

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

GABRIELA RODRIGUES MANSUR DE CASTRO
A passagem ao ato na neurose e na psicose

Belo Horizonte
2012

GABRIELA RODRIGUES MANSUR DE CASTRO

A passagem ao ato na neurose e na psicose

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para obtenção de grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Estudos Psicanalíticos.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ângela Maria Resende Vorcaro.

Belo Horizonte
2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais

Castro, Gabriela Rodrigues Mansur de.

A passagem ao ato na neurose e na psicose / Gabriela Rodrigues Mansur de Castro; orientadora Ângela Maria Resende Vorcaro. – Belo Horizonte, 2012.

121 f.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Estudos Psicanalíticos.

1. A neurose e a psicose. 2. Passagem ao ato e *acting-out*. 3. O caso Ana. I. Anexo A. II. Anexo B. III Anexo C...

CODIGO XXX

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os pacientes do PAIPJ, pelo que nos ensinam.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por possibilitar meu ingresso no mestrado.

À Angela Vorcaro, pelo acolhimento, disponibilidade e orientação deste trabalho de pesquisa e escrita.

À Alessandra Bustamante, Cláudia Neves e Maria Elisa Campos, pela generosa interlocução.

À Cristiane Barreto, pela leitura viva e criteriosa.

À Lilany Pacheco, pela importante interlocução inicial da proposta de pesquisa que foi apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG.

Às professoras componentes da banca examinadora: Andréa Máris Campos Guerra e Fernanda Otoni de Barros-Brisset e Nádia Laguárdia de Lima, pela disponibilidade na leitura do texto e pelas preciosas contribuições.

À Marlene, pelo carinho e cuidado na revisão do texto.

Aos meus pais, Grá e Nana, por existirem em minha vida.

Ao PAIPJ, por me possibilitar o desafio sempre vivo do trabalho com a psicose na interface com o direito.

Ao Rômulo, pela presença.

RESUMO

Castro, Gabriela R. M. (2012). A passagem ao ato na neurose e na psicose. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Indagou-se a partir de um caso acompanhado no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAIPJ- a especificidade da passagem ao ato na estrutura neurótica e na psicótica. Para tanto, foram trabalhados pontos teóricos que permitiram elucidar as diferentes estruturas clínicas, bem como os conceitos de passagem ao ato e *acting out*. Esclareceu-se que a passagem ao ato na neurose é a precipitação do sujeito, a partir de um encontro desestabilizador, para fora da cena fantasmática onde ele ocupava uma posição de resposta ao desejo do Outro. Já na psicose, há uma tendência a operar diretamente sobre o real nos fenômenos de passagem ao ato, como forma de barrar o Outro em sua dimensão invasiva e excessiva. Por meio da construção do caso clínico apresentado, discutiu-se a relação entre angústia e ato e, como na psicose a angústia está a céu aberto e não funciona como um sinal, o sujeito pode ser lançado mais facilmente ao ato. Discutiu-se, ainda, a relação que o sujeito psicótico estabelece com seu corpo, e como a falta de recursos diante de um gozo que não se localiza, pode, às vezes, levá-lo à morte.

Palavras-chave: Psicanálise. Neurose. Psicose. Passagem ao ato. *Acting-out*.
Angústia.

RÉSUMÉ

Castro, Gabriela R. M. (2012). Le passage à l'acte dans la névrose e dans la psychose. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

A partir d'un cas clinique suivi dans le Programme d'Attention Intégrale du Patient Judiciaire – PAIPJ- ce travail pose la question de la spécificité du passage à l'acte chez les sujets névrotiques et psychotiques. Pour ce faire, des points théoriques ont été élaborés à fin d'élucider les différentes structures cliniques, ainsi que les concepts de passage à l'acte et *acting out*. Il a été explicité que le passage à l'acte dans la névrose est la précipitation du sujet, dans le contexte d'une rencontre troublante, que se situe au dehors de la scène fantasmatique dans laquelle il a occupé une position de répondre au désir de l'Autre. Pendant que, dans la psychose, il y a une tendance à opérer directement sur le réel dans les phénomènes de passage de l'acte. Il s'agit là d'une tentative d'arrêter l'Autre dans sa dimension envahissante et excessive. Au travers de la construction du cas clinique présenté, la relation entre l'angoisse et l'acte a été mise en discussion. Une fois que dans la psychose l'angoisse est a ciel ouvert et qu'elle ne fonctionne pas comme un signal, le sujet peut plus facilement se précipiter à l'acte. Il a été également discuté de la relation que le sujet psychotique établit avec son corps, et de quelle manière le manque de ressources pour faire face à une jouissance qui ne se localise pas, peut parfois le conduire vers la mort.

Mots-clés: Psychanalyse. Névrose. Psychose. Passage à l'acte. *Acting out*. Angoisse.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fórmula da metáfora paterna	21
Figura 2. Esquema L	22
Figura 3. Esquema R	23
Figura 4. Quadro esquemático: Inibição, sintoma e angústia.....	28
Figura 5. Segundo esquema da divisão	31
Figura 6. A Alienação	34
Figura 7. A Separação	34
Figura 8. Interseção negada	39
Figura 9. Tetraedro alienação/transferência	40
Figura 10. Tetraedro passagem ao ato/ <i>acting out</i>	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 A NEUROSE E A PSICOSE	12
2.1 Um breve retorno a Freud	12
2.2 A teorização de Jacques Lacan	19
2.2.1 Os três tempos lógicos.....	19
2.2.1.1 O primeiro tempo.....	19
2.2.1.2 O segundo tempo.....	20
2.2.1.3 O terceiro tempo.....	21
2.2.2 A psicose	22
3 PASSAGEM AO ATO E <i>ACTING OUT</i>	25
3.1 Freud e o ato	25
3.2 Os conceitos de passagem ao ato e <i>acting out</i> na teoria lacaniana	27
3.2.1 O caso da jovem homossexual e o caso Dora	29
3.2.2 Outras incursões sobre a passagem ao ato e o <i>acting out</i> em Lacan	33
3.2.2.1 Teses fundamentais a respeito do ato.....	36
3.3 O conceito de passagem ao ato ontem e hoje	42
3.4. Breves considerações sobre passagem ao ato e estruturas clínicas	44
4 O CASO ANA	46
4.1 Um pouco da história	46
4.2 A metodologia de trabalho no PAIPJ	47
4.3 O caso clínico como método.....	49
4.4 Construindo o caso clínico	50
4.5 O caso	52
4.5.1 Do processo	53
4.5.1.1 Sobre a verdade jurídica e a verdade psicanalítica	56
4.5.1.2 Os dados processuais.....	63
4.5.2 “Legítima defesa”	66
4.5.3 Sobre angústia e ato	76
4.5.4 Um corpo que cai	78
5 CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS	83
ANEXOS.....	89
ANEXO A – Dados do processo do homicídio contra o companheiro	89
A.1 – Transcrição da primeira declaração	89
A.2 – Transcrição da segunda declaração	90
A.3 – Transcrição do depoimento da irmã de Ana	93
A.4 – Do interrogatório realizado no Tribunal do Júri	94
ANEXO B – Perguntas do incidente de insanidade mental.....	96
ANEXO C – Incidente de insanidade mental (Processo do homicídio).....	97
ANEXO D – Incidente de insanidade mental (Processo de dano ao patrimônio)	99
ANEXO E – Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001.....	103
ANEXO F – Lei Estadual nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995 (texto atualizado) ...	107
ANEXO G – Resolução nº 633, de 4 de maio de 2010 (Consolidada pela Resolução nº 659/2011).....	116

1 INTRODUÇÃO

Como psicóloga judicial do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, lotada no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAIPJ, tenho como atribuição, entre outras, acompanhar o tratamento de portadores de sofrimento mental que cometeram crimes.

A partir de um caso acompanhado, deparamo-nos inicialmente com uma dificuldade diagnóstica e, por se tratar de um sujeito que se apresentava com inúmeras atuações, interrogamo-nos se haveria uma especificidade no estatuto da passagem ao ato considerando as estruturas clínicas nas quais ela ocorre, interessando-nos, particularmente, a neurose e a psicose. Partindo dessas primeiras indagações, verificamos a necessidade de se discutir os mecanismos que diferenciam a neurose e a psicose enquanto estruturas clínicas e o conceito de passagem ao ato e *acting out* na perspectiva psicanalítica, bem como a evolução desses conceitos no ensino lacaniano.

Contudo, foi durante a escrita do caso clínico – com base no material recolhido durante os anos de acompanhamento, das contribuições e indicações feitas pela banca de qualificação e orientações posteriores - que os pontos teóricos fundamentais a serem discutidos foram surgindo, dos quais se ressalta a relação entre ato e angústia, ponto de interesse teórico, entre outros, na construção do caso apresentado.

Assim, o presente trabalho foi dividido em introdução, três partes e a conclusão, além das referências bibliográficas e anexos.

Na parte 1, intitulada “A neurose e a psicose”, fazemos inicialmente um breve retorno aos textos freudianos que elucidam os mecanismos subjacentes à neurose histérica e obsessiva e às psicoses ditas alucinatórias. Em um momento inicial de sua obra, Freud toma a neurose assim como a psicose como formas de **defesa** do eu resultantes do **recalque**, termos que, aliás, ele trata indistintamente.

Em dois textos fundamentais de 1924, Freud postula que tanto na neurose quanto na psicose existe uma perturbação na relação do sujeito com a realidade. Contudo, enquanto na neurose o elemento conflitivo ignorado liga-se a um elemento

substituto, conferindo-lhe um significado simbólico, na psicose o substituto tenta colocar-se no lugar da realidade. Desse modo, a construção a partir da perda da realidade se dá pela fantasia, no caso da neurose, ou pelo delírio, no caso da psicose.

Em seguida, lançamos mão das teorizações de Jacques Lacan, que a partir da teorização freudiana do complexo de Édipo e da lógica da castração como organizadores da vida psíquica do sujeito, avançou distinguindo com agudeza teórica o funcionamento psíquico na neurose e na psicose.

A partir de três tempos lógicos, Lacan desdobra o complexo de Édipo, e pela fórmula da metáfora paterna, articula o desejo da mãe como barrado, ocorrendo a inclusão do significante do Nome-do-Pai no Outro, podendo então a significação fálica advir. Contudo, ao psicótico falta esse significante fundamental, pois sua inclusão no Outro não ocorre, mas sua forclusão (*Verwerfung*). Assim, Lacan extraiu as consequências para a estruturação psíquica do sujeito a partir da inclusão ou não do Nome-do-Pai no Outro. Quando há a inclusão se está no registro da neurose, tendo o recalque (*Verdrängung*) como mecanismo específico. No caso da não inclusão, se está no registro da psicose, na qual se faz presente a forclusão (*Verwerfung*) do Nome-do-Pai, que exclui o sujeito da norma fálica.

Na parte 2, “Passagem ao ato e *acting out*”, investigamos a gênese e o conceito da passagem ao ato, bem como do *acting out*, tomando como referências *princeps* Freud e Lacan.

Esclarecemos inicialmente que o tema do ato em Freud tem duas entradas: a primeira aborda o inconsciente como interpretável, a partir do ato falho e do ato sintomático; a segunda toma o ato como oposto à rememoração, como o que faz oposição ao inconsciente. Freud também introduz a discussão entre a rememoração e o *Agieren*, termo de origem latina que ele usava para descrever ação do paciente que utiliza o agir em vez do dizer.

Com Lacan, verificamos que, a partir do texto “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, o *acting out* demonstra que o campo da ação é antes de tudo simbólico; tal afirmação está atrelada ao movimento de localizar a psicanálise como campo da fala e linguagem, iniciado com o texto de mesmo nome, datado de

1953. Tal concepção sofrerá uma virada a partir do Seminário 10, sobre a angústia, de 1962-63, quando Lacan traça uma distinção entre *acting-out* e passagem ao ato a partir das elaborações sobre o objeto *a*.

Lacan recorda o termo usado por Freud: *Niederkommen Lassen*, traduzindo-o para o francês como *Laisser Tomber* (deixar cair), tomando esta expressão como correlata à passagem ao ato. Recorre à fórmula da fantasia ($\$ \leftrightarrow a$) e aponta que a passagem ao ato está do lado do sujeito na medida em que ele está apagado ao máximo pela barra. Esclarece que tudo que é *acting out* é o oposto da passagem ao ato; logo, ao contrário da passagem ao ato, o *acting out* é um apelo ao Outro e, essencialmente, alguma coisa que se mostra na conduta do sujeito.

Ao final, tecemos breves considerações sobre a passagem ao ato nas estruturas clínicas neurose e psicose. A passagem ao ato na neurose é justamente a precipitação do sujeito, a partir de um encontro desestabilizador, para fora da cena fantasmática onde ele ocupava uma posição de resposta ao desejo do Outro. Já na psicose, como gozo e Outro não se separam, há uma tendência a operar diretamente sobre o real nos fenômenos de passagem ao ato, em suas tentativas de barrar o Outro em sua dimensão invasiva e excessiva.

Em seguida, na parte 3 apresentamos e discutimos “O caso Ana”. Inicialmente fazemos uma apresentação do trabalho realizado pelo Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAIPJ e uma discussão sobre a construção do caso clínico - metodologia de pesquisa utilizada na presente dissertação. Tendo em vista a diversidade do material obtido durante o acompanhamento do caso, optamos, inicialmente, pela descrição dos dados recolhidos dos processos judiciais a que respondia Ana, o que possibilitou uma discussão sobre a questão da verdade na perspectiva jurídica e na psicanalítica. Posteriormente, apresentamos o material recolhido dos atendimentos realizados junto à paciente no PAIPJ. Nesse momento da escrita, articularam-se pontos teóricos cruciais, particularmente sobre a relação entre angústia e ato.

Devido à quantidade de material adquirido durante as supervisões do caso, pensamos, primeiramente, na escrita de um capítulo apenas para apresentar os dados das supervisões. Entretanto, com as orientações recebidas, percebemos que

se fazia necessário incluir os pontos da supervisão junto ao material recolhido nos atendimentos, já que as supervisões se deram nesse interstício.

Finalmente, a “Conclusão” nos permitiu extrair questões importantes, como a de verificar que, para alguns sujeitos psicóticos, como a angústia fica a céu aberto e não opera como um sinal, a passagem ao ato surge como solução, dificultando que alguma possibilidade de intervenção, de enlaçamento na cena do Outro se dê. E ainda, a linha, por vezes tênue, que separa o *acting out* da passagem ao ato tornando quase inapreensível o momento em que o sujeito se desgarra do Outro, caindo fora da cena. Por fim, a radicalidade da relação do sujeito psicótico com o corpo que, como território alheio, muitas vezes, o leva à morte.

