços de saúde mental, o empoderamento dos usuários deve ser reconhecido e incentivado, temos também a situação das demandas de alguns familiares que querem “tutelar” esses usuários.

É inegável que profissionais e usuários estão em posições de poder bem diferentes e, no caso da especificidade desse trabalho, ou seja, na interface com as instâncias jurídicas a que são submetidas às usuárias, essas posições se tornam ainda mais cristalizadas.

Há paradoxos entre as lógicas do sistema carcerário e das questões familiares e sociais e as lógicas da autonomia/empoderamento e da defesa das relações horizontalizadas entre profissionais e usuários no contexto dos serviços de saúde.

Quais seriam as possibilidades e os limites que também podem ocorrer na relação entre os profissionais da saúde mental e os usuários, se são os profissionais que têm a prerrogativa de produzir um documento referendando ou não uma curatela ou um procedimento em específico. Poderíamos pensar que o próprio fato de reconhecer a desigualdade também seria assumir o compromisso da sua prática?

O que se mostra como específico e igualmente desafiador na saúde mental é a perspectiva transdisciplinar, em conjunto com as relações multiprofissionais e todo o arcabouço que perpassa o indivíduo (sua saúde, qualidade de vida, bem-estar e pensar), a sociedade e a lei. Um aspecto importante a se considerar, assim como já apresentado a partir do Censo (Diniz, 2011), é a situação muitas vezes de abandono, morosidade e carência na qual os portadores de sofrimento mental se encontram pela via da justiça. Pelo que é possível observar, os processos de invisibilidade social também permeiam os loucos infratores a partir das questões direcionadas com a justiça. O que pode ser confirmado a partir deste discurso:

Eu tenho informação dela a partir de uma técnica do PAI-PJ, uma psicóloga, chamada Rosa, que fala que ela iria ser, que ela já tinha cumprido o tempo da medida dela e que ela iria ser liberada. Só que o primeiro contato da Rosa, foi em fevereiro de 2019, e ela foi liberada em, e ela foi liberada em outubro, então assim demorou muito assim para ela ser liberada quer dizer, assim ela já tinha cumprido um tempo, infelizmente a justiça no Brasil, parece que é muito morosa assim especialmente com os portadores de sofrimento mental é mais morosa ainda... (Simone, Terapeuta Ocupacional).

Em outra entrevista, as dificuldades que se apresentam com usuários da saúde mental estão no sistema carcerário, e não em instituições de saúde. Trata-se da negligência com relação à administração da medicação. É impactante perceber, a partir do relato, que a ação de negligência com a medicação das usuárias, inclusive em relação à falta de acesso das mulheres à sua medicação, mesmo ela sendo fornecida pelos serviços de saúde, não parece ser uma situação isolada. Os desafios e dificuldades aqui explanados se conectam com os estudos de Gonçalves, Coelho e Vilas Boas (2107), ao discorrerem sobre os vários percursos e percalços de mulheres que se encontram nas prisões e penitenciárias do Brasil.

É comum às vezes, a paciente vem à consulta, leva as medicações todas daqui da unidade, não tem que comprar nada, não tem que ver nada, já está tudo pronto, e aí a paciente chega com o relato, que as medicações não estão indo, não está tomando os remédios certos, de que tem dia que tem, tem dia que não tem, tem um tempão que não toma os medicamentos, e isso é muito complicado assim, para a gente que vê pouco a paciente, né, é, não está na rotina, ficar batendo o olho na paciente, não está na... né, nesta situação, a gente perde o parâmetro. (Pedro, Médico).

Tais enunciados podem ser entendidos como obstáculos que se contrapõem em relação não apenas aos cuidados e aos tratamentos destinados às mulheres loucas infratoras, mas à sua recuperação/reestruturação física e mental. Isso nos possibilita pensar que os múltiplos desafios da prática em saúde mental também estão atrelados aos desafios sociais, ao desafio das relações, da aceitação do diferente, que muitas das vezes é feito de desigual.

Todos os mesmos, desafios, que a gente encontra na luta do feminismo, que a gente encontra nas lutas da saúde mental, como um todo, na luta anti-prisional como um todo, não é diferente, né, a luta por dignidade humana né, está nestes campos todos, aí a figura, especialmente se a gente pensar assim, a mulher, a mulher, negra, obesa, homossexual, portadora de sofrimento mental e que está presa, esta mulher é o perfil, mais, mais marginalizado, né, talvez, da sociedade, é um dos perfis mais marginalizados da sociedade, então é... eu acho que assim, o cuidado que a gente tem que ter, inclusive, entendendo a diversidade, dos casos e tudo é o cuidado de justamente, tentar desenvolver uma sociedade que caibam as pessoas, não muda muito eu acho isso, e é um baita desafio mesmo, que passa por uma, ... para a gente se humanizar e para a gente se humanizar passa buscar compreender e estudar, né, entender os outros. Enfim... (Pedro, Médico).

Como nos alerta Pedro, é extremamente importante pensarmos sobre as questões interseccionais que engendram a vida e o cotidiano dessas mulheres. Durante as entrevistas, uma das entrevistadas relata sobre a dificuldade de ter acesso às mulheres portadoras de sofrimento mental que estão no sistema prisional, o que nos ajuda a pensar sobre o assunto. Aqui temos a apresentação de outra questão, que nos remete ao mesmo tempo ao gênero e à relação de cuidado especificamente com as mulheres loucas infratoras. O fato de as mulheres, de maneira geral, terem os seus sofrimentos naturalizados e/ou descaracterizados geraria nelas uma forma mais elaborada de sofrimento?

Zanello (2014) e (2017), nos descreve sobre os processos de subjugação, desvalorização, desconsideração aos quais as mulheres e principalmente as mulheres portadoras de sofrimento mental foram/são submetidas, a partir de marcadores sociais de diferença. Outro

ponto que esse discurso também apresenta refere-se ao fato de as mulheres loucas infratoras trazerem demandas mais específicas no cuidado, por exemplo, um tempo maior. Como trabalhadora da saúde mental, penso que um tempo de cuidado maior é sempre necessário para pessoas mais fragilizadas, que demandam, além de um maior conhecimento técnico-teórico sobre seu caso, mais sensibilidade e disponibilidade, considerando as singularidades apresentadas.

Mulher, a mulher normalmente ela traz um sofrimento, um sofrimento muito mais elaborado, sabe, a gente costuma falar, que as mulheres, as mulheres juntam muito mais dores, então assim elas associam muito mais coisas, então estas escutas têm que ser mais demoradas, tem que ser um atendimento mais longo. No CERSAM a gente não tem este tempo, né, por ser um serviço de urgência você tem um acolhimento aqui, um acolhimento ali, então você precisa de uma demanda e de um tempo, para escutar esta mulher, acompanhar por um tempo mais longo também, é... não uma coisa tão curta. Estes eu acho que são os maiores desafios, mas o que eu acho que é o maior mesmo, é chegar até estas mulheres. (Virgínia, Enfermeira).

Virgínia ressalta que as mulheres loucas infratoras podem apresentar formas de sofrimento distintas. Mas essas formas seriam distintas por qual ou quais motivos? Seriam os sofrimentos das mulheres loucas infratoras distintos devido a sua vulnerabilidade social? Ou devido à naturalização do seu sofrimento, recorrente nas mulheres? Ou a ambos?

Um dos maiores desafios apresentados entre os entrevistados foi à relação do CERSAM com o sistema prisional quando a usuária está no sistema carcerário. A relação entre os serviços de saúde e o sistema carcerário precisa ser colocada em questão. Como garantir atenção e cuidado aos portadores de sofrimento mental, bem como acesso aos serviços e cuidados de saúde mental às usuárias loucas infratoras, o que não é possível no sistema carcerário?

Dada à apresentação dessa dificuldade no contato e no diálogo, torna-se importante que esses serviços busquem articulações para um cuidado mais abrangente com os loucos infratores. Aqui realizo a ressalva de que defendemos que as mulheres loucas infratoras sejam atendidas a partir da Medida de Segurança em meio ambulatorial, e nunca no sistema carcerário, assim como já previsto na Lei nº 10.216/ 2001. Foi possível verificar, durante as entrevistas com os trabalhadores, que existe um número muito grande de mulheres loucas infratoras que estão no sistema carcerário.

Nossa... eu acho que uma primeira, a primeira coisa que tinha que ser trabalhada é a com é, as pessoas que trabalham no sistema prisional sabe, é... é muito difícil, é assim, eu já vi assim, não eram pessoas que estavam privadas mas assim a gente recebe. Por exemplo no SUP, pessoas que tavam apresentando, apresentando agitação psicomotora

na rua e que a abordagem é feita pela polícia militar. Que que é isso gente! Eles sabem que a pessoa está em um momento de crise ali que ela está sem crítica, né, e assim eles não compreendem, eles falam que esta pessoa não, esta pessoa, olha o que que ela tá fazendo? E a gente já teve caso de o paciente ser agredido dentro do serviço de saúde sabe, pela polícia assim, sabe. Então eu acho que tem se tentado trabalhar, eu sei enquanto trabalhadora do SUP, que a minha gerente, ela tá tentando fazer uma conversa, com o polícia militar, para falar da abordagem, a estes usuários, mas assim, destes usuários. Eu acho que no sistema prisional também a gente tem que ser feito, uma conversa para dizer do público que eles vão atender, ali, sabe, para minimamente, ser este atendimento, de saber, eu acho muito difícil isso, de humanizar, um atendimento que é voltado para humanos, né. Porque é muito doido assim, que, que é abordado junto com estas pessoas assim e acho que também este trabalho exaustivo de conscientização da sociedade, né, e algo que é difícil demais ainda mais com, com governo de agora né, que trabalha tanto assim com esta questão do, do infrator, de como que ele é visto, e tal, enfim... Então eu acho que são desafios que são importantes assim que é minimizar o sofrimento, atendimento de família, sabe, eu acho que é fazer uma inserção mesmo, o trabalho que a gente faz aqui eu acho que é importante ser transportado para este sistema prisional, sabe, assim, pra forma que eles abordarem ser um pouco mais diferente. (Bertha, Enfermeira).