2 A NEUROSE E A PSICOSE

2.1 Um breve retorno a Freud

Freud em “As neuropsicoses de defesa” (1894/1996) elucida os pontos em comum e os divergentes entre a neurose histérica e a obsessiva e, em seguida, trata do mecanismo próprio das psicoses alucinatórias. Aponta que o eu transforma uma representação poderosa e conflitiva em uma representação fraca, retirando-lhe o afeto - soma de excitação - do qual está carregada. A representação fraca não faz exigência de associação, mas a soma de excitação desvinculada tem que ser utilizada de alguma outra forma. Até esse ponto, histeria, obsessões e fobias possuem um mecanismo semelhante; a partir daí, todavia, tomam caminhos divergentes.

Ainda no texto de 1894, Freud mostra que na histeria a representação incompatível torna-se inócua pela transformação de sua soma de excitação em alguma coisa somática, e que a conversão estabelece uma defesa. Esclarece que o fator característico da histeria não é a divisão da consciência, mas a capacidade de conversão e aptidão para transpor somas de excitação para a inervação somática.

Nas obsessões e fobias há uma carência de aptidão para a conversão, ocorrendo um rechaço da representação incompatível, que se separa de seu afeto, ficando este obrigado a permanecer na esfera psíquica. A representação enfraquecida persiste na consciência separada de qualquer associação, mas seu afeto tornado livre liga-se a outras representações não incompatíveis em si mesmas, estabelecendo o que Freud denominou de falsa ligação; são essas representações que se transformam em ideias obsessivas. O afeto da obsessão parece estar desalojado ou transposto.

Para Freud (1894/1996), contudo, há uma espécie de defesa mais poderosa e bem-sucedida: nela, o eu rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido. A partir do momento em que isso é conseguido, o sujeito se encontra numa psicose. Assim, o eu rompe com a representação incompatível; esta fica, porém, inseparavelmente

ligada a um fragmento da realidade, de modo que, à medida que o eu obtém esse resultado, também ele se desliga da realidade.

Talvez não seja supérfluo assinalar que os três métodos de defesa aqui descritos, juntamente com eles, as três formas de doença a que levam esses métodos podem combinar-se numa mesma pessoa. [...] É verdade que a confusão alucinatória nem sempre é compatível com a persistência da histeria nem das obsessões, de um modo geral. Por outro lado, não é raro uma psicose de defesa irromper episodicamente no decurso de uma neurose histérica ou mista. (Freud, 1894/1996, p. 66)

Para Freud, nesse momento de sua obra, a neurose assim como a psicose são formas de **defesa** do eu, resultantes do **recalque**, termos que, aliás, ele trata indistintamente¹. Não há aqui a formulação de estrutura subjetiva como foi posteriormente precisada por Lacan, a partir da qual um sujeito neurótico jamais poderia tornar-se, estruturalmente, psicótico. Percebe-se, todavia, desde o início de sua obra, a importância que Freud deu à diferenciação dos mecanismos de defesa e, conseqüentemente, dos diferentes modos de funcionamento psíquico. Vê-se ainda que, a despeito de Freud não utilizar a noção de estrutura clínica, ele constatou nesse texto as conseqüências para a vida psíquica de um sujeito quando há o predomínio de um ou outro modo de funcionamento.

Em 1911, no caso Schreber descrito em “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides)”, Freud postulou os princípios que orientam, ainda hoje, o trabalho psicanalítico com a psicose, quais sejam: o delírio como tentativa de cura e aquilo que é abolido internamente retorna desde fora, avançando em sua primeira postulação acerca da paranoia como um mecanismo projetivo, apontado o mecanismo estrutural da psicose que posteriormente foi retomado por Lacan.

Em 1914, no importante texto “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914a) Freud teceu uma série de elaborações acerca do lugar ocupado pelo narcisismo nas relações entre o eu e os objetos externos. Ele o fez a partir das críticas realizadas

¹ Como aponta Guerra (2007, p. 27), posteriormente, no texto “Inibições, sintomas e ansiedade” (1926[1925]/1976), Freud propôs que o termo “defesa” fosse utilizado para todas as técnicas empregadas pelo eu em conflitos que levassem à neurose, psicose ou perversão. E quanto ao termo “recalque”, propôs que seu uso fosse restrito ao mecanismo particular da estrutura neurótica.

Utilizou-se no presente texto o termo “recalque” em substituição ao termo “repressão”, usado na tradução da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud para o português, assim como o termo “pulsão”, em substituição a “instinto” e “eu”, em substituição a “ego”. Apenas mantiveram-se os termos “repressão”, “instinto” e “ego” nas citações literais.

por Jung quanto à inaplicabilidade da teoria da libido à esquizofrenia. Recolheu-se desse texto o ponto de interesse para presente discussão, qual seja, os elementos que permitem diferenciar a neurose da psicose.

Segundo Freud (1914a/1996), os parafrênicos (categoria pertencente às neuroses narcísicas) exibem duas características fundamentais, a saber: a megalomania e o desvio do interesse pelas coisas e pessoas do mundo externo. De maneira distinta, na histeria e na neurose obsessiva (neuroses de transferência), apesar de nelas ocorrer, também, um desvio de interesse do mundo externo, não ocorre um corte nas relações eróticas com as coisas e pessoas, que ficam retidas na fantasia - o que não se dá na parafrenia.

Freud afirma, ainda, que o valor dos conceitos de “libido do ego” e “libido do objeto” reside no fato de que eles se originam do estudo das características íntimas dos processos neuróticos e psicóticos; sustentando, naquele momento de sua obra, a distinção entre pulsões sexuais e pulsões do eu. Diz Freud:

A diferença entre as afecções parafrênicas e as neuroses de transferência parecem-me estar na circunstância de que, nas primeiras, a libido liberada pela frustração não permanece ligada a objetos na fantasia, mas se retira para o ego. A megalomania corresponderia, por conseguinte, ao domínio psíquico dessa última quantidade de libido, e seria assim a contrapartida da introversão para as fantasias que é encontrada nas neuroses de transferência [...]. (Freud, 1914a, p. 93)

No texto metapsicológico “Luto e melancolia” (1917[1915]/1996), a partir dos aportes teóricos desenvolvidos em “Sobre o narcisismo”, de 1914, Freud avança e teoriza que na melancolia a catexia objetual não se desloca para outros objetos, mas se retira para o eu, estabelecendo uma identificação narcísica com o objeto perdido ou abandonado. “Assim, a sombra do objeto caiu sobre o ego, e este pôde, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado” (Freud, 1917[1915]/1996, p. 254). Nesse sentido, a perda do objeto se transforma numa perda do próprio eu, que passa a ser alvo de recriminações e autodepreciações. Freud esclarece que essa substituição da identificação narcísica pelo amor objetual constitui importante mecanismo nas afecções denominadas narcísicas.

No texto “Recalque” (1915/1996), Freud aponta que um dos destinos da pulsão é o recalque. Elucida a existência de um recalque primevo, que consiste em negar entrada no consciente ao representante psíquico (ideacional) da pulsão,

estabelecendo-se, dessa forma, uma fixação, a partir da qual o representante em questão fica inalterado e a pulsão permanece ligada a ele. Tem-se, então, uma segunda fase, denominada de recalque propriamente dito, que afeta os derivados psíquicos do representante recalcado e, devido a ligações associativas, outras ideias sofrem o mesmo destino do que foi primeiramente recalcado. Na realidade, portanto, o recalque propriamente dito é uma pressão posterior.

Todavia, como desenvolve Freud, o recalque não impede que o representante pulsional continue a existir no inconsciente e estabeleça ligações. Assim, o recalque não deve ser encarado como um fato que acontece uma vez, mas exige um dispêndio persistente de força. Nesse sentido, os sintomas neuróticos são constituídos a partir dos derivados do recalcado que tiveram acesso à consciência.

Freud (1915/1996) postula que o representante psíquico pulsional possui uma ideia (*Vorstellung*) e uma quota de afeto (energia psíquica), com a qual é catexizado. Esclarece que o destino geral da ideia no processo de recalque é desaparecer ou ser afastada da consciência. Quanto ao fator quantitativo, ou seja, o afeto, este pode sofrer três vicissitudes: ser inteiramente suprimido; aparecer como outro afeto qualitativamente diferente; ser transformado em angústia. Assim, o destino do afeto no recalque é mais importante que o da ideia, no sentido de alcançar seu propósito de evitar o desprazer no aparelho psíquico.

O pai da psicanálise se pergunta se para cada psicose existe um mecanismo de recalque que lhe seja peculiar. Aponta que, via de regra, o recalque cria uma formação substitutiva sobre a parcela ideacional do representante psíquico, elucidando que não é o recalque que produz formações substitutivas e sintomas, mas o retorno do recalcado. Em seguida, faz distinções entre o que denomina de histeria de angústia, histeria de conversão e neurose obsessiva.

No que se refere à histeria de angústia, ainda no texto de 1915, Freud retoma seu caso “Homem dos Lobos”- publicado em 1918, mas já concluído em seus pontos essenciais desde 1915. Esclarece que ali a formação do substituto para a parcela ideacional do representante pulsional ocorreu por deslocamento. Em substituição ao pai, um animal se presta a ser objeto de angústia, o que resulta em um medo de lobo. Segue-se a isso uma tentativa de fuga, de um grande número de evitações

destinadas a impedir a liberação da angústia, ou seja, a formação de uma fobia propriamente dita.

Na histeria de conversão é possível provocar um desaparecimento total da quota de afeto. Quando isso não ocorre, sensações aflitivas podem se ligar aos próprios sintomas. O conteúdo ideacional do representante pulsional é totalmente retirado da consciência; como um substituto há uma inervação somática sensorial ou motora. Na medida em que o recalque na histeria de conversão só se torna possível pela extensa formação de substitutos, ela pode ser julgada como destituída de êxito; contudo, no que se refere à quota de afeto, verdadeira tarefa do recalque para Freud, há aí um êxito total.

Quanto à neurose obsessiva, tem-se por base uma regressão devido à qual uma tendência sádica é substituída por uma afetiva, tornando o impulso hostil, contra alguém que é amado, sujeito ao recalque. Assim, o recalque que, inicialmente, é bem-sucedido, não se firma, e a ambivalência que o permitiu, pela formação de reação, constitui também o ponto em que ele consegue retornar como angústia social e moral e autocensuras ilimitadas, colocando em jogo o mecanismo de fuga por meio de evitações e proibições. Para Freud, na neurose obsessiva, o trabalho de recalque se prolonga numa luta estéril e interminável.

Em seu texto “A negativa” (1925/1996), Freud afirma que a negação [*Verneinung*] é um caminho possível para que o material recalcado acesse a consciência. Para Freud, afirmar ou negar um pensamento é um julgamento intelectual, sendo o juízo negativo um substituto intelectual do recalque. Propõe, em seguida, a distinção de duas operações fundamentais ligadas à função do julgamento: o juízo de atribuição e o juízo de existência.

O juízo de atribuição implica a introjeção pelo eu [*Ich*] do que é bom e na ejeção do que é mau, ou seja, o que é estranho ao eu. Já o juízo de existência refere-se ao julgamento do eu, se algo existente em si como representação pode também ser reencontrado na percepção (realidade). Aqui, trata-se de uma questão de externo e interno. “O que é não-real, meramente uma representação e subjetivo, é apenas interno; o que é real está também lá fora” (Freud, 1925/1996, p. 267). Assim, a oposição entre subjetivo e objetivo não existe desde o início, de modo que o objetivo primeiro do teste de realidade não seria encontrar, mas reencontrar o objeto

correspondente ao representado, desde sempre perdido. Assim, o julgar é uma continuação do processo segundo o qual o eu integra ou expelle coisas de si de acordo com o princípio do prazer. Logo, a polaridade do julgamento corresponde a dois grupos: “Enquanto a afirmação [*Behajung*] – como substituto da união – pertence a Eros; a negativa [*Verneinung*] – o sucessor da expulsão [*Ausstosung*] – pertence ao instinto de destruição” (Freud, 1925/1996, p. 268-69). Logo, se o juízo de existência constitui a realidade que se situa fora, só será realidade para o sujeito aquilo que será reencontrado, mas na medida em que ela já esteja representada dentro (simbolizada), em virtude do primeiro juízo, o de atribuição

Na discussão do texto freudiano “A negativa” (1925), Lacan (1954/1998) reafirma a dimensão fundadora da ordem simbólica na *Behajung*, ou seja, para que um sujeito não queira saber de algo que se refere ao recalque, é preciso que esse algo tenha vindo à luz pela simbolização primordial [*Behajung*]. Assim, enquanto para Freud a *Behajung* seria a operação necessária ao julgamento atributivo e, em consequência, a condição de existência de um objeto na realidade, para Lacan ela encerraria a condição de possibilidade de simbolização, possibilidade de dar sentido às coisas.

Lacan propõe que na psicose “o que teria sido submetido à *Behajung*, à simbolização primitiva, terá diversos destinos, o que cai sob o golpe da *Verwerfung*² terá outro. [...] Há, portanto, na origem, *Behajung*, isto é, afirmação do que é, ou *Verwerfung*” (Lacan, 1955-56/2002, p.98). Ou seja, a *Verwerfung* se articula à inoperância da *Behajung*, ou juízo de atribuição, precedente necessário a qualquer aplicação possível da *Verneinung*. Pode-se, então, compreender que na *Verwerfung* trata-se de uma inscrição que não se faz, ao contrário da *Behajung*, que implicaria exatamente a inscrição desse significante primordial (Guerra, 2007).

Articulada ao significante, a *Verwerfung* é considerada por Lacan “como forclusão do significante. No ponto em que, chamado o Nome-do-Pai, pode, pois, responder no Outro um puro e simples furo” (Lacan, 1957-58/1998, p. 564). Diz-se então de uma inscrição que não é feita, ao contrário da *Behajung*, em que ocorre a inscrição

² Forclusão é o termo cunhado por Lacan para equivaler ao termo freudiano *Verwerfung* e designa o mecanismo essencial da psicose: a forclusão do Nome-do-Pai (que equivale a não inclusão na norma edipiana). Segundo Quinet (2006, p. 47), se se utiliza esse termo neológico – derivado do francês *forclusion*, cuja tradução exata, como termo jurídico, é “prescrição” - é porque o que está “foracluso” do lado de dentro retorna no lado de fora, ou seja, na realidade sob forma de alucinações e delírios. O excluído está incluído do lado de fora, daí, foracluso. In: Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

desse significante primordial. Logo a forclusão ou *Verwerfung* implica uma não-representação de uma percepção primitiva, tornando-a por isso, real, de forma que o dentro inaugural é expulso, produzindo como resultado um estado de percepção que não consegue ser representado. Assim, a irrupção de uma psicose pode ocorrer justamente quando o Nome-do-Pai foracluído é invocado, provocando uma cascata de remanejamentos imaginários³.

Em 1924 o pai da psicanálise produziu dois textos: “Neurose e psicose” (1924[1923]/1996) e “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924/1996), onde demonstrou que tanto na neurose quanto na psicose existe uma perturbação na relação do sujeito com a realidade, ou seja, há perda de realidade. Todavia, a diferença entre elas está no modo como cada uma irá, em um instante posterior, recompor a relação com a realidade.

Na neurose, um fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga, ao passo que na psicose, a fuga inicial é sucedida de uma fase ativa de remodelamento; na neurose, a obediência inicial é sucedida por uma tentativa adiada de fuga. Ou ainda, expresso de outro modo: a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia e tenta substituí-la. (Freud, 1924/1996, p. 207)

Assim, enquanto na neurose o elemento conflitivo ignorado liga-se a um elemento substituto, conferindo-lhe um significado simbólico, na psicose o substituto tenta colocar-se no lugar da realidade. Desse modo, a construção a partir da perda na realidade se dá pela fantasia, no caso da neurose, ou pelo delírio, no caso da psicose.

Apoiando-se nas premissas freudianas e recorrendo aos recursos da Linguística, Lacan formulou a noção de estrutura clínica bem como produziu a depuração dos diferentes mecanismos de funcionamento psíquico subjacentes em cada uma delas. A partir da teorização freudiana do complexo de Édipo e da lógica da castração como organizadores da vida psíquica do sujeito, Lacan avançou distinguindo o funcionamento psíquico na neurose e na psicose.

³ Recordamos o caso de um homem que, após a separação judicial da esposa, entra com o pedido de guarda da filha. A partir de então constrói um delírio persecutório no qual ele e a filha seriam alvo de policiais federais, todos ligados à ex-mulher.

2.2 A teorização de Jacques Lacan

Como já foi apontado, Lacan formalizou o conceito de estruturas subjetivas, que se referem às diferentes formas de resposta à castração, sendo a referência ao Édipo o que permite localizar tal diferença. São elas: neurose, psicose e perversão. No presente trabalho, destacaram-se as diferenças entre neurose e psicose.

2.2.1 Os três tempos lógicos

Lacan em “O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente” (1957-58/1999) propôs três tempos lógicos para se compreender o complexo de Édipo.

2.2.1.1 O primeiro tempo

Partindo da proposição freudiana da equivalência bebê e falo, Lacan aponta que, no primeiro tempo do Édipo, a criança está em posição de identificação ao falo materno, ou seja, identificada specularmente ao objeto de desejo da mãe. “O que ela busca é poder satisfazer o desejo da mãe, isto é, ‘*to be or not to be*’ o objeto de desejo da mãe” (Lacan, 1957-58/1999, p.197). Nesse tempo, a mãe se constitui como um Outro absoluto, sem lei e sem barra, subjugando caprichosamente a criança, que se encontra aí assujeitada.

É ainda nesse primeiro tempo que ocorre o que Lacan denominou de estágio do espelho.

Esse desenvolvimento é vivido como uma dialética temporal que projeta decisivamente na história a formação do indivíduo: o *estádio do espelho* é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica – e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental. (Lacan, 1949/1998, p. 100)

Lacan postula que a constituição do eu se dá por intermédio da imagem do outro, que através de seu olhar vai possibilitar a um bebê, ainda imaturo fisiologicamente, a antecipação da unidade corporal, logo, da unidade do eu. É através da imagem do outro que o eu se forma, de um duplo especular, o que confere à subjetividade um caráter paranoico, já que o eu nunca está só, mas acompanhado de seu duplo, que

nada mais é do que seu ideal, o eu-ideal: i(a). Esse outro – eu mesmo, a-a', é o par do estádio do espelho que constitui o modelo do registro imaginário do sujeito.

2.2.1.2 O segundo tempo

Aqui se inaugura a simbolização. Por meio do jogo *Fort-Da*⁴ (longe, lá - aqui) a criança pode simbolizar a ausência da mãe. Para tanto, faz-se preciso a intervenção de um terceiro que introduza a interdição do bebê como falo da mãe do primeiro tempo. No plano imaginário, o pai intervém efetivamente como privador da mãe. Essa interdição promovida pela instância paterna, como metáfora do Pai, é o que, no discurso materno, representa o pai, significando para a criança que o Desejo da Mãe se encontra em outro lugar. De Outro absoluto, caprichoso e sem barra, a mãe passa a também ser submetida a uma lei.

É o Nome-do-Pai (pai enquanto função simbólica) o significante que faz a mãe ser simbolizada, que se inscreve no lugar do Outro, instaurando assim para o sujeito o lugar da Lei. A partir da castração no Outro (~~A~~) constitui-se o inconsciente como barrado ao sujeito, ou seja, a estrutura neurótica está posta e o acesso ao simbólico possibilitado pelo complexo de Édipo.

A estreita ligação desse remeter a mãe a uma lei que não é a dela, mas a um de Outro, com o fato de o objeto de seu desejo ser soberanamente possuído, na realidade, por esse mesmo Outro a cuja lei ela remete, fornece a chave da relação do Édipo. O que constitui seu caráter decisivo deve ser isolado como relação não com o pai, mas com a palavra do pai. (Lacan, 1957-58/1999, p. 199)

⁴ Freud em “Além do princípio do prazer” (1920) descreve uma brincadeira que observou em seu neto. A criança tinha o hábito de lançar objetos para longe e apanhá-los novamente. Enquanto procedia assim, emitia um som “o-o-o-ó”, que representava a palavra alemã ‘fort’, traduzida por “ir embora”, “partir”. Em um segundo momento, Freud observa que o neto, tendo em mãos um carretel de madeira com um cordão amarrado em volta, arremessava-o sobre a borda de sua cama, de maneira que ele desaparecia e ao mesmo tempo a criança emitia som “o-o-o-ó” (ir embora). Em seguida puxava o carretel e saudava seu reaparecimento com um alegre ‘da’ (aqui). Freud (1920) interpreta a brincadeira do neto como uma renúncia a uma satisfação pulsional que a criança efetuara ao deixar a mãe ir embora sem protestar. Compensava-se por isso, por assim dizer, encenando ele próprio o desaparecimento e a volta dos objetos que se encontravam ao seu alcance, assumindo um papel ativo diante da experiência desagradável da ausência materna.

Lacan em “O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” (1964) aponta que Freud percebe a repetição no brinquedo do neto, no *fort-da* reiterado, sublinhando que a criança obstrui o efeito de desaparecimento da mãe fazendo-se agente: “Pois o jogo do carretel é a resposta do sujeito àquilo que a ausência da mãe veio criar na fronteira de seu domínio – a borda de seu berço – isto é, um fosso, em torno do qual ele nada mais tem a fazer senão o jogo do salto” (Lacan, 1964/1998, p. 63).

2.2.1.3 O terceiro tempo

É o tempo de declínio do Édipo. O pai, enquanto portador do falo, tem que dar provas disso. Intervindo como aquele que tem, mas não o é, o pai pode produzir “a balança que reinstaura a instância do falo como objeto desejado da mãe, e não mais apenas como objeto do qual ele (o pai) pode privar” (Lacan, 1957-58/1999, p.200).

O pai aparece como suporte de identificação - Ideal do eu: I(A) - possibilitando a virilidade ao menino e à menina o poder situar-se como objeto de desejo para um homem.

De maneira sucinta, esclarece Lacan:

Em primeiro lugar, a instância paterna se introduz de uma forma velada, ou que ainda não aparece. Isso não impede que o pai exista na realidade mundana, ou seja, no mundo, em virtude de neste reinar a lei do simbólico. Por causa disso, a questão do falo já está colocada em algum lugar da mãe, onde a criança tem de situá-la. Em segundo lugar, o pai se afirma em sua presença privadora, como aquele que é o suporte da lei, e isso já não é feito de maneira velada, porém de um modo mediado pela mãe, que é quem o instaura como aquele que lhe faz a lei. Em terceiro lugar, o pai se revela como aquele que tem. É a saída do complexo de Édipo. Essa saída é favorável na medida em que a identificação com o pai é feita nesse terceiro tempo, no qual intervém como aquele que tem o falo. Essa identificação chama-se *Ideal do eu*. (Lacan, 1957-58/1999, p. 200)

Na fórmula da metáfora paterna (substituição significante) proposta por Lacan, o desejo da mãe é barrado, ocorrendo a inclusão do Nome-do-Pai no Outro e a significação fálica, ou seja, o falo enquanto significante do desejo do Outro. “O Nome-do-Pai, isto é, o pai simbólico, é um termo que subsiste no nível significante, que, no Outro como sede da lei, representa o Outro. É o significante que dá esteio à lei, que promulga a lei. Esse é o Outro no Outro” (Lacan, 1957-58/1999, p. 152).

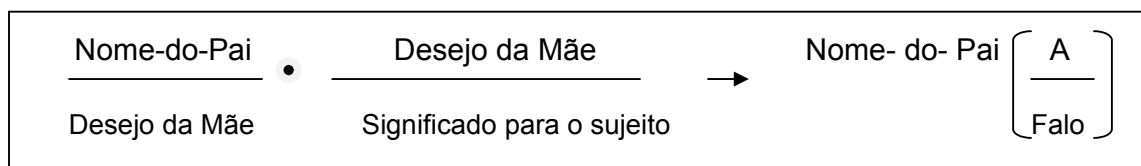


Figura 1. Fórmula da metáfora paterna (Lacan, 1957-1958/1998, p. 563)

2.2.2 A psicose

Lacan em “O Seminário, livro 3: as psicoses” (1955-56/2002), em “O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente” (1956-57/1999) e em seu texto de 1958 “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, publicado em seus “Escritos” desenvolve teorizações sobre a psicose. Nessa época, ele discutiu sobre como o simbólico afeta o imaginário, tomando o caso Schreber como referência.

Apesar de já ter lançado em “O Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise”(1954-55/1985), é no Seminário sobre as psicoses que Lacan desenvolve o esquema L (Lambda).



Figura 2. Esquema L (Lacan, 1955-56/2002, p. 22)

Neste esquema encontramos o eixo imaginário: eu-outro/ mãe-filho (a-a') e o eixo simbólico: sujeito e Outro (S-A). No que se refere ao eixo imaginário, Lacan esclarece que se trata de uma relação especular, imaginária, que comporta a agressividade. Tal relação, através do complexo de Édipo, é atravessada pelo eixo simbólico, de modo que relação incestuosa entre mãe e filho sofre um corte quando o pai no lugar do Outro (A) opera uma interdição, garantindo a não reversibilidade do eixo imaginário. Ele diz à mãe: “Não reintegrarás seu produto” e ao filho: “Não possuirás sua mãe”.

O esquema L é o precursor de outro esquema, o esquema R (de realidade), no qual se verifica a constituição do campo da realidade na neurose. Para tanto, Lacan lançou mão de dois triângulos: um simbólico e outro imaginário, sendo o campo da realidade inserido num ponto de entrecruzamento dos dois registros.

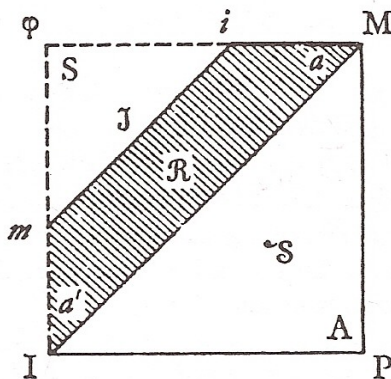


Figura 3. Esquema R (Lacan, 1957-58/1998, p. 559)

De um lado está a mãe (M), objeto primordial, e do outro extremo o falo, o fi, que a criança atribui à mãe no primeiro tempo de Édipo, tempo em que a criança ainda desconhece a castração materna. Vemos ainda o sujeito (S) alojado como falo da mãe. Todavia, o pai (P) no lugar do Outro (A), surge tensionando o lugar do filho enquanto falo da mãe, proibindo a relação incestuosa mãe e filho e extraindo a criança do corpo materno, garantindo assim a cadeia simbólica como lei. É exatamente esse ponto terceiro que abre a dimensão simbólica que sustenta o imaginário, possibilitando assim uma distância entre o eu e sua imagem, entre o objeto e a imagem do objeto no outro, tornando possível o campo da realidade.

Foi a partir do esquema R, que Lacan, ainda no texto de 1958 sobre o tratamento possível da psicose, pensou o campo da realidade na psicose. Tomando como referência o caso Schreber, ele propôs o esquema I. Não se entrará em detalhes neste ponto, pois se acredita que tais desenvolvimentos extrapolam a objetivo deste trabalho neste momento. Entretanto cabem ainda alguns esclarecimentos. Lacan (1957-58/1998) afirma que no desencadeamento da psicose ocorre um desmonte do campo da realidade e, como consequência, um desabamento do imaginário. Como já se discutiu anteriormente, uma das formas de que o psicótico vai lançar mão no trabalho de reconstrução do campo da realidade, é o delírio. Nesse momento de seu ensino, Lacan ainda toma a psicose como um déficit, um déficit simbólico, já que ao psicótico falta o significante fundamental, o Nome-do-Pai, que garante a cadeia simbólica. Assim, na estrutura psicótica o processo de inclusão do Nome-do-Pai no Outro não ocorre, e o sujeito não é submetido à castração simbólica, pois ocorre o fracasso da metáfora paterna, conseqüentemente, a impossibilidade de a

significação fálica advir. Aqui não se trata da ausência do pai real, pois esta é compatível com a presença do significante, mas sim da carência do próprio significante (Lacan, 1957-58/1998).

Assim, se é o significante fálico que possibilita ao sujeito se posicionar na partilha dos sexos, o psicótico se encontra numa problemática fora do sexo e, por falta da referência simbólica, funciona no registro imaginário.

A *Verwerfung* será tida por nós, portanto, como *foraclusão* do significante. Do ponto em que, veremos de que maneira, é chamado o Nome-do-Pai, pode pois responder no Outro um puro e simples furo, o qual, pela carência do efeito metafórico, provocará um furo correspondente no lugar da significação fálica. (Lacan, 1957-58/1998, p. 564)

Ademais, a relação do psicótico com a cadeia significante é caracterizada pelos distúrbios da linguagem, o que se mostra por meio de alucinações verbais. Se o Outro no neurótico é mudo, na psicose Ele fala, de modo que se o sujeito neurótico habita a linguagem, o psicótico é habitado, possuído pela linguagem.

Tanto na neurose como na psicose o Outro é o lugar do tesouro dos significantes; contudo, na psicose o Outro não é barrado, é consistente, como o do primeiro tempo do Édipo, que goza do outro como de um objeto que lhe pertence.