Quem faz a segurança? A segurança é para quem? Quando um policial agride um usuário de saúde mental em crise, dentro de um serviço de suporte à urgência psiquiátrica, ele está proporcionando segurança para quem? Na verdade, ele está fazendo o quê? O portador de sofrimento mental em crise precisa de acolhimento e cuidado, a polícia propõe de maneira geral controle e contenção, nestes casos. São lógicas distintas que não devem ser alinhadas. O tratamento médico e o sistema jurídico penal apresentam incompatibilidades em suas lógicas e formas de atuação. A atenção e o cuidado em saúde mental não comungam com caracteres punitivos, de repressão e/ou de controle e normatização das pessoas.

É porque a gente não tem informação mesmo sobre como cuidar de alguns casos assim. Quais os encaminhamentos a oferecer, isto a gente não tem informação mesmo na rede, a gente tem que ir capturando à medida que a gente vai tendo casos como estes. Isto eu sinto falta assim, da, de qual rede, existe uma rede de apoio? Não estou falando do PAI-PJ, porque o PAI-PJ tem, aí existe alguma outra, algum outro equipamento, eu desconheço sabe, assim fica muito, fica muito isso, assim, separado, saúde da justiça e não tem como ser separado, porque a saúde destas pessoas está diretamente afetada pelo processo que eles estão vivenciando na justiça, e essa troca não existe, né. É... acho que é isso. (Joana, Terapeuta Ocupacional).

Joana sente falta de informação sobre cuidados na rede de saúde mental. O que nos faz pensar sobre a importância da educação em e na saúde para os trabalhadores da rede de saúde mental também. A partir desse enunciado, seria possível pensar que a formação acadêmica de muitos profissionais da saúde, que vão trabalhar diretamente com as mulheres loucas infratoras

nos serviços de saúde mental, seria insuficiente? Ou mesmo com todo o referencial técnico-teórico que existe, devido à invisibilidade e/ou a pouca representatividade (dado que as mulheres loucas infratoras constitui-se como a menor parcela entre os loucos infratores, que por sua vez já são uma parcela menor tanto entre os portadores de sofrimento mental quanto entre os infratores), esses casos não são pensados e discutidos?

Ao longo das entrevistas, fica clara a importância do suporte familiar no cuidado aos portadores de sofrimento mental. Mas, ao mesmo tempo, o suporte familiar ainda é um desafio quando se trata de portadores de sofrimento mental após a realização de um ato ilícito. No conteúdo apresentado a partir da fala dos entrevistados é possível perceber que algumas famílias mantêm ainda um discurso preconceituoso e segregatório. Profissionais inclusive relataram que alguns familiares passam a ter medo dos portadores de sofrimento mental após o ato ilícito, e isso pode reproduzir elementos de relações desiguais de apartamento social.

Uma inserção eu acho que é mesmo uma construção com a família, com o trabalho com a comunidade, mesmo assim, desta construção do louco perigoso que matou um, pode matar outro, assim infelizmente as pessoas têm este receio, eu ouvi coisas absurdas, durante, após este último caso que aconteceu, inclusive, pessoas sustentando a volta dos hospitais, pessoas como estas têm que estar trancadas, não devem estar incluídas na sociedade, mas eu acho muito importante este trabalho de reinserção, assim de compreender este diagnóstico, assim que muitas vezes, é... ele é muito importante para a pessoa ter assim uma base, diante de uma passagem ao ato, tão grave. (Clarisse, Psicóloga).

Nas entrevistas, há nas narrativas dos profissionais a construção da ideia de discurso vigente sobre o que deveriam ser as práticas de saúde mental ainda com marcas de discursos anteriores à Reforma Psiquiátrica. Esse discurso mostraria uma falta de compreensão ainda muito grande sobre o cuidado em liberdade, ou até mesmo sobre a importância da inclusão social para os pacientes portadores de sofrimento mental autores de atos criminosos. Contudo, fica perceptível que, mesmo após tantos anos de luta em defesa da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, ainda permanecem discursos em defesa dos hospitais psiquiátricos, das internações e da perda da liberdade como forma de punição por atos não aceitos socialmente.

Mas até que eles virem para o atendimento, tem uma, tem toda uma estereotipização também, assim né, de que é um criminoso, uma criminosa.... são, são sim consideradas, consideradas mais graves, são vistas, normalmente, como mulheres é... mais doidas, que eles chamam de mais doidas, doida, é... ela é vista inclusive pelo núcleo familiar, muito, muito mais, um olhar muito mais preconceituoso, do que as outras mulheres portadoras de sofrimento mental. A gente acompanha muito usuário aqui, né, como eu te falei a gente é porta aberta, referência de uma população muito grande, uma

população muito vulnerável, então eu acompanho muitas mulheres que são portadoras de sofrimento mental e cometem às vezes, atos de violência não tão graves quanto mulheres que já foram infratoras, às vezes, em uma crise a paciente quebra a casa inteira, e agride o companheiro, elas chegam aqui no serviço e são atendidas, mas o olhar é bem menos penoso, do que uma mulher que já cometeu, que já cumpriu alguma medida, se ela fizer qualquer ato. Porque aí se ela fizer qualquer passagem ao ato, se ela aumentar o tom de voz, os vizinhos estão chamando a polícia, e elas não podem, se elas chegam às vezes na unidade básica de saúde para atendimento e aí elas alteram o tom de voz, e tá no prontuário dela que ela cumpriu uma medida, eles já chamam a polícia, chamam a guarda, tem um olhar preconceituoso em cima disto aí, sim...(Virgínia, Enfermeira).

Seria interessante pensarmos, hoje, como são centralizadas, todas as políticas do Estado, na lógica da punição e da polícia, e mesmo em espaços distintos, como no campo da saúde. Que lógica faz com que seja chamada a polícia para uma usuária que está buscando por um cuidado/tratamento em saúde dentro de uma unidade de saúde, mesmo nos casos em que a paciente possa apresentar algum tipo de desestabilização? Que espaço a mulher louca infratora ocupa nessas situações? Que dilema se apresenta quando as políticas de segurança intervêm dentro dos campos da saúde? Seriam essas ações efeitos da lógica de que se o sujeito representa um risco (é perigoso), o problema é de segurança e não da saúde?

Mesmo com processos e estudos direcionados às práticas de cuidados das mulheres cumprindo Medida de Segurança, durante as entrevistas foi ressaltada a necessidade de mudanças e transformações com relação, principalmente, aos fatores teóricos e práticos destinados às mulheres loucas infradoras em cumprimento de Medida de Segurança – sendo demandado, assim, que novos referenciais teórico-técnicos sejam construídos com objetivo de orientar os trabalhadores da rede de saúde mental.

Eu acho que na verdade, precisa de mudança na atenção a qualquer um que está cumprindo Medida de Segurança, mas as mulheres inclusive né, é... com relação às mulheres, eu acho que as principais mudanças aconteçam dentro do próprio sistema prisional, assim que a gente ouve de relato, é muito, é muito desumano né, é... é... não tenho outra palavra assim, né, tratam como bicho mesmo, coisas, não são pessoas que estão ali, que cometeram algum crime, são né, monstros, assim, o modo como eles são relatados que são tratados, sem, sem nenhuma consideração pelo sujeito, pela pessoa e pela história que ela vivenciou. Eu acho que o sistema prisional que tem que ser revisto, assim é... e o cuidado com estas pessoas, às vezes é muito difícil, considerando a pessoa com sofrimento mental que tá presa, às vezes demora meses para esta pessoa ter acesso à saúde, né, assim que deveria ser um direito que deveria ser garantido logo que ele entra para o sistema prisional, o usuário entra em crise, e aí, que ele vai chegar no CERSAM de volta, só que quando ele foi preso, ele estava em tratamento, então ele não precisava estar em crise, não existe, se é difícil existir conversa, na, dentro da própria rede de saúde, conversa entre a saúde e o sistema prisional, não existe né, é

assim... praticamente não tem, essa, este diálogo aberto e direto. Na minha opinião. (Joana, Terapeuta Ocupacional).

É possível pensar uma sociedade sem manicômio, mantendo as prisões? Joana comenta sobre os múltiplos desafios que ainda se apresentam no cotidiano com relação às práticas de atenção e cuidado, quando articuladas ao contexto infracional. Os debates da Reforma Psiquiátrica deixaram esses pontos praticamente intactos, principalmente com relação à discussão abolicionista em relação às prisões. Quando lutamos por uma sociedade sem manicômios, também lutamos por uma sociedade sem prisões.

Por fim, outro fator que, a partir das entrevistas, também demanda atenção, é o processo de reinserção após cumprimento de Medida de Segurança via CERSAM. Segundo os entrevistados, é muito importante o contato dos usuários com os serviços de saúde mental, como forma de cuidado, atenção e fortalecimento de vínculo. Esse fortalecimento dos vínculos pode auxiliar nos processos de cidadania, reinserção social, qualidade de vida e bem-estar. Bem como também foi discorrido nas obras de Karam (2002), Carvalho (2015), Correia (2017), a M.S. é uma importante norma jurídica, que deve ser muito bem validade e executada, levando-se em consideração as situações teóricas e clínicas que a abarcam.

Então esta reinserção ela aconteceu de forma, é, foi, foi bem pouco depois que ela saiu, que, que, não sei te dizer de tramites jurídicos né, mas que ela saiu, é... ela veio acompanhada da filha, é... ela teve que resolver algumas questões burocráticas e tal, e ela já veio acompanhada da filha, dizendo que agora ela já estava em casa, né, que ela tinha algumas questões que ela tinha que responder ainda. Ela fala que tinha que ir assinar um documento, não sei se mensalmente, e, aí ela ainda está nesta fase assim, que ela algumas coisas, ela, ela tá com um filho que tá preso, e aí ela fala do anseio dela de visitar este filho, ela não pode, porque ela tá neste período, não sei se chama condicional, ela tá ainda, com alguma questão na justiça que ela não pode ter reincidência, então tem estas questões. A reinserção assim, aconteceu muito de forma assim, foi uma continuidade mesmo, sabe, só que agora de outra forma, né, agora de outra forma, agora ela está em um processo de uma semiliberdade, né, porque tem algumas questões ainda com a justiça, mas agora ela pode transitar, então, é... é... estamos caminhando de uma forma bacana para este cuidado dela, é uma, uma moça que não trabalha ela recebe um benefício, né. (Bertha, Enfermeira).

É claro que os pontos aqui articulados buscam mostrar as perspectivas da compreensão dos trabalhadores dos CERSAMs de Belo Horizonte/MG entrevistados diante das realidades apresentadas nos atendimentos a mulheres loucas infratoras. Muito ainda há para se pensar e fazer, sendo imprescindível a abertura de novos espaços de construção e discursão sobre os temas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou refletir e investigar sobre a interseção entre loucura, gênero e periculosidade a partir da compreensão e da percepção dos trabalhadores de saúde mental dos CERSAMs de Belo Horizonte/MG. Ao buscar a compreensão dos trabalhadores dos CERSAMs, pretendeu-se analisar o cuidado disponibilizado às mulheres loucas infratoras. Para isto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores dos CERSAMs de Belo Horizonte/MG.

Considerando-se as articulações entre o tema e os marcadores sociais da diferença (loucura, gênero e periculosidade), defende-se que as práticas de atenção e cuidado destinadas às mulheres loucas infratoras, sejam dos profissionais ou da sociedade, estejam voltadas para o tratamento em liberdade, de forma humanizada, respeitando as características idiossincráticas que essa população apresenta – opondo-se às práticas de manejo permeadas pelo preconceito, pela punição e por ideias moralizantes e excludentes.

Outro ponto também apresentado relaciona-se à contradição entre a lógica dos CERSAMs e a lógica manicomial. Sendo assim, a lógica dos serviços substitutivos apontam para produções cotidianas de modos diferentes de cuidar da saúde mental, a partir da subjetividade de cada usuário, em uma perspectiva biopsicossocial. Os CERSAMs trabalham com o fortalecimento de vínculos, a promoção das qualidades das relações interpessoais e intrapessoais, assim como um conjunto de fatores e valores que priorizam a equidade no acesso aos serviços de base comunitária e territorial. Além disso, desenvolvem atividades de cultura, lazer, atividades psicomotoras, dentre outras, com base na integralidade, valorizando os modelos psicossociais de cuidado em saúde mental, a partir dos preceitos do SUS e das Políticas Públicas de Saúde Mental. Já a lógica da Medida de Segurança em regime fechado, que é expressão de uma ciência normativa como o Direito e de uma instituição totalitária como os Hospitais Psiquiátricos Judiciários, promove o isolamento social, a padronização de condutas e a subordinação dos internos a partir de seus parâmetros.

A Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial buscam, desde o seu desenvolvimento, combater os processos de exclusão/segregação e invisibilidade dos portadores de sofrimento mental, sem nenhum tipo de distinção e/ou diferenciação. Com base nisso, seus preceitos, além de se desenvolverem e ampliarem no decorrer do tempo, também se efetivam como uma excelente ferramenta na atenção e no cuidado aos portadores de sofrimento mental autores de delitos. Todas as reestruturações da Política Nacional de Saúde Mental, através de suas ações e serviços, caminham e valorizam o modelo de atenção psicossocial, de base territorial e

comunitária. Nesta pesquisa demos ênfase para os CAPS/CERSAMs como lócus que pode proporcionar o integral e equitativo cuidado e re/inserção social dos loucos/loucas infratoras. Apesar da relevância desses serviços no campo da saúde mental, sabe-se que por muitos motivos e atravessamentos, jurídicos ou sociais, ainda existem portadores de sofrimento mental autores de atos considerados crimes que têm dificuldade de usufruir desses direitos, seja por morosidade do sistema jurídico, seja por processos burocráticos, por preceitos morais e normatizantes e até mesmo por erros e equívocos nos processos penais e na atenção e no cuidado em saúde mental.

A luta antimanicomial e seus preceitos é uma luta de todos, e é extremamente necessário refletir e agir a partir das invisibilidades das violências que permeiam a condição da mulher louca infratora. Pode-se compreender que o estudo e a análise da compreensão dos trabalhadores dos CERSAMs de Belo Horizonte/MG são de extrema importância, dado que, ao realizá-los, é possível conhecer e entender como são direcionadas as práticas às mulheres loucas infratoras a partir das questões relacionadas aos marcos teórico-técnicos e legislativos de atenção em saúde mental. Ressaltando-se que os serviços e os tratamentos dos CERSAMs propõem uma abordagem em liberdade, de maneira integral e equitativa a todos os portadores de sofrimento mental, inclusive as mulheres loucas infratoras.

Levou-se em conta o que foi observado e já apresentado, sobre a percepção dos profissionais de saúde mental entrevistados e sua compreensão dos processos de acolhimento, acompanhamento e encaminhamento das portadoras de sofrimento mental autoras de atos ilícitos, a partir de um viés muito técnico, ainda que de uma maneira geral os profissionais entrevistados tenham pouca experiência prática nesses atendimentos. Mesmo com essas características, acredita-se que os profissionais tentam realizar os seus atendimentos sem preconceitos e vieses de desigualdade, buscando reconhecer o espaço da mulher louca infratora e suas singularidades. Ainda assim, e com todos os aspectos presentes nos fatos mencionados nas entrevistas, é possível entender que as mulheres loucas infratoras apresentam a necessidade de maneiras e/ou condutas de atenção e cuidados distintos.

Em virtude dos fatos mencionados nas entrevistas, os principais pontos que chamaram a nossa atenção dizem respeito à localidade que as mulheres loucas infratoras estariam ocupando em Belo Horizonte. Ao iniciarmos esta pesquisa, pensávamos que as mulheres portadoras de sofrimento mental estariam ou em Medida de Segurança em meio fechado, nos Hospitais Psiquiátricos Judiciários, ou em meio ambulatorial, sendo acompanhadas pelos CERSAMs e/ou programas como o PAI-PJ. Entretanto, as entrevistas nos revelaram que a grande maioria das mulheres loucas infratoras está no sistema carcerário, apresentando assim um mosaico de possibilidades e de encaminhamentos e conduções de casos que envolvem as

mulheres loucas infradoras, além de mostrar a probabilidade de haver um número ainda desconhecido de mulheres loucas infradoras que estejam no sistema carcerário e não estejam tendo acesso a serviços de saúde geral e mental necessários. Outro ponto que nos chamou a atenção com relação aos resultados expostos nas entrevistas refere-se às múltiplas dificuldades e aos empecilhos apresentados pelos entrevistados com relação, principalmente, ao acesso para os atendimentos às mulheres loucas infradoras quando elas se encontram no sistema carcerário.

É possível compreender que as práticas disponibilizadas nos serviços de saúde mental são influenciadas por diversos princípios e condições que podem ir desde a formação e a característica da equipe, ao território, à disponibilidade de serviços e ações e à quantidade de financiamento disponível para a manutenção dos serviços. Para a efetivação e a qualidade do cuidado integral em saúde mental, de forma coesa e inclusiva, para além desses elementos é necessário o fortalecimento de vínculo dos serviços de saúde com outras instituições, principalmente as instituições carcerárias, quando a usuária está no sistema prisional, e também o fortalecimento de vínculo com familiares e pessoas próximas às mulheres loucas infradoras, que também podem e devem auxiliar no acompanhamento dessas usuárias.

Como cada mulher louca infradora apresenta suas singularidades, a prática de cuidado deve ser direcionada a partir de cada demanda, valorizando a vida e a liberdade, respeitando os direitos e a cidadania e não seguindo um modelo único e universal. Lembrando que na atenção e na reabilitação psicossocial os dispositivos e as estratégias podem ser modificados a partir das demandas e das necessidades apresentadas. Quando pensamos em relação às equipes de trabalhadores das redes de saúde mental, é significativo ressaltar que a motivação, o interesse e a disponibilidade também geram alteração na qualidade e na quantidade de serviços e ações prestados para a reabilitação psicossocial. Todas essas ações e processos devem ser elaborados e estruturados a partir da Reforma Psiquiátrica, da luta antimanicomial e dos princípios do SUS e da RAPS.