Lacan extraiu as consequências para a estruturação psíquica do sujeito a partir da inclusão ou não do Nome-do-Pai no Outro. Quando há a inclusão se está no registro da neurose, tendo o recalque [*Verdrängung*] como mecanismo específico. No caso da não-inclusão, se está no registro da psicose, na qual se faz presente a foraclusão [*Verwerfung*] do Nome-do-Pai, que exclui o sujeito da norma fálica.

Apresentados os aportes teóricos que permitem diferenciar as estruturas clínicas neurose e psicose, no próximo capítulo deter-se-á sobre o conceito de passagem ao ato e *acting out* e suas especificidades na neurose e na psicose, entre outras questões.

3 PASSAGEM AO ATO E *ACTING OUT*

3.1 Freud e o ato

Segundo Brodsky (2004) o tema do ato em Freud tem duas entradas. A primeira em “Psicopatologia da vida cotidiana”, de 1901, bem como na “Interpretação dos Sonhos” (1900) e em “Os chistes e sua relação com o inconsciente” (1905). Nesses trabalhos Freud apresenta a ideia de que o inconsciente é interpretável e se manifesta através de suas formações e de seus retornos. Dessa maneira, é na perspectiva do ato falho ou do ato sintomático que o ato surge na psicanálise freudiana. Para Freud os atos não são inocentes, não são meros movimentos, têm uma significação e são interpretáveis, do mesmo modo que um sonho o é.

A segunda grande entrada para a questão do ato no ensino freudiano se dá a partir de “Recordar, repetir e elaborar” (1914b/1996). Neste texto, Freud aborda o ato em uma perspectiva diferente, opondo-o à rememoração, de modo que o ato aqui não é mais interpretável, fazendo assim uma oposição ao inconsciente. Segundo o pai da psicanálise, com o abandono da hipnose, a tarefa de recordar o momento em que o sintoma se forma passa a se dar a partir da associação livre. Caberia ao analista revelar as resistências desconhecidas ao paciente, para que, dessa forma, ele preenchesse as lacunas de sua memória.

A fim de salientar a diferença, podemos dizer que o paciente não *recorda* coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; *repete-o*, sem, naturalmente, saber que o está repetindo. (Freud, 1914b/1996, p.165)

Outrossim, Freud (1914b/1996) afirma que, quando um paciente chega ao tratamento, é esperado que ele repita suas inibições, seus sintomas, pois não pode fugir à repetição, ou seja, repetir é sua maneira de recordar. Contudo, interessa ao analista a relação entre compulsão à repetição, transferência e resistência. Para Freud, a transferência é apenas um fragmento da repetição, e a repetição é uma transferência do passado não recordado para o analista, como também para outros aspectos da vida do paciente. Quanto à resistência, quanto maior for, “mais extensivamente a atuação (*acting-out*) (repetição) substituirá o recordar, pois o recordar ideal do que foi esquecido, que ocorre na hipnose, corresponde a um estado no qual a resistência foi posta completamente de lado” (Freud, 1914b/1996,

p. 166). Assim, o paciente repete ao invés de recordar e repete sob as condições da resistência. Ao analista cabe, por meio do manejo da transferência, manter na esfera psíquica, ou seja, no trabalho de recordar, os impulsos que o paciente gostaria de dirigir para a esfera motora.

Por fim, não basta que o analista nomeie a resistência ao paciente, mas é preciso que o último possa elaborá-la.

Esta elaboração das resistências pode, na prática, revelar-se uma tarefa árdua para o sujeito da análise e uma prova de paciência para o analista. Todavia, trata-se da parte do trabalho que efetua as maiores mudanças no paciente, e distingue o tratamento analítico de qualquer tipo de tratamento por sugestão. (Freud, 1914b/1996, p. 171)

Assim, Freud introduz na discussão sobre o recordar, o repetir e o elaborar a distinção entre a rememoração e o *Agieren*⁵. Este último termo tem origem latina e Freud o utilizava para falar da ação do paciente que usava o agir em vez do dizer. O termo tem o sentido de mover-se, de ação, de atuação, bem como o de reatualizar, na transferência, uma ação anterior, daí sua relação com a repetição.

Kaufmann (1996) aponta que Freud em “Recordar, repetir e elaborar” nomeia a atuação usando o termo *Agieren*, tradução do inglês *acting out*, expressão que sublinha sua dimensão de jogo teatral. Nessa ocasião Freud também introduziu a compulsão à repetição e a associou à transferência, na medida em que esta seria a repetição em ato daquilo que não se pode recordar. Fora ou dentro de uma sessão de análise, um *acting out* reproduziria um clichê ou um roteiro inconsciente, possuindo uma dimensão transferencial. Para Kaufmann (1996), na análise um *acting out* pode constituir um apelo, um desafio, uma réplica, que atestariam uma incapacidade do dizer, correspondendo a uma intervenção no real ou significando o que a interpretação deixou de considerar, representando assim uma verdade não reconhecida e se situando na fronteira entre a vida real e a cena de ficção. Dessa forma, se o *acting out* perturba o andamento da análise, por outro lado, o torna possível quando cede lugar à fala.

⁵ Laplanche e Pontalis (2001) explicam que o termo *Agieren* é de origem latina, não sendo corrente na língua alemã; é usado por Freud num sentido transitivo: trata-se de “atuar” pulsões, fantasias, etc. É ainda quase sempre utilizado junto com recordar-se [*Erinnern*], pois são termos que se opõem como duas formas de fazer retornar o passado no presente.

3.2 Os conceitos de passagem ao ato e *acting out* na teoria lacaniana

Lacan, no texto “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” (1958/1998), comenta o caso de um paciente que dizia ao seu analista (Ernst Kris) que havia cometido plágio em um livro que escrevera. O analista, muito louvavelmente, diz Lacan, não se contenta com os dizeres do paciente e examina as provas certificando-se de que ele (paciente) não era plagiário, embora acreditasse ser. Após dizê-lo ao paciente e ao perguntar-lhe o que achava, este, pensando por um momento, revela-lhe que, há algum tempo, ao sair da sessão, vagueia por uma rua repleta de restaurantes para cobiçar em seus cardápios seu prato predileto: “miolos frescos”. Lacan toma isso como um *acting out* do paciente, apontando que, quando o desejo não é interpretado no nível simbólico, mas em termos da realidade, o *acting out* surge em seu valor corretivo (Lacan, 1958/1998, p. 605-606).

Bastos e Calazans (2010, p. 247) elucidam que, para Lacan, nesse momento de sua obra, o *acting out* demonstra que o campo da ação é, antes de tudo, simbólico, sendo considerado uma insurreição do sujeito em relação ao analista que estaria fora de seu lugar (simbólico). Tal afirmação estaria atrelada ao movimento de localizar a psicanálise como campo da fala e da linguagem, iniciado alguns anos antes com os desenvolvimentos do texto “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise” (1953/1998), quando se enfatiza a primazia do simbólico sobre os registros imaginário e real. Porém, tal concepção sofrerá uma virada a partir de “O Seminário, livro 10: a angústia” (1962-63/2005), quando Lacan traça uma distinção entre *acting out* e passagem ao ato, a partir das elaborações sobre o objeto *a*.

Em “O Seminário, livro 10: a angústia” (1962-63/2005), Lacan, inicialmente, apresenta um quadro esquemático onde procura situar a inibição, o sintoma e angústia, bem como o *acting out* e a passagem ao ato.

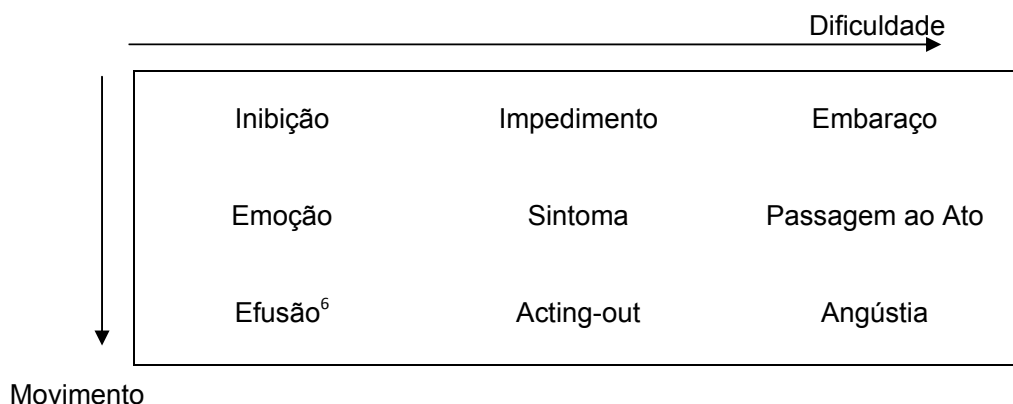


Figura 4. Quadro esquemático: Inibição, sintoma e angústia (Lacan, 1962-63/2005, p. 22)

Aponta que o que está em jogo na *inibição* é a paralisação do movimento. Em seguida, localiza no eixo horizontal a ideia de dificuldade e, no vertical, a ideia de movimento. Serve-se da palavra *impedimento*, colocando-a na mesma coluna do *sintoma* e, seguindo a coordenada da dificuldade, propõe o termo *embaraço*, que define como uma forma leve de angústia e o máximo da dificuldade atingida.

Na dimensão do movimento, logo abaixo da *inibição*, propõe o termo *emoção*, tomando-o em seu sentido etimológico como sendo o movimento que se descarrega, que se exterioriza. Em seguida vem a *efusão*, definida uma perturbação profunda na dimensão do movimento.

Carvalho (2002) aponta dificuldades na interpretação do quadro lacaniano, levando em conta que Lacan não o retomou posteriormente ao seminário da angústia, esclarecendo ainda que é possível relacionar os termos se não os tomarmos como um todo. O quadro caminha de um mínimo a um máximo de movimento e de uma menor a uma maior dificuldade, “de forma que podemos definir a angústia como resultante de um máximo de movimento com um máximo de dificuldade” (Carvalho, 2002, p. 70).

Ao introduzir em um eixo diagonal a série freudiana inibição, sintoma e angústia, Lacan indica que não há relação de passagem ou gradação entre eles. Contudo, se

⁶ Nas bibliografias consultadas, verificaram-se três traduções para a palavra francesa *émoi*: “efusão”, “comoção” e “turvação”. Utilizou-se neste trabalho o termo “efusão” como tradução para o português, assim como aparece em “O Seminário, livro 10: a angústia”.

a inibição está relacionada à detenção do movimento, ela se opõe à angústia, sendo o sintoma o que faz mediação entre movimento e dificuldade, ou seja, uma formação de compromisso entre o movimento pulsional e a defesa.

Observa-se que, no eixo da dificuldade, há maior proximidade entre *sintoma* e *acting out*, e entre *passagem ao ato* e *angústia*. O *acting out* pode se produzir a partir de um franqueamento do sintoma, onde se encontra um atravessamento do campo simbólico (do sintoma) por uma mostraçãõ direcionada ao Outro que encena a relação fantasmática entre sujeito e objeto. Já na passagem ao ato ocorre uma precipitação que lança o sujeito em um movimento para fora da cena. (Carvalho, 2002)

3.2.1 O caso da jovem homossexual e o caso Dora

É sabido que, embora Freud não tenha feito uma distinção entre passagem ao ato e *acting out*, os casos “A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher” (1920) e “Fragmento da análise de um caso de histeria” (1905), ambos analisados por ele, são discutidos por Lacan em “O Seminário” de 1962-63 sobre a angústia e se tornaram paradigmáticos na diferenciação dos conceitos supracitados.

No caso da jovem homossexual, trata-se de uma moça que apresenta um comportamento homossexual enamorando-se de uma *cocotte*, sua dama. Segundo Freud, até os 16 anos de idade, essa moça apresentava um desenvolvimento normal do complexo edípico, todavia quando nasce seu terceiro irmão, isso lhe traz uma decepção, visto que o bebê confirma a união dos pais levando-a a constatar que não é mais objeto de desejo do pai. Assim, ela se afasta de seu genitor, porém não muito, na medida em que o leva ao desespero com sua atitude homossexual em relação à dama.

Como consegue o consentimento da dama para passearem juntas, a jovem a leva para caminharem próximo ao escritório do pai, o que é interpretado como um *acting out* na medida em que ela convoca o olhar do genitor para a cena, ou seja, em seu ato há um endereçamento ao Outro. Assim, em um determinado dia acabam por serem vistas pelo pai da jovem, momento em que o genitor lança um olhar irado sobre a filha. A dama, que só então fica sabendo quem ele era, diz à jovem que

nunca mais vai querer vê-la. Nesse instante, diante do olhar do pai e da reação da dama, ela se joga na linha ferroviária, pulando sobre o muro de proteção. Aqui pode-se entender que a jovem faz uma passagem ao ato, pois cai da cena como puro objeto a partir do olhar do pai e da rejeição da dama.

No segundo caso, trata-se de Dora, uma jovem de 18 anos que vai se tratar com Freud, levada por seu pai. Ela apresentava tosse nervosa, afonia, enxaqueca, entre outros sintomas. A amizade de Dora e seu pai pelo casal “K” revela uma trama em suas relações. Quando Dora ainda era criança, seu pai adoece e é cuidado pela Sra. K., e tornam-se amantes, embora ele fosse impotente. O Sr. K. mostra-se então muito amável em relação à jovem, que se sente como que oferecida pelo pai àquele homem. Além disso, Dora ocupa-se dos filhos dos K., numa posição maternal, mantém uma relação de afeição e admiração para com a Sra. K., havendo nesse quarteto uma cumplicidade mútua. Porém, durante um passeio no lago, o Sr. K. faz nova investida amorosa à Dora, afirmando que sua mulher nada significava para ele. Nesse momento, Dora lhe desfere uma bofetada e, a partir disso, passa a exigir que o pai rompa o relacionamento com os “K”, mas como ele não atende ao seu pedido, ela faz uma ameaça de suicídio, quando então é levada a Freud.

Como o Sr. K. somente tinha valor para Dora na medida em que desejava a Sra. K., dizer para ela que sua esposa não era nada, produz como efeito cortar de uma só vez a identificação histórica de Dora: identificação masculina na medida em que ela se identifica à posição do Sr. K. ou à do pai no amor à Sra. K., e a identificação feminina na medida em que desejaria ser amada pelo Sr. K. e por seu pai, à maneira pela qual a Sra. K. é amada por seu pai. Dessa forma, no momento em que cai a identificação, Dora passa ao ato, ao desferir uma bofetada contra o Sr. K. Entende-se, ainda, que a jovem fazia um *acting out* enquanto sustentava a cena da trama relacional entre seu pai e os “K”. (André, 1998)

Ainda no seminário sobre a angústia, na lição de 23 de janeiro de 1963, intitulada *Passagem ao ato e acting out: Deixar-se cair e subir no palco*, Lacan aponta para a importância da função do objeto *a* como resto de uma operação de constituição da relação do sujeito com o Outro e, para tanto, propõe o seguinte esquema:

A	S
S	A
a	0

Figura 5. Segundo esquema da divisão (Lacan, 1962-63/2005, p. 128)

Temos o sujeito (S), o sujeito barrado (~~S~~), Outro (A), Outro barrado (~~A~~), o objeto (a) e angústia (0).