Pensando na integralidade do cuidado, competem também à família e à sociedade como um todo fazer parte desse processo de atenção direcionado às mulheres loucas infradoras. Visto que, para a integralidade do cuidado, são necessários procedimentos e ações de todos os envolvidos nos processos de atenção e cuidado proporcionados para a reabilitação e a (re) inserção das mulheres portadoras de sofrimento mental autoras de atos criminosos. A interdisciplinaridade, a multidisciplinaridade e a transdisciplinaridade entre as equipes de saúde e as demais instituições necessárias, principalmente as carcerárias, também se tornam eminentes na construção e no de fortalecimento de vínculos e afetos, e para possibilitar um melhor atendimento de maneira integral e equitativa.

A partir dos resultados apresentados nesta pesquisa, espera-se que este material possa contribuir como referencial teórico para se pensar sobre as práticas de atenção e cuidado direcionadas às mulheres loucas infratoras e a forma como a sociedade, de maneira geral, comporta-se e conduz suas ações diante das situações em que se estabelece a conexão entre a loucura e a periculosidade. Acreditamos que as entrevistas com os profissionais dos CERSAMs contribuíram, e muito, com esses debates, apresentando-nos novas nuances e perspectivas com relação à prática de atenção e cuidado direcionada às mulheres loucas infratoras.

Ao pensarmos e analisarmos sobre a compreensão dos profissionais da saúde mental entrevistados, que já atenderam ou estão atendendo mulheres loucas infratoras, é possível perceber a multiplicidade e a complexidade de possibilidades, arranjos e desafios que podem ocorrer diante dos casos clínicos que apresentam os marcadores sociais do gênero, da loucura e da periculosidade.

Diante do objetivo principal de compreender as práticas de atendimento direcionadas às mulheres loucas infratoras, é relevante destacar, a partir das falas dos trabalhadores entrevistados, que os marcadores sociais da loucura, do gênero e da periculosidade podem interferir no manejo e na condução do tratamento. Assim, infelizmente são pontuados processos com vieses de desigualdade, preconceito e desqualificação, para além dos processos sócio-históricos, principalmente quando relatado sobre os atendimentos a partir do sistema judiciário e carcerário e sobre a visão social, em geral, em práticas de atenção e cuidado. Também dentro das fragilidades apresentadas está à efetivação do serviço em rede, tanto dentro dos serviços de saúde mental quanto em outros dispositivos. Há, inclusive, um distanciamento e dificuldade na compreensão e no diálogo entre as equipes, tornando necessário que tais pontos sejam articulados e resolvidos entre todos os envolvidos. Tais pontuações demonstram a importância de se ter uma atenção e um cuidado direcionados às condições idiossincráticas que as mulheres loucas infratoras apresentam e/ou podem apresentar.

Tendo em vista os objetivos específicos explicitados, é possível observar, a partir das narrativas dos profissionais, que as práticas de atendimento e os processos de re/inserção social das mulheres loucas infratoras na cidade de Belo Horizonte apresentam uma diversificada abrangência, muitas das vezes dependendo, para além dos serviços de saúde mental, das práticas estabelecidas e, inclusive, da condição de acesso ou não dessas mulheres a serviços de saúde mental e de atenção especializada, como o PAI-PJ. Para as mulheres loucas infratoras que estão no serviço penitenciário, à análise dos profissionais entrevistados é que o processo de re/inserção muitas vezes apresenta múltiplas dificuldades. Tais dificuldades, de maneira geral, ocorrem ainda pelo enraizamento de ideias moralistas, normativas e segregatórias, alimentadas

algumas vezes pelo medo, outras pela vontade de controle, outras, também, pelo desconhecimento e pelo descumprimento dos processos de ações e políticas públicas direcionadas para essa população.

Ao se buscar entender as transformações no cenário da loucura e da periculosidade que sustentam as práticas contemporâneas direcionadas às mulheres loucas infratoras, é possível observar que mesmo com o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, ainda é necessário percorrer um longo caminho quando lidamos com as mulheres loucas infratoras. Muitas ações ainda se mostram necessárias, como um maior acesso aos serviços e às políticas públicas e mais trabalhos de educação e conscientização em saúde com a população, os familiares e os profissionais dos sistemas carcerários. Ainda é possível observar/perceber que, em nossa sociedade, os processos de subjetivação das mulheres loucas infratoras permanecem gendrados (assim muito similarmente ao que já ocorria antigamente) por conceitos de medo, descontrole, irracionalidade e incurabilidade.

Com a realização desta pesquisa e das entrevistas, foi possível perceber que a superação das lógicas manicomiais, punitivas e segregatícias não se referem simplesmente à quebra das correntes e das grades dos hospitais psiquiátricos e ou psiquiátrico-judiciários. Os estigmas e as ideias de controle e subjugação, infelizmente, ainda estão para além dos muros totalitários dos manicômios psiquiátricos e das instituições carcerárias/penitenciárias que enclausuram os portadores de sofrimento mental autores de delitos. Sendo assim, é necessário avançar também em relação aos processos das relações sociais, da humanização dos serviços e da desburocratização de todo o aparato jurídico que envolve o louco infrator e a louca infratora.

É claro que ao pensarmos sobre as possibilidades desta pesquisa, também é importante mencionar os seus limites. Um deles é o número de entrevistados. Gostaríamos de ter tido acesso a uma quantidade maior de profissionais para, assim, termos um maior conteúdo das experiências práticas apresentadas. Outro limite é que não conseguimos realizar as entrevistas em todos os CERSAMs da cidade de Belo Horizonte e, pensando de maneira ainda mais ampla, também não tivemos acesso aos profissionais do sistema carcerário para ouvir destes as visões e as compreensões sobre, inclusive, a presença de mulheres loucas infratoras dentro do sistema carcerário.

Um dos grandes desafios apresentados pelos trabalhadores entrevistados foi à fragilidade de vínculos entre os serviços de saúde mental, em especial os CERSAMs de Belo Horizonte/MG, e as unidades carcerárias/penitenciárias da cidade em relação à atenção, ao interesse e à disponibilidade dos trabalhadores das instituições judiciais de encaminhar as

mulheres loucas infratoras aos CERSAMs, impossibilitando o cuidado integral em saúde mental, o que expõe fragilidade e falhas nas práticas de cuidado.

Embora os CERSAMs sejam dispositivos estratégicos fundamentais na atenção em saúde mental, é significativo ressaltar que a saúde mental deve ser pensada e praticada para além de seus serviços, visto que a prevenção, a promoção e o cuidado em saúde mental não se restringem a modelos e projetos limitados. A integralidade das práticas em saúde mental deve estar vinculada a outros setores. Tais práticas também podem estar interligadas aos segmentos de educação, alimentação, trabalho/produção de renda, cultura, dentre outros. Só há tratamento possível quando há liberdade, respeito e consolidação de direitos.

Por todos esses aspectos, acreditamos que esta pesquisa teve os seus objetivos alcançados, pois efetivamente buscou investigar, analisar, problematizar e demonstrar, a partir dos referenciais técnicos-teóricos abordados e das entrevistas realizadas, a multiplicidade de possibilidades e desafios que se apresentam diante dos atendimentos as mulheres loucas infratoras, a partir da perspectiva e da compreensão dos trabalhadores entrevistados. Diante de tudo apresentado até aqui, compreendendo a complexidade do tema, ressalta-se a importância também da realização de novos estudos, acerca de outras concepções que envolvam a atenção e o cuidado às mulheres loucas infratoras – por exemplo, a perspectiva das próprias mulheres loucas infratoras, os impactos sobre as subjetividades dessas mulheres a partir de questões sociais e da saúde mental, entre outros. Os resultados poderão contribuir para novas políticas públicas de atenção e cuidado na saúde mental e para o incentivo ao estudo e à pesquisa que tanto têm sido sucateados atualmente.

REFERÊNCIAS

- Adorno, Sérgio. (2002). Crime e violência na sociedade brasileira contemporânea. *Jornal de Psicologia-PSI*, 7-8, abr-jun.
- Almeida, Francis Moraes de. (2006). Resenha de Os Anormais. *Revista Sociologias*, 8(16), 360-367.
- Almeida, Letícia Gabriela. (2018). *Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica: a desconstrução do modelo penal-psiquiátrico do asilamento como alternativa à inclusão social do sujeito inimputável*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Faculdade de Direito do Norte Pioneiro, PR, Brasil. Recuperado em 30 março 2020 de: <https://uenp.edu.br/pos-direito-teses-dissertacoes-defendidas/direito-dissertacoes/11015-leticia-gabriella-almeida/file>
- Amarante, Paulo. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (p. 202). Rio de Janeiro: Fiocruz. ISBN: 8585676043.
- Amarante, Paulo. (Coord). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (p. 136), Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, Paulo. (2008). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (p. 123). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Almeida, Francis Moraes de. (2006). Resenha de Os Anormais. *Revista Sociologias de Porto Alegre*, 8(16), 360-367.
- Alves, Alda Judith. (1992). A “revisão bibliográfica” em teses e dissertações: meus tipos inesquecíveis. *Cad. Pesq.* (81), 56-60.
- Andrade, Ana Paula, & Zanello, Valeska (Orgs.) (2014). *Saúde Mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade* (p. 244), Curitiba: Appris.
- Antunes, Maria João. (2003). Discussão em torno do internamento de inimputável em razão de anomalia psíquica. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, 42(jan.), p. 90.
- Arbex, Daniela. (2013). *Holocausto Brasileiro* (p. 255). São Paulo: Geração Editorial. ISBN 978-85-8130-157-0.
- Arbex, Daniela, & Mendz, Armando. (2016). *Holocausto Brasileiro* (Documentário). Recuperado em 11 março 2018 de: <https://www.youtube.com/watch?v=9N3xqojgMaA>
- Azerêdo, Sandra. (2007). *Preconceito contra a “mulher”: diferenças, poemas e corpos* (p. 120), São Paulo: Cortez.
- Balbão, Marcela Endres. (2016). *Inimputabilidade penal, medidas de segurança e serviços substitutivos: um estudo envolvendo saúde mental no âmbito do direito comparado*. (Monografia), 86 f., departamento de Ciências Penais da Faculdade de Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Recuperado em 31 março 2020 de: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/153382>