Assim descreve Lacan:

No alto, à direita, fica o sujeito, posto que, por nossa dialética, ele parte da função do significante. [...] Já o sujeito barrado, o único a que nossa experiência tem acesso, constitui-se no lugar do Outro como marca do significante. Inversamente, toda a existência do Outro fica suspensa numa garantia que falta, donde o Outro barrado. Dessa operação, no entanto, há um resto, que é o a. (Lacan 1962-63/2005, p.128-129)

Tanto os atos quanto o sintoma podem ser tomados como formas de resposta à angústia e de solucionar a crueza de deparar-se com o objeto sem véu ou sem sustentação de um discurso. Bastos e Calazans (2010, p.248) remetendo-se a Álvarez, Esteban e Sauvagnat (2004)⁷, esclarecem:

O papel do sintoma, estimava Freud, é o de proporcionar uma resposta à angústia. No entanto, existem casos em que, de forma temporária ou duradoura, a angústia não fica velada pelo sintoma e o sujeito se vê diretamente defrontado com ela, Em tais casos podemos descrever dois tipos de configuração sintomatológica: um em que a angústia irá determinar ações, ainda que se trate de demandas veladas de ajuda (*acting out*), ainda que seja que o sujeito periga com elas uma saída definitiva (passagem ao ato). (Álvares, Esteban e Sauvagnat, 2004, p. 268)

Ainda na mesma lição, Lacan retoma o caso da “Jovem homossexual” e o momento de sua passagem ao ato. Recorda o termo usado por Freud: *Niederkommen Lassen*, traduzindo-o para o francês como *Laisser Tomber* (deixar cair), tomando então esta expressão como correlata à passagem ao ato. Recorre à fórmula da fantasia e aponta que a passagem ao ato está do lado do sujeito já que ele está apagado ao máximo pela barra.

O momento da passagem ao ato é o do embaraço maior do sujeito, com o acréscimo comportamental da emoção como distúrbio do movimento. É então que, do lugar em que, como sujeito fundamentalmente historizado, só ele pode manter-se em seu status de sujeito, ele se precipita e despenca fora da cena. Essa é a própria estrutura da passagem ao ato. (Lacan 1962-63/2005, p.129)

⁷ Álvarez, J. M.; Esteban, R.; Sauvagnat, F. (2004). *Tratado de psicopatologia psicoanalítica*. Madrid: Síntesis.

Na tentativa de diferenciar a passagem ao ato do *acting out*, Lacan nos aponta uma distinção, que denomina de essencial, entre dois registros: de um lado o mundo, lugar do real; do outro lado, a cena do Outro, lugar onde o sujeito tem que assumir-se como portador da fala.

Esclarece que tudo que é *acting out* é o oposto da passagem ao ato, logo, ao contrário da passagem ao ato, o *acting out* é um apelo ao Outro, e “essencialmente, alguma coisa que se mostra na conduta do sujeito. A ênfase demonstrativa de todo *acting out*, sua orientação para o Outro, deve ser destacada” (Lacan, 1962-63/ 2005, p. 137).

No caso da jovem homossexual, ele nos aponta que sua tentativa de suicídio é uma passagem ao ato, enquanto a aventura com a dama que ela exhibe aos olhos de todos é um *acting out*. Assim como a bofetada de Dora no Sr. K. é uma passagem ao ato e sua relação com os “k” é da ordem de um *acting out*.

O *acting out* é, em essência, a mostração, a mostragem, velada, sem dúvida, mas não velada em si. Ela só é velada para nós, como sujeito do *acting out*, na medida em que isso fala, na medida em que poderia ser verdade. Ao contrário, ela é, antes, visível ao máximo, e é justamente por isso que, num certo registro, é invisível, mostrando sua causa. O essencial do que é mostrado é esse resto, é sua queda, é o que sobra nessa história. (Lacan, 1962-63/2005, p. 139)

Lacan também indica uma distinção entre sintoma e *acting out*. Discute que o sintoma, por natureza, não é como o *acting out*, que pede interpretação, pois um sintoma não é um apelo ao Outro, não é aquilo que se mostra ao Outro, mas é da ordem do gozo. Aponta então que o *acting out* é o começo da transferência, sendo que transferência sem análise é o *acting out* e *acting out* sem análise é transferência. Embora sintoma e *acting* tenham estrutura de ficção, no primeiro, o sujeito está representado metaforicamente, enquanto no *acting* ele se confunde com um objeto metonímico, um objeto à deriva, uma verdade sem amarração.

Lacan recorre ao artigo “Problemas Generales del Acting Out” de Phyllis Greenacre, publicado em 1950, para discutir o manejo do analista diante do *acting-out*. Em seu texto, Greenacre propõe:

Parece que as três técnicas conhecidas para o manejo do *acting out* são a interpretação, a proibição e o fortalecimento do ego (Fenichel). São aplicáveis em níveis variáveis, segundo a natureza específica do *acting out*, a estrutura do ego e a situação analítica. (Greenacre, 1950/1993, p.24, tradução nossa)

Continuando na lição de 23 de janeiro de 1963, o psicanalista francês discute com Greenacre (1950/1993) acerca das dificuldades que envolvem a proibição do *acting out*. Ele observa que “a esse respeito, sempre houve proibições prejudiciais na análise. De fato, proíbe-se muito mais do que se supõe. Muitas coisas são feitas, evidentemente, para evitar o *acting out* nas sessões” (Lacan, 1962-63/2005, p.141).

No que concerne à interpretação, Lacan aponta que está fadada a surtir poucos efeitos, elucidando que não é o sentido que o analista deve interpretar, mas o resto. O *acting out* é uma verdade que se mostra de outra forma e põe em cena algo que, como tal, é irrecordável, porque implica um resto mais além da palavra e que põe em jogo o real. Se o objeto não é de natureza significante, o analista não deve tomá-lo por meio da interpretação.

Se a interpretação não é eficaz, tampouco se trata de proibir o *acting out*, já que a proibição, ao introduzir um significante amo, implica a aparição de um Outro completo, deixando sem lugar a causa do desejo e dando lugar a *actings*. (Rubistein, 1993)

Lacan também se opõe à saída proposta por Greenacre de reforçar o eu, já que isso poderia levar o sujeito a uma identificação com o analista, solidificando a relação imaginária que poderá provocar mais *actings*. Assim, o *acting out* reclama do analista uma intervenção que não pode ser pensada senão no campo da transferência.

A necessidade de ter dados certos de ocupar um lugar no desejo do Outro é de estrutura e é condição para a análise. Se o analista aparece como Outro não barrado (e sempre há risco de sê-lo) deixará o *a* do lado do paciente e dará lugar ao *acting out*. É necessário então dar acolhida, alojamento ao objeto que ali se mostra, para que o trabalho analítico tenha lugar, e isso implica colocar em jogo o desejo do analista. (Rubistein, 1993, p. 37, tradução nossa)

3.2.2 Outras incursões sobre a passagem ao ato e o *acting out* em Lacan

Lacan em “O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” (1964/1985) desenvolve que, para que haja a constituição do sujeito, duas operações são necessárias: a alienação e a separação. Tais operações são pensadas a partir do momento em que não há mais a primazia do simbólico sobre os outros registros e que não se considera mais o Outro como um todo (Bastos e Calazans, 2010).

A operação de alienação consiste na identificação e ao mesmo tempo na alienação do sujeito a um significante do Outro; este significante o representa frente aos demais significantes que residem no campo do Outro.

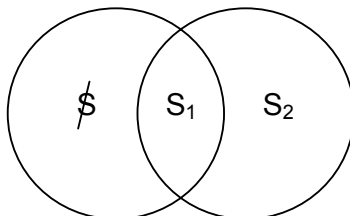


Figura 6. A Alienação (Bastos e Calazans, 2010)

No domínio do Outro, situa-se o S1 e o S2, pois ali reside a bateria dos significantes e na interseção dos conjuntos colocamos o S1 ao qual o sujeito se identifica.

Enquanto a alienação é um sujeitar-se ao campo da linguagem, a separação é a operação complementar que permite ao sujeito aceder à condição de desejante na medida em que se separa da cadeia significante.

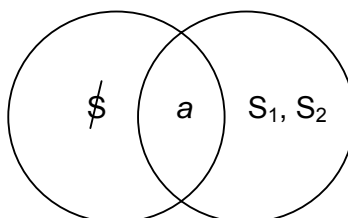


Figura 7. A Separação (Bastos e Calazans, 2010)

Na separação parte-se também dos domínios do sujeito e do Outro, mas na interseção se coloca o objeto *a*, que nada mais é que a pulsão. No campo do Outro se localiza a linguagem, representada pelos significantes S1 e S2.

Em síntese, ocorre na alienação a submissão a um significante que vem do Outro e na separação, a possibilidade de invenção do sujeito por se separar desse significante e, conseqüentemente, apontar a falta do Outro.

A partir dessas operações, ocorre uma extração de objeto que será, então, alocado em um ponto de interseção: o objeto como aquilo que falta tanto ao sujeito como ao Outro. Isso permite a instalação de um laço com o Outro; ou seja, que a possibilidade de um discurso não se dá por aquilo que se tem ou que se é, mas justamente pela possibilidade da falta. Desse modo, as dimensões do ato emergem

justamente em uma questão com o discurso: quando a falta falta, aparece a angústia, deixando o sujeito sem as indicações que possibilitavam o discurso.

Ao tomar a passagem ao ato como um largar mão, um deixar-se cair que concerne ao objeto *a* em sua conotação característica, uma vez que está ligada diretamente à função de resto, estando este *a* ao lado do sujeito, Lacan demonstra que, na passagem ao ato os lugares do sujeito, do objeto, do Outro e da angústia não mais se distinguem (Lacan, 1962-1963/ 2005, p. 129).

A passagem ao ato não situa a quadripartição que permite uma estrutura e um discurso; ao contrário, ela indica que esta estrutura de ficção não se sustenta mais por haver um curto-circuito entre sujeito e objeto. A passagem ao ato é uma solução a este curto-circuito: uma vez que o sujeito passa a estar não mais em um campo distinto do Outro, mas justamente no lugar de interseção com o Outro. Duas consequências podemos tirar: o sujeito é identificado com o lugar de resto e, por sua vez, fica sem uma intermediação com o Outro. (Bastos e Calazans, 2010, p. 250)

Quanto ao *acting-out*, não se pode dizer que se trata de um rompimento com o Outro, mas de um modo de responder a este Outro, quando o sujeito não tem mais um hiato que o separa dele. Todavia, para Bastos e Calazans (2010) essa análise fica prejudicada se não pensarmos na função que o objeto desempenha no *acting out*. Em vez de efetuar um curto-circuito com o objeto em sua função de resto, o objeto é tomado em sua face agalmática, de brilho, como pontua Lacan em seus desenvolvimentos sobre a transferência. Daí Lacan definir o *acting out* como um subir à cena, no palco, o que explica a atuação do sujeito como um endereçamento ao Outro e não um deixar-se cair junto com o objeto, tal qual na passagem ao ato, denominando-o de transferência selvagem (Lacan, 1962-1963/2005, p. 140), ou seja, uma transferência que precisa ser tratada, colocando cada um dos elementos em questão em seu lugar, isto é, desfazer esse laço agalmático entre o sujeito e o objeto e situar o Outro em seu campo.

Ora, aqui o *acting out* não comporta uma destituição do lugar do Outro, mas uma demanda para que o Outro mantenha-se em seu campo. Já na passagem ao ato, temos a dissolução desses lugares. Lacan (1962-1963/2005, p. 130) chega mesmo a dizer que o sujeito evade-se da cena em uma fuga para o mundo puro. O que seria este mundo puro senão um mundo não mediado pela falta? Temos então uma passagem da cena – em que o sujeito mantém a relação com o Outro pela via da fantasia – para um mundo em que o real da angústia sobrevém sem véus. (Bastos e Calazans, 2010, p. 251)

3.2.2.1 Teses fundamentais a respeito do ato

De acordo com Brodsky (2004), uma das perspectivas na qual se pode ler “O Seminário, livro 15: o ato psicanalítico” (1967-68), inédito, diz respeito à clínica do ato: ato falho, passagem ao ato, *acting out*, etc. Com o objetivo de avançar na conceituação lacaniana sobre esse tema, interesse deste capítulo, deter-se-á, de forma breve, nessa perspectiva.

Guimarães (2009) identifica cinco teses fundamentais sobre o ato desenvolvidas por Lacan no seminário do ato analítico. Essas teses serão elucidadas com a autora a fim de se lançar luz sobre o conceito de passagem ao ato.

1ª Tese: Todo ato implica um correlato significativo

Para Lacan, o ato está longe de corresponder a uma resposta do organismo (arco reflexo ou descarga da tensão), de modo que ele não equivale à ação realizada, mas caracteriza-se por suas coordenadas simbólicas.

Na lição de 15 de novembro de 1967, Lacan afirma que “na dimensão do ato vem logo à baila esse algo que implica um termo como este [...], a saber: a inscrição em algum lugar, o correlato significativo que, na verdade, não falta jamais no que constitui um ato” (Lacan, 1967-68, 15/11/1967). Tal afirmação aponta para a dimensão simbólica constitutiva de todo ato.

Contudo, Lacan avança buscando um sentido mais pleno para o termo ato. Aponta que o correlato significativo que o caracteriza, não dá conta de todo o ato, pois há um aspecto nele que não se deixa apreender pelo significativo.

2ª Tese: O Outro está no horizonte do ato

Lacan se utiliza do episódio histórico em que César atravessa o rio Rubicão⁸ para exemplificar a segunda tese que, como um desdobramento da primeira, elucidada que

⁸ No comando da XIII Legião, Caio Júlio César atravessa o rio Rubicão, uma fronteira natural que separa a Gália Cisalpina e a Itália, em 11 de janeiro de 49 a.C.. À época, o Senado romano proibia formalmente a todo general em armas de transpor essa fronteira sem expressa autorização. Ao transgredir a ordem, Júlio César violou a lei de Roma e declarou guerra ao Senado. No instante em que atravessou o Rubicão, exclamou: “*Anerrifthô Kubos*” traduzido em latim popular por “*Alea jacta est*”. A sorte está lançada. Recuperado em 14 de novembro de 2011, de <http://operamundi.uol.com.br/conteudo/noticias/2499/conteudo+opera.shtml>.

não há intervenção significativa que não se dê no campo do Outro, e que um ato, para se constituir como tal, precisa ser testemunhado pelo Outro.

Se esse córrego, denominado Rubicão, não estivesse situado em determinado lugar no contexto da cultura, a ação de atravessá-lo não se constituiria como ato. A cultura define previamente o que é o Rubicão. Então, quando César o atravessa, ele realiza um ato. Mas só há ato porque a transposição desse córrego causa efeito no contexto da cultura. Dividindo em dois tempos isso que, no caso de César, se dá em um momento só, teríamos: no primeiro tempo, a travessia do córrego como uma ação e, no segundo, a leitura que dele é feita, ou melhor, a leitura feita pelo sujeito da leitura que dessa ação o Outro dá testemunho, com o que, e somente, ganha a ação seu valor de ato. (Guimarães, 2009)

3ª Tese: No instante do ato, não há sujeito nem Outro

Um ato se realiza num instante e sua temporalidade se encontra no corte que ele instaura. É precisamente no instante do ato que não há nem sujeito nem Outro, pois nesse instante é o objeto *a* que se faz presente.

Se a invisibilidade do objeto é condição para o sujeito ser causado em seu desejo (Vieira, 2005⁹, *apud* Guimarães, 2009), sua presença impossibilita o desejo e provoca angústia; esta, como sinal da supremacia do objeto *a* na cena, acarreta a exclusão do sujeito. O ato, por sua vez, sendo o único correlato polar do lugar da angústia, também é, em seu instante, sem sujeito. Logo, se sujeito e Outro se constituem no mesmo processo em que o objeto *a* se destaca, no instante em que ele ressurgir, o Outro, bem como o sujeito, tem sua existência aniquilada (Guimarães, 2009).

4ª Tese: O sujeito reencontra, após o ato, sua presença renovada

Lacan afirma que “a passagem ao ato é aquilo além do que o sujeito reencontrará sua presença como renovada, mas nada mais” (Lacan, 1967-68/ 29/11/67). Segundo Guimarães (2009), pode-se pensar no seguinte percurso lógico: 1º) a angústia surge, desprovida de causa, mas não de objeto; 2º) a certeza engendrada pelo objeto da angústia – o objeto *a* – impulsiona o ato; 3ª) o ato aplaca a angústia e, simultaneamente, reativa o desejo; 4º) a função da causa volta a se exercer, suscitando um novo desejo.

⁹ Vieira, M. A. (2005 janeiro/julho). Objeto e desejo em tempos de superexposição. In: *Ágora - Estudos em teoria psicanalítica*, v.VIII, Rio de Janeiro: Contracapa, p. 27-40.

Assim, a tese lacaniana aponta que o ato produz o efeito de resgatar o sujeito do desejo, que se anula no instante do ato. É a transformação que o ato produz no sujeito, a partir do corte que institui, que caracteriza um ato.

Vale ainda ressaltar que

Nem todo ato é passagem ao ato, mas toda passagem ao ato tem a estrutura do ato. Tanto o ato analítico quanto a passagem ao ato pertencem ao cenário em que se dá a suspensão de toda a ordem prévia pela irrupção do objeto *a* e a reconstituição conjunta de sujeito e Outro sob o signo do inaudito, do renovado e do recomeço. (Guimarães, 2009)

5ª Tese: Todo ato, exceto o suicídio, é falho

Lacan afirma em “Televisão” (1974/2003, p. 541) que “o suicídio é o único ato capaz de ter êxito sem qualquer falha”, pois é o único ato capaz de realizar uma ruptura definitiva, já que depois dele não há mais nem sujeito nem Outro.

Contudo, não há qualquer garantia de que um ato, ainda que considerado bem sucedido, não comporte uma intenção distinta à que o moveu. Lacan explicita que “todo o ato, mesmo quando não porta esse pequeno indício de malogro, não deixará de cair exatamente sob o mesmo domínio; ou seja, pode ser levantada a questão de outra verdade que não a desta intenção” (Lacan, 1967-68, 6/12/1967). Assim, pode-se afirmar que o ato sempre fracassa, incluindo aí o ato analítico, pelo simples fato de ele não poder realizar uma ruptura absoluta.

Ainda em “O Seminário, livro 15: o ato psicanalítico” (1967-68), inédito, Lacan parte da concepção do percurso analítico bem como da clínica psicanalítica, utilizando-se da teoria dos grupos. Interessado em saber como se obtém uma certeza a respeito do ser, parte da negação do cogito cartesiano (*cogito ergo sum* = penso, logo sou), uma vez que a divisão subjetiva não dá qualquer resposta ao “O que sou”?, mas antes, aponta que o sujeito é o que representa um significante para outro significante, nisto algo se perde, tratando-se então de “falta-a-ser”. Vejamos:

O cogito cartesiano é a interseção entre ser e pensamento: $S \cap P$. Em psicanálise, parte-se do fato de que isso é impossível, pois não há interseção entre pensamento e ser, o que é indicado pela barra superior: $\overline{S \cap P}$.

Graças às leis de Morgan¹⁰ sobre a teoria dos conjuntos, sabe-se que a negação da interseção é igual à união dos complementos (Lei número 3), assim, se a interseção é negada, deixada vazia, obtém-se a união de “não penso” com “não sou”, logo, com a interseção vazia, o ser equivale ao não pensar e o pensar, ao não ser (Brodsky, 2004).

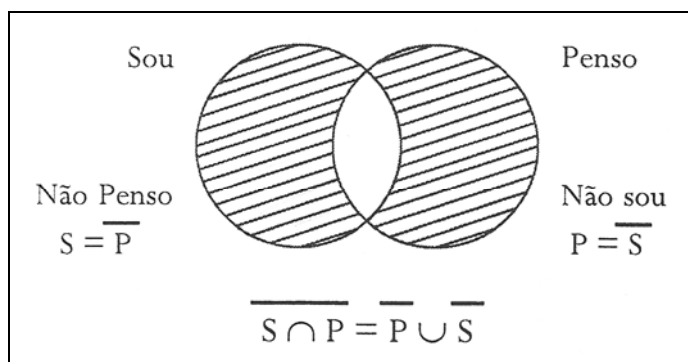


Figura 8. Interseção negada (Brodsky, 2004, p.81)

Contudo Lacan acrescentou algo que nada tem a ver com a teoria dos conjuntos e com as leis de Morgan. Em vez de dizer “não penso e não sou”, ele inventa que se deve escolher uma entre essas duas posições: ou não penso, ou não sou. O único fundamento dessa lógica é a própria experiência analítica, e é dela que Lacan se nutre para inventar essa escolha. (Brodsky, 2004)

¹⁰ Leis de Augustus De Morgan

1- O complementar da reunião de dois conjuntos A e B é a interseção dos complementares desses conjuntos. $(A \cup B)^c = A^c \cap B^c$

2- O complementar da reunião de uma coleção finita de conjuntos é a interseção dos complementares desses conjuntos. $(A_1 \cup A_2 \cup \dots \cup A_n)^c = A_1^c \cap A_2^c \cap \dots \cap A_n^c$

3- O complementar da interseção de dois conjuntos A e B é a reunião dos complementares desses conjuntos. $(A \cap B)^c = A^c \cup B^c$

4- O complementar da interseção de uma coleção finita de conjuntos é a reunião dos complementares desses conjuntos. $(A_1 \cap A_2 \cap \dots \cap A_n)^c = A_1^c \cup A_2^c \cup \dots \cup A_n^c$

Recuperado em 8 de setembro de 2011, de <http://pessoal.sercomtel.com.br/matematica/medio/conjuntos/conjunto.htm#conj11>.

Sobre a biografia de Morgan, ver: http://pt.wikipedia.org/wiki/Augustus_De_Morgan.

Transpondo essa perspectiva para o que em matemática corresponde ao grupo de Klein¹¹, no qual faz algumas modificações, Lacan propõe:

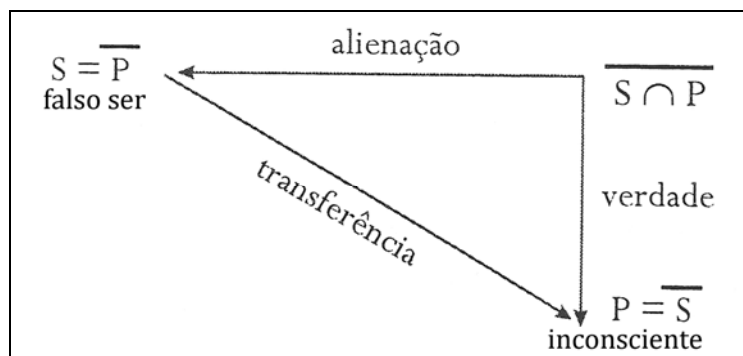
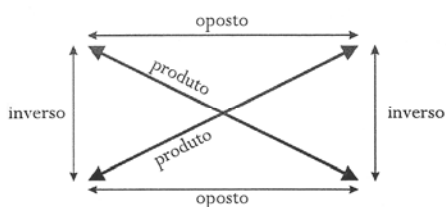


Figura 9. Tetraedro alienação/transferência (Brodsky, 2004, p.71)

Todo sujeito que não pensa nem é, tem, antes de qualquer análise, uma escolha preferencial chamada alienação. A alienação, eixo horizontal, parte de que diante de “nem pensar e nem ser” o sujeito escolhe não pensar, ou seja, “não penso e sou”. Segundo Brodsky (2004) essa é uma maneira distinta da concepção de alienação proposta em “O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” de 1964, contudo, o ser que comporta o não pensar, é um falso ser, o falso eu (*je*, em francês). Em contrapartida, a operação verdade (eixo vertical) é do “penso e não sou”. Esse ‘penso’ traz com ele um ‘não sou’, pois, uma vez que todo sujeito se põe a pensar dessa maneira, ou seja, por meio da associação livre (pensamentos do inconsciente), “já não sabe quem é, todo o falso ser desmorona, o narcisismo rateia, promovendo-se a falta-a-ser que produz uma análise” (Brodsky, 2004, p. 68).

¹¹ O retângulo demonstrado por Felix Christian Klein (1849-1925), eminente matemático alemão, possui como lados vetores, há ainda flechas diagonais e verticais com espessuras diferentes. Tem como propriedade estar constituído por vetores orientados, sendo um grupo involutivo, o que indica que após um produto não se pode voltar atrás. “O grupo de Klein demonstra que, na estrutura, partindo do produto, sempre se pode voltar ao ponto de partida aplicando as operações de oposição e inversão. Lacan, todavia, utiliza-o de um modo que, partindo do produto, não se pode voltar ao ponto de partida. Ele o utiliza assim para demonstrar o conceito de ato. Trata-se de um percurso como um produto que não é involutivo”. (Brodsky, 2004, p. 55)



Para Lacan, em “O Seminário, livro 15: o ato psicanalítico” (1967-68), inédito, a passagem da operação alienação para a operação verdade implica uma terceira operação, qual seja: a transferência, já que ninguém escolhe pensar para não ser, exceto se estiver sob transferência.

O quadrângulo é, por ora, um triângulo que representa o mínimo de toda a experiência analítica: obter a perda do ser, a falta-a-ser, o inconsciente com suas formações nas quais o sujeito não se reconhece, não sabe quem é – no lapso, no sintoma. [...]. A opção inicial “sou e não penso”, que, à luz da alienação, é a opção do narcisismo, do falso ser, tem a face oculta da pulsão, pois esta também é um “sou e não penso”, idêntico ao ato. [...] poderia parecer que a psicanálise é exatamente a promoção do ‘penso e não sou, quando, na realidade, a perspectiva lacaniana é de que a psicanálise deve dar lugar a um “sou e não penso” diferente do narcisismo. (Brodsky, 2004, p. 72)

Entretanto, se temos no quadrângulo uma referência ao percurso da análise, há também nele outra dimensão relacionada à clínica do ato. Assim, Lacan situa o *acting out* e a passagem ao ato, ponto de nosso interesse.

Localizado junto ao inconsciente, como algo que diz uma verdade, que pode ser interpretado e que não tem nada a ver com um “não penso”, Lacan situará o *acting out*: fenômeno cem por cento significativo, situado em relação à transferência “selvagem”, ou seja, transferência sem análise. Nessa medida, a clínica do ato abre como perspectiva o *acting out* interpretável.

Por sua vez, a passagem ao ato é situada na opção “sou e não penso”, isto é, no rechaço absoluto do inconsciente, no não querer saber nada dele. Assim, Lacan propõe o *acting out* como fenômeno vinculado à dialética do inconsciente, dirigido ao Outro, interpretável, vinculado à verdade, e a passagem ao ato como rechaço do inconsciente.

Lacan dirá que a passagem ao ato bem-sucedida é o suicídio, expressão máxima de uma posição de rechaço do inconsciente, acrescentando que um analista seria contrário ao suicídio exclusivamente porque este implica uma posição de rechaço do inconsciente. (Brodsky, 2004, p. 74)

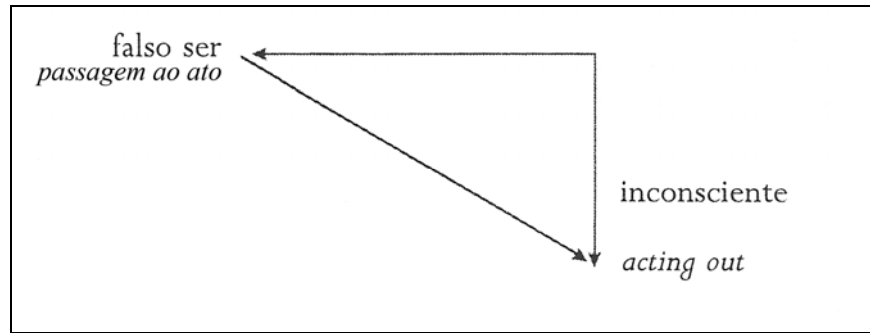


Figura 10. Tetraedro passagem ao ato/*acting out* (Brodsky, 2004, p.74)

3.3 O conceito de passagem ao ato ontem e hoje

Silvia Tendlarz, em seu livro “A quién mata el asesino”? (2008), elucida que a passagem ao ato não é um conceito analítico surgido do ensino de Lacan, mas uma noção da clínica psiquiátrica clássica, introduzida pela criminologia no século XX. Quando de sua conceitualização, o termo denotava impulsividade de condutas auto e heteroagressivas, criminosas, violentas ou delinquentes, possuindo uma conotação patológica em termos de loucura, demência e perversão. Todavia, posteriormente, ele sofre uma transformação conceitual, diluindo-se a distinção entre normal e patológico.