- Bandeira, Lourdes M., & Oliveira, Eleonora M. de. (1990). Trajetórias da produção acadêmica sobre relações de gênero nas ciências sociais (p. 27). GT 11 – A transversalidade do gênero nas ciências sociais. *XIX Encontro anual da ANPQCS*, Caxambu, MG, Brasil. Recuperado em 6 novembro 2019 de: <https://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/14-encontro-anual-da-anpocs/st-1/st11-1/6903-lourdesbandeira-trajetoria/file>.
- Baratta, Alessandro. (2002) *Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal – Introdução à Sociologia do Direito Penal* (p. 254). Rio de Janeiro: Ed. Revan: ICC.
- Bardin, L. (2011). Análise de conteúdo. Lisboa: Persona Edições, ISBN. 9788562938047. p.280.
- Barros-Brisset, Fernanda Otoni. (2001). PAI-PJ Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário. 2ª Parte – Contribuições aos Painéis Específicos. Conselho Nacional de Saúde. Caderno de texto de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde.
- Barros-Brisset, Fernanda Otoni. (2010). *Por uma política de atenção integral ao louco infrator* (p. 52), Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.
- Barros-Brisset, Fernanda Otoni. (2011). Genealogia do conceito de periculosidade. In *Responsabilidades: Revista Interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ*. (pp. 37-52). Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.
- Basaglia, Franca. (1983). Mulher e loucura (p. 13). *II Encontro Latino-Americano e VI Encontro Internacional da Rede de Alternativas à Psiquiatria*, Belo Horizonte: Mineo.
- Basaglia, Franca. (1985). *Mujer, loucura y sociedade* (2ª ed., p. 94), Puebla: Universidad Autonoma de Puebla. ISBN: 968-863-010-1
- Basaglia, Franco. (1979). *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, otimismo da prática* (p. 158). Sonia Soianesi, Maria Celeste Marcondes (Trads.) São Paulo: Ed. Brasil Debates.
- Basaglia, Franco. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (p. 336), Rio de Janeiro: Garamond.
- Bauer, M. W., Gaukel, G., & Nicholas, C. (2013). A qualidade, quantidade e interesses do conhecimento – evitando confusões. In: M. W. Bauer, & G. Gaukel (Orgs.) *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. (11ª ed., p. 512) Petrópolis: Vozes.
- Bissoli Filho, Francisco. (1988). *Estigmas da criminalização: dos antecedentes à reincidência criminal* (p. 360), Florianópolis: Obra Jurídica.
- Bitencourt, Cezar R. (2012). *Tratado de Direito Penal. Parte Geral 1* (17ª ed. rev., ampl. e atual., p. 544), São Paulo: Saraiva. ISBN-13: 978-8502188914
- Bock, Ana M. Bahia. (Org.) (2009). *Psicologia e compromisso social*. (2ª ed., p. 384), São Paulo. Editora Cortez.

- Brum, Eliane. (2013). *Holocausto Brasileiro* (1. ed., Prefácio, pp. 13-17) – São Paulo: Geração Editorial. ISBN 978-85-8130-157-0.
- Butler, Judith. (2013). *Problemas de Gênero* (p. 288) Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira. ISBN8520006116.
- Campos, Ioneide de Oliveira, Ramalho, Walter Massa, & Zanello, Valeska. (2017). Saúde mental e gênero: O perfil sociodemográfico de pacientes em um centro de atenção psicossocial. *Estud. psicol.* 22(1), 68-77.
- Carrara, Sérgio Luis. (2010). A História Esquecida: Os Manicômios Judiciários no Brasil. The Forgotten History: The Judiciary Asylum in Brazil. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano.* 20(1), 16-29.
- Carvalho, Salo de. (2015). Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro (2. ed., p. 516), São Paulo: Saraiva.
- Carvalho, Daniela, & Mayorga, Cláudia. (2017). Contribuições feministas para os estudos acerca do aprisionamento de mulheres. *Estudos Feministas*, 25(1), 99-116.
- Carvalho, Priscila A. (2015). Gênero e preconceito: reflexões sobre a despatologização da sexualidade (p. 1-4). Recuperado em 10 de junho 2018 de: www.fepi.br/revista/article/viewFile.
- Castro, Ulysses Rodrigues. (2009). *Reforma Psiquiátrica e o louco infrator: novas leis, velhas práticas* (p. 155). Brasília: Hintelândia Editorial.
- Casula, Fernando. (2017). Loucura e responsabilidade: consentimentos às ficções jurídicas (p.194.). Belo Horizonte: Ed. Artesã. ISBN: 978-85-88009-76-9.
- Cheskys, Débora. (2014). *Mulheres invisíveis: uma análise da influência dos estereótipos de gênero na vida de mulheres encarceradas* (p. 134). Rio de Janeiro: PUC-RJ.
- Cohen, Cláudio. (2013) Medida de segurança. In Cohen, Cláudio, Ferraz, Flávio Carvalho, & Segre, Marco (Orgs.). *Saúde mental, crime e justiça*. (p. 290). São Paulo: Edusp.
- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata* (p. 3), URSS. Recuperado em 6 de junho 2020 de: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf.
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Referência técnica para atuação de psicólogas (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial /Conselho Federal de Psicologia* (p. 132). Brasília: CFP. ISBN: 987- 85-89208-55-0.
- Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, & Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. (2019). *Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional* (1. ed., p. 553), Brasília: CFP. DF. ISBN 978-65-5069-009-0.
- Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região (MG). (2015). *Guia para o exercício profissional: psicologia: legislação, orientação, ética, compromisso social* (4. ed. rev. e ampl., p. 163), Belo Horizonte: CRP 04. ISBN: 978-85-98515-15-1.

- Cordeiro, Mariana Prioli, & Spink, Mary Jane Paris. (2018). Apontamentos sobre a História da Psicologia Social no Brasil. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 18(4), 1068-1086. Recuperado em 30 de dezembro 2019 de: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/42223/29294>.
- Correia, Ludmila C., & Almeida, Olívia M. de. (2017). A luta antimanicomial continua! Problematizações sobre o manicômio judiciário na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Revista InSURgência de Brasília*, 3(2), 319-347. ISSN 2447-6684.
- Cunha, Maria Clementina. (1987). *O espelho do mundo. Juquery, a história de um asilo* (p. 263), Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra. ISBN: 0005926793.
- Davis, Ângela. (2016). Mulheres, raça e classe – 1944 (1ª ed., p. 263, recurso eletrônico). Angela Davis, Heci Regina Candiani (Trad.). São Paulo: Boitempo.
- Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. (1940, 31 dezembro). Código Penal. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro.
- De Jesus, Damásio. (2012). Direito Penal (Vol. 1: Parte Geral, 33ª. ed., p. 764) São Paulo: Saraiva. ISBN 9788553615445.
- Del Priori, Mary. (Org.) (2004). *A mulher na história do Brasil* (7ª ed., p. 571), São Paulo. Ed. Contexto. ISBN 85-7244-256-1.
- Diniz, Débora. (2013). *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011* (p. 382, recurso eletrônico), Brasília: Letras Livres Editora Universidade de Brasília. ISBN 978-85-98070-34-6 Letras Livres. ISBN 978-85-230-1060-7.
- Diniz, Débora. (2015a). Zefinha – o nome do abandono. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 2667-2674. Recuperado em 30 de março 2018 de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2667.pdf>.
- Diniz, Débora. (2015b). Mulheres na máquina do abandono: a escuta de Debora Diniz num presídio feminino. *Revista Estudos feministas de Florianópolis*, 26(1), 1-5. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2018000100800.
- Emerim, M. F., & Souza, M. (2016). “Ninguém esquece uma coisa dessas”: problematizações sobre parricídio e hospitais de custódia. *Psicologia & Sociedade*, 28(1), ISSN 0102-7182. p. 171-180. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822016000100171&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso: 15/01/2019
- Faria, Thais Dumê. (2018). *História de um silêncio eloquente: construção do estereótipo feminino e criminalização das mulheres no Brasil* (p. 234), Belo Horizonte: Editora: D' Plácido. INBN 978-85-8425-899-4.
- Ferrari, Eduardo Reale. (2001). *Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito* (p. 229), São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.
- Firmino, H. (1982). Nos porões da loucura. *Coleção Edições do Pasquim da Editora Codecri do Rio de Janeiro*, 104, p. 109.

- Firmino, H. (1986). *A lucidez da loucura: a 'via-crúcis' de Maria, a louca de Minas que desnudou a psiquiatria* (p. 117), Petrópolis. Editora Vozes.
- Foucault, Michel. (1987). *Vigiar e Punir: nascimento da prisão* (27ª ed., p. 288). Raquel Ramalhete (Trad.), Petrópolis. Editora Vozes.
- Foucault, Michel. (1997). *História da loucura na Idade Clássica* (5ª ed., p. 560), São Paulo. Editora Perspectiva. ISBN 85-273-0109-1.
- Foucault, Michel. (2000). *Doença mental e psicologia* (6ª ed., p. 101), Rio de Janeiro. Editora Tempo Brasileira.
- Foucault, Michel. (2010). *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)* (p. 330), Eduardo Brandão (Trad.), São Paulo: Editora Martins Fontes. ISBN 978-85-7827-336-1.
- Franco, Alberto Silva, & Júnior, Paulo José da Costa. (1966). Direito Penal. Paulo José da Costa Júnior, Alberto Silva Franco (Trad.), São Paulo: *Revista dos Tribunais*, 3, 257-258. Recuperado em 2 de fevereiro 2020 de: http://biblioteca2.senado.gov.br:8991/F/?func=item-global&doc_library=SEN01&doc_number=000094011.
- Garcia, Carla Cristina. (1967). *Ovelhas na névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura* (p. 159), Rio de Janeiro: Editora Rosa dos tempos. ISBN 85-01-04383-4.
- Gonçalves, Betânia Diniz, Coelho, Carolina Maria Simões, & Vilas Boas, Cristina Campolina. (2017). *Mulheres na prisão: um estudo qualitativo* (1ª ed., p. 128), Curitiba: Editora: Appris. ISBN 978-85-473-0637-3.
- Guareschi, Neuza, Comunello, Luciele Nardi, Nardini, Milena, & Hoenisch, Júlio César. (2004). Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência. In Marlene N. Streyi, Mariana P. Ruwer Azambuja, & Fernanda Pires Jaeger (Orgs). *Violência, gênero e Políticas Públicas* (pp. 177-193), Porto Alegre: Editora EDIPUCRS.
- Gerhardt, Tatiana Engel, & Silveira, Denise Tolfo (Orgs.) (2009). *Métodos de pesquisa* (p. 121). Universidade Aberta Brasil – UAB/UFRGS, Curso de Graduação Tecnológica Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS (Coords.), Porto Alegre: Editora da UFRGS. ISBN 978-85-386-0071-8.
- Gomes, Luiz Flávio, & Molina, Antonio García-Pablos de. (2009). *Direito penal: parte geral* (p. 661), São Paulo: Revista dos Tribunais. ISBN 978-85-203-3548-2. Recuperado de: <https://www.passeidireto.com/arquivo/6529168/direito-penal-parte-geral>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2019: características gerais da população e instrução – resultados da amostra – Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado em 5 de novembro 2019 de: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html>.
- Júnior, Durval Muniz de A. (2013). *Quebrar o olho, furar o ovo, fazer o corte: a História da loucura na Idade Clássica como a história de um silêncio e de uma obscenidade. O mesmo e o outro: 50 anos de história da loucura* (pp. 93-102). Salma Tannus Muchail, Márcio Alves da Fonseca, Alfredo Veiga-Neto (Orgs). Belo Horizonte: Editora Autêntica. ISBN: 978-85-8217-110-3.

- Karam, Maria Lúcia. (2002). Medidas de Segurança: punição do enfermo mental e violação da dignidade. *Verve*, 2, p. 15. Recuperado em 2 de abril 2020 de: <https://revistas.pucsp.br/verve/article/view/4620/3210>.
- Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. (1984). Código Penal Brasileiro. Art. 176. Institui a Lei de Execução Penal. Brasil. Diário Oficial da União, Brasília.
- Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995. (1995). Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília.
- Lei nº 10.216, de 6 abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília.
- Lobosque, Ana Marta. (1997). *Princípios para uma Clínica Antimanicomial e outros escritos* (p. 96), São Paulo: Editora Hucitec, ISBN 108-52-710-4202.
- Magno, Patrícia Carlos. (2016). Encarceramento Feminino: Um Olhar sobre Mulheres e Medidas de Segurança. *Revista da Defensoria Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre*, 16(16), 225-260, set-dez. Recuperado em 10 de outubro 2020 de: <http://www.defensoria.rs.def.br/upload/arquivos/201906/26104736-revista-da-defensoria-publica-ano-vii-n-16-set-dez-2016.pdf>. ISSN 2177-8116.
- Manacorda, Alberto. (1982). *Manicômio Judiciário: cultura psiquiátrica e ciência jurídica na história das instituições totais* (p. 219). Editora Donato.
- Marafinti, Isis, Pioneiro, Maria Carolina P., Rigonatti, Sérgio Paulo, Ribeiro, Rafael Bernardon, & Cordeiro, Quirino (2013). Transtorno mental e perda de liberdade. Reinaldo Ayer de Oliveira, Quirino Cordeiro, Mauro Gomes Aranha de Lima (Orgs.) *Imputabilidade*. (p. 148), São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo CREMESP. ISBN - 978-85-89656-19-1.
- Marconi, Marina A., & Lakatos, Eva M. (1996). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, Análise e interpretação de dados*. (3ª. ed., p. 278), São Paulo: Editora ATLAS.
- Martins, Ana Paula Vosne. (2010). Um sistema instável: As teorias ginecológicas sobre o corpo feminino e a clínica psiquiátrica entre os séculos XIX e XX. In Y. M. Wadi, & N. M. W. Santos (Orgs.). *História e Loucura: saberes, práticas e narrativas* (p. 366), Uberlândia: Editora: EDUFU.
- Mattos, Virgílio de. (2006). *Crime e Psiquiatria: uma saída, preliminares para a desconstrução das medidas de segurança* (p. 238), Rio de Janeiro: Revan. ISBN 978-85-710-6365-5.
- Mattos, Virgílio de. (2010). Canhestros Caminhos Retos: notas sobre a segregação prisional do portador de sofrimento mental infrator. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano de São Paulo*, 20(1), 51-60. Recuperado em 15 de outubro 2019 de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100008.

- Mattos, Virgílio de, Menezes, A. L., Vieira, Vanessa de Maria Porfírio (2011). *Sem Rumo e Sem Razão: Mapeamento dos cidadãos submetidos à medida de segurança em Minas Gerais, I*, p. 108, Belo Horizonte: CRP/MG - Grupo de Amigos e Familiares das Pessoas em Privação de Liberdade. ISBN 978 – 85- 98515-07-06.
- Melo, Francisco Bandeira de Carvalho. (2008). *A função retributiva da pena privativa de liberdade. Jornal Breves Notas da Associação Goiana do Ministério Público.* (p. 2). Recuperado em 4 de abril 2020 de: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/7/docs/artigo_a_funcao_retributiva_da_pena_privativa_de_liberdade.pdf.
- Mendes, Ricardo, B. Gonçalves. (1994). *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo* (p. 278), São Paulo: Editora Hucitec.
- Mendonça, Danielle A. P. (2005). Periculosidade e controle social. *Revista da Faculdade de Direito UFPR*, 43(0), 1-17. Recuperado em 13 de junho 2019 de: <https://revistas.ufpr.br/direito/article/view/6992>. ISSN: 0104-3315 (impresso) 2236-7284 (eletrônico).
- Minayo, Maria Cecilia. S, & Sanches, Odécio. (1993). Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementariedade. *Cad. Saúde Pública do Rio de Janeiro*, 9(3), 239-262, jul-set. Recuperado em 15 de outubro 2018 de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>.
- Minayo, Maria Cecilia de Souza. (2008). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (11ª. ed., p. 416), São Paulo: Editora Hucitec. ISBN 85-271-0181-5.
- Minayo, Maria Cecilia de Souza. (Org.). (2001). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: 21ª ed. Editora Vozes. p. 80.
- Ministério da Justiça e Segurança Pública. (2018). Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN mulheres* (2ª ed., 79 p.). Thandara Santos (Org.). Marlene Inês da Rosa et al. (Col.), Brasília: MJSP http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf.
- Ministério da Saúde. (1987). Relatório Final. *I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF, Brasil, 1.
- Ministério da Saúde. (1994). Relatório Final. *II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF, Brasil, 2.
- Ministério da Saúde. (2002). Relatório Final. *III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF, Brasil, 3.
- Ministério da Saúde. (2010). Relatório Final. *VI Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF, Brasil, 4.
- Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* (p. 86). Brasília: Ministério da Saúde. INSB: 885-334-0775-0.

- Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *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: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2014). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de saúde no Sistema Prisional. *Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis a pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei* (p. 58). Brasília: Ministério da Saúde.
- Mitjavila, Myriam Raquel, Mathes, Priscilla Gomes. (2012). Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. *Physis Revista de Saúde Coletiva do Rio de Janeiro*, 22(4), 1377-1395. Recuperado em 25 de abril 2019 de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000400007&script=sci_abstract&tlng=pt. ISSN 0103-7331.p. 1377-1395.
- Moreira, Lisandra E., Toneli, Maria Juracy F. (2015). Do determinismo biológico ao determinismo familiar: uma análise de documentos jurídicos. In Angela Maria Pires Caniato et al (Orgs). *Psicologia Social, violência e subjetividades*. [Coleção Práticas Sociais, Políticas Públicas e Direitos Humanos, Ana Lídia Campos Brizola, Andrea Vieira Zanella (Coords.)] (v. 4, p. 173-196). [recurso eletrônico]. Florianópolis: Editora Abrapso. Recuperado em 23 de janeiro 2018 de: https://www.abrapso.org.br/download/download?ID_DOWNLOAD=476. ISBN 978-85-86472-23-7.
- Moura, Brunno Henrique, & Popperl, Mariana Soares. (2019). Belas, recatadas e loucas: mulheres no Manicômio Judiciário de São Paulo. *Revista Humanidades em Diálogo*, 9(1), 53-65. Recuperado em 11 de março 2019 de: <https://doi.org/10.11606/issn.1982-7547.hd.2019.154263>.
- Napoli, Mark. (2014). O sistema prisional e o preconceito social: uma reflexão sobre o encarceramento no país dos presídios. *Revista Brasileira de Direito Constitucional Aplicado*, 1(1), 47-55. Recuperado em 14 de novembro 2019 de: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwifwNnV95XnAhXWH7kGHTovAfcQFjAAegQIAxAB&url=http%3A%2F%2Fperiodicos.cesg.edu.br%2Findex.php%2Fdireito%2520constitucional%2Farticle%2Fdownload%2F153%2F227&usq=AOvVaw2GZ_9DP5R2I6fIZ4jr4PWf.
- Nery, Tamires L. da Silva. (2018). *Triste, louca ou má: um olhar sobre a mulher no contexto do manicômio judiciário*. (61 p.). Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em 20 de outubro de: <https://pantheon.ufrj.br/handle/11422/5905>.
- Nilo, Kelly, Morais, Maria Auxiliadora Barros, Guimarães, Maria Betânia de Lima, Vasconcelos, Maria Eliza, Nogueira, Maria Tereza Granha, & Abou-Yd, Miriam. (Orgs.) (2008). *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O Cotidiano de uma Utopia* (p. 258), Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
- Oliveira, Graziella Lage. (2006). *Saúde Mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte MG*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

(UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil. Recuperado em 3 de abril 2019 de: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiZs937-ZXnAhUaGLkGHc_rBNYQFjAAegQIBRAB&url=https%3A%2F%2Frepositorio.ufmg.br%2Fbitstream%2F1843%2FECJS-7FQPZD%2F1%2Fgraziella_lage_de_oliveira.pdf&usg=AOvVaw11fv5M3wYGZD_QvR0m7BVe.

Oliveira, Raimunda Félix de, Andrade, Luiz Odorico Monteiro de, & Goya, Neusa. (2012). Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva [on-line]* 17(11), 3069-3078. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100023>.

Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. (p. 206), Genebra: OMS. Recuperado em 15 de abril 2018 de: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.

PAI-PJ. (2017). *Cartilha PAI-PJ: A cidadania do Louco infrator é de responsabilidade de toda a sociedade*. (p. 8). Recuperado em 8 de abril 2018 de: http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/cartilha.html.

Passos, Izabel. C. F. (2009). *Loucura e sociedade: discursos, práticas e significações sociais*. (p. 186). Maristela Nascimento Duarte et al (Cols.) Belo Horizonte: Ed. Argvmentvm. ISBN 978 – 85-9885-73-5.

Passos, Rachel Gouveia. (2010). As vozes que ecoam: mulheres, ressentimentos e saúde mental. *Cadernos de História da Ciência – Instituto Butantan de São Paulo* V(1), 129-140, jan-jul. Recuperado em 8 de setembro 2019 de: <http://ojs.butantan.gov.br/index.php/chcib/article/view/165>.

Penido, Cláudia. M. F. (2005). A clínica e a formação nos CERSAMs de Belo Horizonte. In Paulo Amarante (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (v. 2, p. 91-112), Rio de Janeiro: NAU Editora.

Pereira, Isabel Brasil, & Lima, Júlio César França. (Orgs.) (2008). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* (2. ed. rev. e ampl., p. 478), Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. ISBN: 978-85-987-36-6.

Pereira, Melissa de Oliveira, Passos, Raquel Gouveia. (2017). *Luta antimanicomial e feminismos: discursos de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*. (p. 213). Rio de Janeiro: Editora Autografia Edição e Comunicação Ltda. ISBN: 978-85-518-073-9.

Pereira, Melissa de Oliveira. (2018). Gênero, feminismo e sistema de justiça: discursos interseccionais de gênero, raça e classe. In Luciana Boiteux, Patrícia Carlos Magno, Laize Benevides (Orgs.). *Diálogos enodados para uma aproximação entre saúde mental e mulheres*. (p. 1.312), Rio de Janeiro: Freiras Bastos. ISBN: 978-85-7987-334-8.

Pessotti, Isaias. (1999). Os nomes da loucura (34ª ed., p. 264), São Paulo: Fundação Biblioteca Nacional. INBN 85-7326-151-X.

- Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. (2002). Disponível em: recuperado em 10 de dezembro 2019 de: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.Pdf>.
- Prado, Luiz Regis. (2010). Curso de direito penal brasileiro (v.1: parte geral: arts. 1º a 120º. 9ª ed. rev. atual. e ampl., p. 1576), São Paulo: Revista dos Tribunais. ISBN-10: 8530983327 e ISBN-13: 978-8530983321.
- Prefeitura de Belo Horizonte. Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM. Recuperado em 16 de setembro 2010 de: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/urgencia-e-emergencia/cersam>.
- Queiroz, Paulo de Souza. (2005). Penas e medidas de segurança se distinguem realmente? *Boletim IBCCRIM de São Paulo*, 12(147), 15-16. Recuperado em 8 de outubro 2019 de: <https://www.pauloqueiroz.net/penas-e-medidas-de-seguranca-se-distinguem-realmente/>.
- Queiroz, Paulo de Souza (2010). Direito penal: parte geral. (6ª ed. rev. e ampl., pp. 442-444), Rio de Janeiro: Lumen Juris.
- Reale Junior, Miguel. (2002). *Filosofia do Direito* (20ª ed., p. 749). Belo Horizonte: Saraiva. ISBN 978-8502041479.
- Sá, Alvinho Augusto de, Alves, Jamil Chaim, & Barone, Rafael. (2013). Medidas de segurança: necessárias reflexões pós-advento da Lei de reforma psiquiátrica (Lei 10.216/2001). *Boletim IBCCRIM*, 249, p. 11.
- Santos, Juarez Cirino dos. (2007). *Direito penal. Parte geral* (2ª. ed., p. 651). Curitiba: ICPC; Lumen Juris. ISBN 978-85-375-0182-5.
- Secretaria de Coordenação das Políticas Sociais. (2003). *Projeto BH Vida: Saúde Integral* (p. 17). Propostas da Secretaria Municipal de Saúde na VIII Conferência Municipal de Saúde: etapa municipal da XII conferência nacional, Belo Horizonte. Recuperado em 5 janeiro 2020 de: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjEtcSJnfzmAhVqFLkGHQYjDIAQFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fwww.pbh.gov.br%2Fmsa%2Fbiblioteca%2Fgabinete%2Fbhvidasaudeintegral.doc&usg=AOvVaw2zI1rDZnmzIPvScU5VzM-m>
- Senra, Ana Heloisa. (2004) *Inimputabilidade: consequências clínicas sobre o sujeito psicótico* (p. 104). Belo Horizonte: Editora Annablume.
- Shultz, Duane P., & Schults, Sydney Ellen. (2005). *História da Psicologia Moderna* (p. 490), São Paulo: Editora Cultrix. ISBN: 978-85-221-0681-3.
- Silva, Haroldo Caetano da. (2010). Reforma Psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do PAILI. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 20(1), 112-115. Recuperado em 10 de fevereiro 2020 de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/15.pdf>.
- Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. (2010). *Relatório Final da IV*

Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010 (p. 210), Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Souza, Marta Elizabeth de, & Lobosque, Ana Marta. (Orgs.) (2006). *Atenção em saúde mental. Saúde em casa*, Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Swain-Navarro, Tania. (2013). *Mulheres indômitas e malditas: a loucura da razão. O mesmo e o outro: 50 anos de história da loucura*. Salma Tannus Muchail, Márcio Alves da Fonseca, Alfredo Veiga-Neto (Orgs.) (pp. 223-233), Belo Horizonte: Ed. Autêntica. ISBN: 978-85-8217-110-3.

Toledo, Francisco de Assis. (1982). *Princípios Básicos do Direito Penal* (p. 566.), São Paulo: Saraiva.

Triviños, Augusto Nilbaldo Silva. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. (p. 176.), São Paulo: Atlas. ISBN: 978-8522402731.

Venturini, Ernesto, De Mattos, Virgílio, & Oliveira, Rodrigo Torres. (2016). *Louco infrator e o estigma da periculosidade* (p. 356). Brasília: Conselho Federal de Psicologia. ISBN: 978-85-89208-77-2.

Venturini, Ernesto, Domenico, Casagrande, & Toresini, Lorenzo. (2017). *O crime louco* (p. 351). DE MATTOS, Virgílio (Org.). KARAM, Maria Lúcia (Trad.). Brasília: Conselho Federal de Psicologia. ISBN 978-85-89208-54-3.

Vianna, Cristina, & Diniz, Gláucia. (2014). Saúde Mental e Gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. In Valeska Zanello, & Ana Paula Muller de Andrade. *Gênero, Feminismos e Saúde Mental: implicações para a prática e a pesquisa em pesquisa clínica* (p. 244), Curitiba: Editora Appris. INSN 978-85-8192-325-3.

Yarochevsky, Leonardo Isaac, & Coelho, Thalita da Silva. (2013). Periculosidade criminal: conceito, tratamento e consequências. *Percurso Acadêmico, revista da PUC Minas em Belo Horizonte*, 3 (5), 23-34, jan.-jun. Recuperado em 31 de março 2019 de: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewjd-v-XhJbnAhXGLLkGHa8PDLMQFjAAegQIARAB&url=http%3A%2F%2Fperiodicos.pucminas.br%2Findex.php%2Fpercursoacademico%2Farticle%2Fview%2F6255%2F6983&usg=AOvVaw1f1fdiQqgkIMqkvkpl6d>.