Graças a Lacan, a partir da teoria do significante, a passagem ao ato concebida pela psiquiatria converte-se em um conceito de fundamental importância. Tanto no *acting out* como na passagem ao ato podemos identificar uma estrutura que permite ler o sujeito em relação ao ato, assim como também, uma dimensão libidinal ou de satisfação que contempla a inclusão do objeto. (Tendlarz, 2008, p. 21, tradução nossa)

Assim como Freud introduziu o ato falho como uma ação que escapa à vontade e constitui um desejo de discurso, Lacan extraiu o conceito de passagem ao ato do mundo da psiquiatria e o incorporou ao campo da psicanálise, despsiquiatrizando-o.

J-A. Miller, no texto “Jacques Lacan: Observaciones sobre su concepto de pasaje al acto” (1988/1993), elucida que a despsiquiatrização do conceito de passagem ao ato permitiu considerar que ela desvela a estrutura fundamental do ato, onde o ato suicida seria o paradigma do ato propriamente dito. Aponta ainda para a mudança subjetiva própria da passagem ao ato, na qual haveria um “suicídio do sujeito”, que renasce de maneira diferente após o ato.

Miller retoma a conceituação lacaniana e aponta que “a clínica do ato põe em questão este postulado de que o sujeito, o sujeito do pensamento, quer seu próprio bem [...]. Se há verdadeiramente algo que se opõe a essa ideia, é precisamente a autodestruição” (Miller, 1988/1993, p. 43-44, tradução nossa).

O termo passagem ao ato assinala que se abandonam os equívocos do pensamento, da linguagem, pelo ato. No ato o sujeito se subtrai dos equívocos da palavra, apontando para algo definitivo, sem suposições, intercâmbios. “No coração de qualquer ato há um não! Um não proferido ao Outro” (Miller, 1988/1993, p. 47, tradução nossa). Assim, o ato é sempre auto, ou seja, o que separa o sujeito do Outro.

Por isso Lacan pôde formular que o único ato que poderia ser bem-sucedido é o suicídio, [...] quer dizer separar-se efetivamente do que se chama os equívocos da palavra como dialética do reconhecimento; e nisto se opõe, há que dizer, a psicanálise que é uma passagem ao ato falho. O estatuto do ato na experiência analítica, o estatuto do ato é o ato falho, e não o ato bem-sucedido. (Miller, 1988/1993, p. 48)

O ato falho é aquele onde o pensamento inconsciente emerge em palavras, no corpo, e despreza o ato. Por isso faz-se necessário colocar uma antinomia entre ato e pensamento, entre inconsciente e ato. Logo, se a essência do pensamento é a dúvida, a do ato é a certeza. “Um ato que é um ato não é pelo tanto de agitação, reflexo, descarga motriz; um ato é sempre uma passagem, um atravessamento. [...] Somente há ato, se há atravessamento de um umbral significante” (Miller, 1988/1993, p. 49-50).

Com a reformulação do conceito por parte de Lacan, sabe-se que a passagem ao ato pode servir a uma modificação da economia subjetiva que implique uma mudança radical na posição do sujeito, assim como indica Miller (1988/1993).

Tendlarz (2008) pontua que a passagem ao ato incide sobre o sujeito, mas também e, principalmente, sobre o delírio ou sobre uma ideia fixa. Retoma o caso Aimée de Lacan dizendo que sua passagem ao ato foi bem-sucedida, pois permitiu a redução dos sintomas mórbidos, aliviando os efeitos de seu delírio. Então se pergunta acerca do estatuto do objeto na passagem ao ato, apontando que pode ser uma voz, uma imagem ou mesmo um outro objeto. Sugere, assim, distintas formas de passagem ao ato e nem todas exitosas no sentido de promoverem uma mudança subjetiva como consequência de uma nova relação do sujeito com o gozo.

3.4 Breves considerações sobre passagem ao ato e estruturas clínicas

Procurando estabelecer uma diferença entre a passagem ao ato na neurose e na psicose, Carvalho (2002, p.68) esclarece que “a passagem ao ato na neurose é justamente a precipitação do sujeito, a partir de um encontro desestabilizador, para fora da cena fantasmática onde ele ocupava uma posição de resposta ao desejo do Outro”. Já na psicose, como gozo e Outro não se separam, há uma tendência “a operar diretamente sobre o real nos fenômenos de passagem ao ato, em suas tentativas de barrar o Outro em sua dimensão invasiva e excessiva” (Carvalho, 2002, p.68).

Na clínica da neurose a angústia é um guia e o manejo clínico é em direção ao real a partir da mediação simbólica. Se o ato analítico visa extrair da angústia a sua certeza, a questão é como chegar até aí bordeando o campo da passagem ao ato e do *acting-out* com os quais a angústia faz fronteira. Por meio da pergunta “Que queres”?, o neurótico interroga o desejo do Outro.

A relação com o objeto é um modo de responder a esta pergunta, na medida em que o objeto *a* está a meio caminho no percurso que conduz à separação entre sujeito e Outro, entre o reconhecimento da castração e, sua posterior negação, na forma que o neurótico tem de se dedicar a preencher a falta no Outro. (Carvalho, 2002, p. 75)

Na psicose, a angústia está a céu aberto e não funciona como um sinal. Ocorre aqui a impossibilidade formal de se fazer a pergunta pelo desejo do Outro. Ao contrário da neurose, onde o objeto *a* é extraído do corpo negativizado pela castração, na psicose o sujeito encarna o objeto, “por conseguinte, falta a moldura que daria à angústia a sua contenção, falta a falta, como dirá Lacan, o contorno significativo do objeto. Por isso o sujeito seria lançado mais facilmente ao ato enquanto a angústia tenderia a aparecer mais do lado do Outro” (Carvalho, 2002, p. 75).

Assim, o campo da passagem ao ato apresenta-se mais disperso na psicose, já que, por não ser limitado pela fantasia, o gozo aí predispõe o sujeito ao ato.

A presente articulação teórica elucida que, diferentemente da neurose, onde há um emolduramento fantasmático, na psicose há uma maior propensão à passagem ao ato.

A partir desses aportes teóricos sobre a questão da passagem ao ato e do *acting out*, no próximo capítulo serão apresentados e discutidos os dados recolhidos na construção do caso clínico de Ana.

4 O CASO ANA

*A posição do analista na instituição é aquela de construir o caso clínico.
C. Viganó*

4.1 Um pouco da história¹²

Em novembro de 1999, iniciou-se uma mobilização política, social e intersetorial que tornou pública a violação dos direitos humanos dos loucos infratores institucionalizados. Com a campanha “Manicômio judiciário... o pior do pior”, o Conselho Federal de Psicologia abriu o IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, onde foi apresentado um relatório das inúmeras violações de direitos dos loucos infratores no Estado Brasileiro. Na mesma ocasião, a Dra. Fernanda Otoni de Barros-Brisset apresentou o resultado de uma pesquisa pioneira que envolveu estudantes de psicologia no ano de 1999 e levantou a situação jurídica, social e clínica de 15 processos criminais que envolviam loucos infratores, na comarca de Belo Horizonte. A pesquisa propôs que os casos fossem acompanhados, em caráter experimental, por uma equipe interdisciplinar, que ficaria responsável pelo acompanhamento de um projeto individualizado, construído em parceria com instituições de saúde mental da rede pública, Ministério Público e autoridade judicial. O ineditismo do projeto de pesquisa estava no fato de ser desenhado de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica e dos direitos humanos, orientados pela singularidade de cada caso, e buscando a construção de uma mediação entre o tratamento e o processo jurídico. Além disso, o trabalho se apoiava na Lei Estadual 11.802/1995 (ver anexo), cujo texto havia inaugurado os pilares normativos para o redesenho da assistência em saúde mental em Minas Gerais.

Uma das constatações da pesquisa foi o tensionamento existente entre os hospitais psiquiátricos e a instituição jurídica, particularmente com os juízes das varas criminais que, por falta de vagas no manicômio judiciário mineiro - o Manicômio

¹² Tomou-se como referência para essa breve descrição sobre o nascimento do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, PAIPJ, a monografia de Fernanda Otoni de Barros-Brisset, *Por uma política de atenção integral ao louco infrator – contribuições a partir da experiência do PAIPJ* (2010), do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, vencedora do I Prêmio Nacional de Segurança com Cidadania Professora Valdemarina Bidone de Azevedo e Souza, relativa ao eixo *Diretrizes para o Sistema Penitenciário*, concurso realizado por ocasião da 1ª Conferência Nacional de Segurança Pública, no dia 27 de agosto de 2009.

Judiciário Jorge Vaz, localizado na cidade de Barbacena - e apoiados no Artigo 96 do Código Penal Brasileiro¹³, determinavam a internação judicial de pacientes por tempo indeterminado nos hospitais. Tais determinações contrariavam a vontade política dos gestores em saúde mental que, àquela época, cuidavam do processo de desospitalização dos portadores de sofrimento mental, de acordo com o projeto de saúde mental do município e a Lei Estadual 11.802/1995 (ver anexo F).

A pesquisa identificava que era preciso inventar um dispositivo conector entre a justiça e a saúde, capaz de integrar, na condução de cada caso, as lógicas heterogêneas, discursivas e práticas, atuantes na interface do tratamento com o louco infrator. Esse dispositivo conector teria por compromisso a mediação entre o tratamento em saúde mental e o processo jurídico, zelando para que a solução interinstitucional estivesse de acordo com a singularidade clínica, jurídica e social de cada caso. A orientação dessa mediação seguia as pistas que o paciente judiciário entregava nos espaços institucionais que passara a frequentar, na justiça ou na rede de saúde. (Barros-Brisset, 2010, p. 27)

Assim, no dia 02 de março de 2000, a Corregedoria do Tribunal de Justiça de Minas Gerais implantou o projeto-piloto que, em dezembro de 2001, foi transformado em Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAIPJ, pela Portaria Conjunta nº 25/2001. Nesse momento já estava em vigor a Lei 10.216/2001 (ver anexo E), que regulamentava em nível nacional a assistência em saúde mental, fortalecendo a constituição do Programa dentro dos parâmetros normativos estabelecidos no Brasil. A partir de maio de 2010, o programa passou a integrar o Projeto Novos Rumos, regulamentado pela Resolução nº 633/2010 (ver anexo G).

4.2 A metodologia de trabalho no PAIPJ

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) realiza o acompanhamento do portador de sofrimento mental que cometeu algum crime em todas as fases do processo criminal. Ocorre intersetorialmente, promovendo o acesso à Rede Pública de Saúde e à Rede de

¹³ Código Penal Brasileiro. DECRETO-LEI N.º 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940.

TÍTULO VI: DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

Espécies de medidas de segurança

Art. 96. As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

Assistência Social, de acordo com as políticas públicas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental.

Os casos são encaminhados por meio de ofício dos juízes criminais, determinando-se que sejam acompanhados pelo Programa. Preliminarmente é realizada uma avaliação jurídica, clínica e social do caso e, em seguida, uma equipe interdisciplinar do Programa, composta de psicólogos judiciais, assistentes sociais judiciais, assistentes jurídicos e estagiários, passa a acompanhar o caso.

Os estagiários de psicologia, além de realizarem uma avaliação preliminar do caso, que, após ser discutido em supervisão clínica, é distribuído para a equipe interdisciplinar, também realizam o trabalho de acompanhamento terapêutico. Este acompanhamento é autorizado pelo juiz para os pacientes que permaneceram durante longos anos internados e perderam a possibilidade de circularem pela cidade ou se encontram em dificuldade de realizar tarefas, tais como: pegar ônibus, fazer compras, ir ao banco, lidar com dinheiro, etc. Esse acompanhamento, discutido e supervisionado por uma equipe de profissionais já graduados, favorece as possibilidades de circulação dos pacientes pela cidade, ampliando seus laços como forma de tratar o sofrimento.

Os assistentes sociais judiciais realizam o estudo do caso e apresentam ao paciente judiciário os recursos para sua inserção social, visando à garantia dos direitos fundamentais e sociais, sempre na medida em que o caso indique.

Os assistentes jurídicos estudam os autos, acompanham os andamentos processuais, informam o paciente judiciário sobre sua situação processual, acompanhando-o durante as audiências, e formatam ofícios que são encaminhados ao juiz, com base nos pareceres disciplinares da equipe e da rede.

Os psicólogos judiciais realizam o acompanhamento sistemático dos pacientes, buscando escutar e acolher o que para cada um funciona como modo de tratar o sofrimento. Os profissionais também encaminham, quando necessário, o paciente aos pontos da rede de saúde mental da cidade de Belo Horizonte, indicados para favorecer a ampliação dos recursos de tratamento, aos quais o sujeito poderá recorrer nos momentos de crise ou de embaraço. Cabe ressaltar que a equipe do Programa busca manter uma parceria com os locais da rede onde os pacientes

realizam o tratamento, por meio da discussão dos casos e da construção de um projeto terapêutico individualizado.

O PAIPJ, por meio dessa equipe interdisciplinar, funciona também como um serviço auxiliar do juiz, subsidiando a decisão judicial e apresentando aos autos processuais os relatórios cujo material foi tecido no trabalho com os diversos parceiros fora do sistema jurídico: trabalhadores de saúde mental, de organizações e entidades sociais, familiares, entre outros.

Dessa forma, a autoridade judicial, integrando a sua ação ao conjunto de todas as outras necessárias, realiza efetivamente sua função jurisdicional de acompanhamento da sentença aplicada, promovendo os meios para que o paciente judiciário possa acessar os recursos necessários – sociais, de tratamento ou mesmo jurídicos – na invenção de um laço social que lhe convenha e que seja razoável. A autoridade judicial se conecta a essa rede maior de atenção ao paciente judiciário, através do PAI-PJ- uma secretaria para cada sujeito em particular e um serviço auxiliar dos juízes criminais no acompanhamento da execução da resposta jurídica ao ato-crime, pelo qual o indivíduo responde. (Barros-Brisset, 2010, p. 34)

Foi dentro dessa lógica de funcionamento que o caso clínico discutido na presente dissertação foi acompanhado. Na construção desta escrita utilizou-se como material os dados recolhidos dos dois processos judiciais aos quais respondiam à paciente, as notas dos atendimentos realizados no PAIPJ, algum material disponibilizado por meio de relatórios pela equipe de profissionais da saúde responsável pelo tratamento da paciente, assim como notas de discussões realizadas com a referida equipe e, finalmente, as notas das supervisões do caso.

Entende-se que o material recolhido permitiu a construção do caso clínico, método de pesquisa utilizado nesta dissertação, do qual faremos uma breve discussão.

4.3 O caso clínico como método

Segundo Ferrari (2010, p. 37), o método do caso clínico possibilita a inscrição da psicanálise nos espaços acadêmicos e, ao mesmo tempo, marca sua distância de um modelo de conhecimento científico, na medida em que o caso particular não é o exemplar do universal. Para a autora, orientar-se na direção da construção do caso clínico é estar em rumo oposto ao discurso universitário que tenta apagar o gozo da enunciação. Todavia desde seu nascimento, a psicanálise não recua diante da conjunção/disjunção com a ciência; Freud sempre considerou os valores científicos de sua época, não recusando a exposição de saber exigido pelo discurso científico.