Zaffaroni, Eugenio Raúl, & Pierangeli, José Henrique. (2011). *Manual de Direito Penal Brasileiro*. (9ª ed. rev. e atual., p. 796), São Paulo: Revista dos Tribunais.

Zanello, Valeska. (2014). A saúde mental sob viés de gênero, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In Valeska Zanello, & Ana Paula Muller de Andrade. *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. (p. 244), Curitiba: Editora Appris. ISBN 978-85-8192-325-3.

Zanello, Valeska, Fiuza, Gabriela, & Costa, Humberto Soares. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal Rev. Psicol. [online]*, 27(3), 238-246. Recuperado em 8 de outubro 2019 de: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v27n3/1984-0292-fractal-27-3-0238.pdf>. ISSN 1984-0292.

- Zanello, Valeska. (2017). Saúde Mental, Gênero e interseccionalidades. In Melissa de Oliveira Pereira, & Rachel Gouveia Passos (Orgs). *Luta antimanicomial e feminismos: discursões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira* (p. 52-69), Rio de Janeiro: Editora Autografia Edição e Comunicação Ltda. ISBN: 978-85-518-073-9.
- Zurba, Magda do Canto. (2011). Contribuições da psicologia social para o psicólogo na saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade*, 23 (Número especial), 25-37. Recuperado em 11 de novembro 2019 de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-71822011000400002&script=sci_abstract&tlng=pt. ISSN 1807-0310.

ANEXO I – Roteiro de Entrevista

Data entrevista: ____/____/____ Local: _____

Nome: _____

Telefone: Res. (____) _____ Cel: (____) _____ Serv. (____) _____

E-mail: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____ Tempo de profissão: _____

Cursos de especialização na área de atuação: _____

Tempo de atuação em serviços de saúde mental: _____

Locais de trabalho anteriores: _____

Exerce outra profissão ou trabalha em outro lugar: _____

Estado Civil: _____ Filhos/quantos: _____

Raça: _____ Religião: _____ Classe Social: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

RG: _____ CPF: _____ Registro profissional: _____

Tópicos da entrevista

1) **Prática de atuação no CERSAM**

- Você poderia me contar sobre a sua formação e a sua atuação na área de Saúde Mental?

- Como é sua rotina de trabalho aqui? Que tipo de casos são mais comuns?

- O que você acha da Reforma Psiquiátrica? O que você vê de mudança/alteração no tratamento dos portadores de sofrimento mental após a Reforma Psiquiátrica?

2) **Prática com usuários em Medidas de Segurança**

- Em relação aos usuários que cumprem Medidas de Segurança, ou seja, que tenham cometido algum tipo de crime, você já atuou em algum caso?
- Eram mais homens ou mulheres? Por que você imagina que tenha diferença no número?
- Quantas? E por qual período? Quais os tipos de diagnósticos destas usuárias? E quais os delitos cometidos por elas?
- Quais são as condutas profissionais ao realizar o atendimento/acompanhamento com mulheres loucas infratoras?
- Como funciona a re/inserção dessas usuárias nos serviços substitutivos dos CERSAMs?
- Quais seriam as práticas de atenção e cuidado mais indicadas para as mulheres com sofrimento mental que cometeram delitos/atos criminosos?
- Em sua opinião as mulheres com sofrimento mental são consideradas mais perigosas que as mulheres sem esse diagnóstico? Por quê? De que forma você percebe isso?

3) **Percepções críticas do/da profissional**

- Quais são os desafios envolvidos em casos de usuárias que tenham cometido algum crime?
- Você considera importante ter alguma conduta específica nesses casos?
- Você considera que seja necessária alguma mudança na atenção às mulheres em situação de medidas de segurança?
- Você gostaria de falar ou comentar sobre algum outro ponto/ situação que não foi discutido nesta entrevista?

ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado a participar como voluntária (a) da pesquisa intitulada “Loucura, gênero e periculosidade: a compreensão de trabalhadores na rede de saúde mental no atendimento de usuárias em medida de segurança”, que é conduzida pela mestranda Karla Patrícia Paiva Ferreira, sob orientação da Prof^ª. Dra. Lisandra Espíndola Moreira (orientadora) e do Prof. Dr. Cornelis Johannes van Stralen (co-orientador), vinculados ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A pesquisa tem por finalidade analisar como as questões de loucura, gênero e periculosidade constroem práticas específicas na atenção às usuárias em medida de segurança atendidas nos CERSAMs de Belo Horizonte/MG, a partir da compreensão dos trabalhadores da rede de saúde mental.

Você foi selecionado (a) por trabalhar na rede de Saúde Mental de Belo Horizonte e já ter realizado ou realizar atendimento a usuárias em medida de segurança. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder à entrevista semiestruturada. A entrevista terá duração de aproximadamente (01) uma hora, podendo variar de acordo com a sua disponibilidade, assim como o local, data e horário da entrevista. O entrevistador realizará a gravação da entrevista. Caso não queira que alguma resposta seja gravada, poderá solicitar o desligamento do gravador. As entrevistas serão desenvolvidas individualmente e serão gravadas, de modo que as falas possam ser transcritas na íntegra. Sua participação é voluntária. Para participar desta pesquisa você não terá quaisquer despesas ou danos (que tenhamos identificado até o momento) em decorrência de sua participação, mas se despesas ou danos vierem a ocorrer você poderá evidenciar e poderá ser ressarcido ou indenizado conforme o caso. Você também não receberá qualquer tipo de vantagem financeira e/ou material. Você terá o esclarecimento sobre esta pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem qualquer prejuízo. Você poderá retirar o consentimento de utilização dos dados coletados na entrevista, valendo a desistência a partir da data de formalização desta.

Informamos que os dados coletados no decorrer da entrevista não serão diretamente relacionados à identidade do (a) participante e da unidade da instituição em que atua nas publicações referentes à pesquisa. A pesquisa tratará as informações com

padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e 510 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando-as somente para fins acadêmicos e científicos. Durante toda a pesquisa serão garantidos tanto a não identificação quanto o direito à recusa do (a) entrevistado (a). Após a transcrição do material, o mesmo será analisado de forma qualitativa e os dados servirão para compor os resultados da pesquisa de modo geral. Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade do pesquisador responsável em local seguro e sigiloso pelo período de 05 anos e, após este período, será destruído. Uma cópia da entrevista realizada pode ser solicitada pelo entrevistado em qualquer etapa da realização da pesquisa. Você poderá ser indenizado (a) caso ocorra danos comprovados decorrentes desta pesquisa, nos termos da Lei. Os resultados obtidos pela pesquisa, a partir da sua entrevista, estarão à sua disposição quando finalizada. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar os desdobramentos desta pesquisa.

Você não terá benefícios pessoais diretos ao participar da pesquisa, mas poderá se beneficiar dos resultados e conclusões advindas da pesquisa e análises posteriores, que poderão se traduzir em benefícios para o conjunto de políticas públicas de Saúde Mental. Esperamos como benefício desta pesquisa a possibilidade de avaliar e identificar como são estruturados os serviços para mulheres em sofrimento mental autoras de atos considerados criminosos, contribuindo para proporcionar melhorias na interface entre a loucura, o gênero, a periculosidade. Os riscos envolvidos na sua participação consistem na exposição de suas opiniões e assim possíveis sensações de angústia ou ansiedade ao dialogar sobre os temas relacionados à entrevista. Esses riscos estão sendo minimizado pelo anonimato e o cuidado na condução da entrevista, podendo a qualquer instante optar por encerrar a entrevista ou não responder a qualquer questão ou tema que conste no roteiro. Em caso de necessidade será disponibilizado apoio em caso de gerar algum risco à integridade física, mental ou de qualquer outra natureza ao entrevistado (a).

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua e a outra do pesquisador responsável pela pesquisa. Se você tiver alguma dúvida a respeito desta pesquisa poderá perguntar aos pesquisadores. Contatos dos pesquisadores: Departamento de Psicologia, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Sala 4024. Campos Pampulha. Av. Antônio Carlos, 6627. CEP 31270-901. Telefone: 3409-6266. E-mail: karlapatricia.08psi@hotmail.com e/ou

lisandra.ufmg@gmail.com e/ou cjvanstralen@gmail.com. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com os pesquisadores, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG.

Em caso de dúvidas relativas à ética na pesquisa, segue o contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais/COEP - UFMG – (31) 3409-4592 Av. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha Unidade Administrativa II – 2º andar – sala 2005 CEP: 31270-901- Belo Horizonte - Minas Gerais coep@prpg.ufmg.br

Consentimento Livre e Esclarecido:

Eu, _____, portador (a) do documento de identidade _____. Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos, de maneira clara, detalhada e esclareci minhas dúvidas, concordo em participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Loucura, gênero e periculosidade: a compreensão de trabalhadores na rede de saúde mental no atendimento de usuárias em medida de segurança”. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar e concordo que os dados coletados na entrevista sejam utilizados para esta pesquisa. Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido, assinado por mim, pelos pesquisadores responsáveis. Tive a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Assinatura entrevistado (a) _____

Pesquisadores responsáveis:

Karla Patrícia Paiva Ferreira. Assinatura: _____

Dr^a Prof^a: Lisandra Espíndula Moreira. Assinatura: _____

Dr^o Prof^o. Cornelis Johannes van Stralen. Assinatura: _____