Ferrari (2010), remetendo-se a Berenguer (2006)¹⁴ afirma que construir um caso clínico é uma forma de falar sobre o caso que também inclui certa forma de escrevê-lo, sem a ilusão de traduzir os fatos em uma linguagem pura. “Trata-se de nomear os pontos considerados nodais que se articulam ao redor de pontos do real e se caracterizam pela resistência na articulação simbólica” (Ferrari, 2010, p. 40). Além disso, uma boa construção deve possuir um relato informado pela teoria, mas não recoberto por esta, e nem pelo sentido, pois o real em jogo só pode ser parcialmente capturado em termos de categorias clínicas e estruturas. Nesse sentido, o uso da teoria para construir casos é uma forma de nomear e não de traduzir; colocar nomes, escrevendo o impossível de dizer: uma maneira de circunscrever o real e não de descrevê-lo ou traduzi-lo; de modo que um caso não é então construído para ser ilustração de um ponto da teoria. (Ferrari, 2010)

4.4 Construindo o caso clínico

Segundo Viganó (1999, p, 56), construir o caso clínico é preliminar à demanda do paciente; é colocar o paciente em trabalho, registrar seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam, estar pronto a escutar a sua palavra, quando esta vier. Nesse sentido, a clínica não é um ensino teórico, e se dá não a partir do universal do saber, mas do particular do sujeito.

Viganó (1999) estabelece ainda uma distinção entre o que denomina de “caso clínico” e de “caso social”. A partir dessa distinção fez-se uma tentativa de articular o “caso clínico” e o “caso jurídico”, ponto de interesse dessa dissertação, tendo em vista a interface na qual se realiza o trabalho do PAIPJ, lugar do qual se acompanhou o caso clínico aqui discutido.

O caso social tende a ser aquele que se localiza dentro de uma lógica de mercado (caso social igual à mercadoria); “é o caso do discurso do puro significante, dos instrumentos jurídicos e assistenciais” (Viganó, 1999, p.53). Já o caso clínico compreende, além do significante, o objeto e, enquanto o caso social é conduzido pelos operadores, o caso clínico é resolvido pelo sujeito, que é o verdadeiro

¹⁴ Berenguer, E. (2006). Como se construye um caso. In: *Seminarios Clinicos: Como se construye um caso*. Caracas: Ediplus producción CA, pp. 7-127.

operador, desde que esteja em condições de sê-lo. Um caso não exclui o outro, pelo contrário, o caso clínico é a condição para que haja o caso social.

Partindo dessa perspectiva, pode-se traçar um paralelo entre o caso social, assim como o define Viganó (1999), e o caso jurídico: o caso jurídico apresenta um conflito a ser solucionado e/ou uma verdade a ser alcançada para que então a justiça seja feita; é conduzido pelos operadores do direito, que se utilizam das normas, regras e jurisprudências estabelecidas pela doutrina jurídica.

Entretanto, a questão se complica quando se opõem as duas construções entre si, ou seja, quando se mantém o caso clínico separado do caso social (ou do caso do jurídico). Nessa orientação, podemos afirmar que o trabalho realizado pelo PAIPJ é o de fazer uma conexão entre o caso jurídico e caso clínico, pois é exatamente este ponto que pode permitir que o ato jurídico funcione como um operador clínico em alguns casos de sujeitos psicóticos que cometeram algum crime¹⁵.

Viganó (1999, p. 53) ainda propõe que na lógica do caso social conserva-se uma relação transitiva que vai do terapeuta ao paciente ($T \rightarrow P$), enquanto no caso clínico, o paciente tem um lugar ativo e se tem uma concepção da clínica como um discurso ($T \leftrightarrow P$). Da mesma maneira, no caso jurídico, a relação transitiva se daria entre os operadores do direito e o processo, estando o sujeito foracluído. Vários casos acompanhados testemunham isso: um paciente dizia que não iria fazer seu tratamento, pois seu caso tinha sido julgado “a revelia” (sic). O juiz havia lhe dito para fazer o tratamento, mas também a sua revelia. Ao ser indagado sobre do que exatamente se tratava, ele explicou que no dia da audiência o juiz sequer o chamou para ouvir-lhe, apesar de ter ficado esperando durante um bom tempo. Tendo em vista que o portador de sofrimento mental é tomado como um alienado e, diante da comprovação da perícia psiquiátrica da doença mental, muitas vezes esses pacientes não são ouvidos durante as audiências.

O trabalho do PAIPJ é o de inserir, guardando a particularidade de cada caso, o sujeito na cena jurídica, sendo em muitas situações essa a possibilidade do paciente fazer algum consentimento com tratamento. Em muitos casos, a equipe

¹⁵ Fernanda Otoni de Barros-Brisset traz uma preciosa contribuição acerca dessa discussão em seu texto: O Ato jurídico como um operador clínico nos casos de psicose. In: *Curinga* nº 18, BH, Nov. 2002, Escola Brasileira de Psicanálise- MG, pp. 80-85.

interdisciplinar do Programa solicita que seja feita uma audiência ou mesmo que o juiz possa escutar e fazer alguns encaminhamentos junto ao paciente, tomando como orientação o trabalho de escuta e secretaria do caso realizado pelo PAIPJ. Como aponta Barros-Brisset (2002, p. 83) “o fato do tratamento acontecer em uma estrutura dentro do ordenamento jurídico não é sem consequências. Ainda é necessário, na sua construção, tomar o direito de seu jeito, tentando extrair, das ficções jurídicas, um saber capaz de regular o gozo”.

4.5 O caso

O caso de Ana chegou ao Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAIPJ através da Sra. Helena, uma antiga amiga da avó paterna de Ana. Ela conta que Ana, 27 anos de idade, havia sido presa em flagrante por ter quebrado um posto de saúde¹⁶, ocasião em que destruiu mobiliário e computadores. Além disso, Ana teve uma crise epiléptica na delegacia para onde foi encaminhada. Ao ser transferida para um presídio feminino, em função das crises convulsivas, caía sobre as outras detentas, que passaram a ameaçá-la de morte.

Em pesquisa jurídica, verificou-se que havia contra Ana um mandado de prisão em aberto, relativo ao homicídio de seu amásio. Constava que Ana havia matado o companheiro, José, envenenado. José faleceu e foi enterrado como se fosse vítima de morte natural, todavia, uma semana depois, Ana foi à delegacia e confessou o crime. Constava também o processo por dano ao patrimônio, relativo ao posto de saúde.

Durante a primeira entrevista de avaliação que, como de praxe, foi realizada pela equipe destinada aos atendimentos preliminares, Ana estava muito trêmula e disse que era em função da medicação que tomava. Sobre o incidente do posto, justificou que agiu dessa forma pois estava acompanhando um parente que necessitava de ajuda e, que, contudo, não fora atendido. Assim, ela acusa os funcionários do posto

¹⁶ Posto de saúde ou centros de saúde formam a rede de atenção básica. São os serviços mais próximos da casa do cidadão e devem ser os primeiros a serem procurados quando as pessoas apresentam algum problema de saúde. Nos centros de saúde estão as equipes do BH Vida: Saúde Integral, o Programa de Saúde da Família (PSF) de BH. Cada equipe possui 1 médico de família, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. O atendimento é dividido em: saúde do adulto e dos idosos; saúde da criança e saúde da mulher. Quanto ao serviço de saúde mental, os profissionais dos centros de saúde acompanham casos que podem ser tratados em ambulatório. Recuperado em: 5 de outubro de 2011, de <http://portalpbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade>.

de não a terem ajudado. Ela relata que ficou muito nervosa e, por isso, partiu para a agressão. Diz que nessas horas não consegue se conter e, quando percebe, já quebrou tudo.

Sobre o homicídio do companheiro, Ana relata que havia sido ameaçada de morte por José, e que ele marcara a data para matá-la. Ana conta que não permitiria que ele a matasse e a seus filhos. Assim, um dia antes da data marcada pelo companheiro, ela preparou tudo para seu homicídio. Comprou veneno e durante todo o dia foi dando a ele, até seu óbito.

Ana informa que já havia sido internada em um hospital psiquiátrico. Em função dessa informação, foi feita uma pesquisa no prontuário do hospital. Constatou-se que Ana passara por duas internações em anos diferentes: a primeira internação diz respeito a uma agressão a uma funcionária de uma clínica médica, local onde seu filho se encontrava internado na época. A segunda, também diz respeito a um episódio de agressão, conforme informações do boletim de ocorrência policial. As hipóteses diagnósticas levantadas pela equipe do hospital psiquiátrico são: CID (Classificação Internacional de Doenças): F.69 – Transtorno não especificado de personalidade e do comportamento do adulto; Epilepsia; F.60.4- Personalidade histriônica; F.60.3- Personalidade emocionalmente instável; F.41: Outros transtornos ansiosos.

A partir da avaliação inicial, o caso passa a ser acompanhado pelo PAIPJ, o que se dará por um período de dois anos e meio.

4.5.1 Do processo

Antes da apresentação de pontos norteadores para a construção do caso clínico, inicialmente pelas informações colhidas no processo, faremos uma breve discussão sobre os aspectos jurídicos que envolvem a interface Psicanálise e Direito, espaço de atuação do psicólogo judicial no Programa de Atenção ao Paciente Judiciário - PAIPJ.

Etimologicamente, processo significa *marcha avante* ou *caminhada* (do latim, *procedere* = seguir adiante). Ele é indispensável à função jurisdicional que possui

como objetivo eliminar conflitos e fazer justiça mediante a atuação da lei, sendo definido como o instrumento através do qual a jurisdição opera.

A acepção mais conhecida de processo é o processo judicial, ou seja, a forma como o judiciário exerce suas funções. Nesse contexto, processo é o método pelo qual se opera a jurisdição, com vistas à resolução dos litígios (Donizetti, 2011). De modo geral, alguém interessado em levar uma questão para ser resolvida junto ao poder judiciário, propõe um processo judicial, em que será autor, figurando como réu a pessoa que tem um interesse conflitante com o autor, necessitando da mediação do juiz, que ao final determinará a melhor solução para o conflito.

O processo pode ser entendido pelo aspecto dos atos que lhe dão corpo e das relações entre eles e, igualmente, pelo aspecto das relações entre os seus sujeitos (Cintra et al., 2010, p. 301). São considerados atos processuais o oferecimento de uma denúncia, um interrogatório, uma sentença.

No processo penal o juiz tem o dever de investigar como os fatos se passaram na realidade (verdade real) e, para tanto, não deve se conformar apenas com a verdade trazida no processo pelas partes processuais (verdade formal). O chamado princípio da verdade real busca, como regra, a reconstrução completa dos fatos, tal como se deram, a fim de que uma pessoa apenas seja condenada quando comprovado que os fatos a ela imputados realmente aconteceram e que ela foi responsável por eles, o que em direito se denomina autoria e materialidade delitiva (Della Torres, 2008).

Quando, durante um processo criminal, o juiz, o promotor de justiça ou mesmo o advogado suspeitam que o réu apresenta indícios de sofrimento mental, é instaurado o que se denomina incidente de insanidade mental, ocorrendo assim a suspensão do processo principal, até que seja realizado o incidente. O incidente de insanidade mental é feito por meio de uma perícia psiquiátrica que buscará atestar a sanidade ou insanidade mental do réu no momento do cometimento do ato ilícito, no intuito de subsidiar a sentença jurídica a ser aplicada, conforme determinação do Código Penal, no artigo 26¹⁷. Logo, a produção pericial é um elemento importante que compõe o discurso jurídico da prova, sendo o objetivo da perícia atestar se uma

¹⁷ Art. 26. É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

patologia mental provocou a incapacidade de entendimento ou determinação no momento em que o ato ilícito aconteceu. Para a realização da perícia, o juiz e/ou promotor elencam quesitos aos peritos psiquiatras (ver anexo B).

Se comprovada a incapacidade mental, o réu é considerado inimputável, sendo absolvido do crime, pois não é considerado culpado. A ele é aplicada a medida de segurança, que presume sua periculosidade. Caso não se comprove a incapacidade, o réu será considerado imputável e receberá uma pena comum, dependendo das prescrições estabelecidas pelo Código Penal, que levam em conta a natureza do crime. Assim regulamenta o Código Penal Brasileiro:

Art. 96. As medidas de segurança são:

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

II – sujeição a tratamento ambulatorial.

No caso de Ana, tanto no processo de homicídio quanto no processo de dano ao patrimônio, relativo ao posto de saúde, foi instaurado o incidente de insanidade mental (ver dados das perícias, na íntegra, nos anexos C e D). No incidente relativo ao processo de homicídio, Ana foi considerada imputável, logo, iria a júri popular para ser julgada pelo crime. Já no incidente de insanidade relativo ao dano realizado contra o posto de saúde, Ana foi considerada inimputável, ou seja, receberia uma medida de segurança.

Assim conclui a perícia psiquiátrica realizada no processo de homicídio:

“Compulsando todos os dados disponíveis, os peritos concluem normalidade psíquica ao exame atual e em conexão com o fato em tela, do ponto de vista psiquiátrico forense. Epilepsia, por si só, não é doença mental. Trata-se de enfermidade neurológica passível de controle medicamentoso e que, na maioria dos casos, como no da pericianda, não evolui com sintomas psíquicos relevantes”.

Já a conclusão acerca do processo de dano ao patrimônio diz:

“Após a análise dos elementos disponíveis e o exame pessoal da Acusada, os peritos falam por QUADRO PSICOTIFORME À ÉPOCA DOS FATOS E EM

CONEXÃO COM ELES, CAPAZ DE ELIDIR O ENTENDIMENTO E A DETERMINAÇÃO¹⁸”.

4.5.1.1 Sobre a verdade jurídica e a verdade psicanalítica

O discurso jurídico trabalha com categorias preexistentes e opera a partir de um saber de antemão inscrito em seu próprio código; é pautado na crença e adoção cega do ponto de vista das autoridades no assunto, e no rigor, coerência e consistência do pensamento na intenção de buscar um acesso à verdade. Nesse sentido é um discurso que produz um cenário no qual o que se articula deve ser inscrito em seu próprio vocabulário, transformando assim, o sujeito em um processo (Rosa Debieux, 2010, p. 14). Cabe lembrar a máxima jurídica: *Quod non est in actis, non est in hoc mundo* - O que não está nos autos, não está (ou não existe) no mundo. Essa máxima reflete a necessária formalização do discurso jurídico, dos fatos que precisam encontrar respaldo nesse discurso, transformando-se assim em fatos jurídicos. (Miranda Jr., 2010, p.76)

Segundo Miranda Jr. (2010), o discurso jurídico busca a produção de uma verdade interna ao seu sistema, por vezes convocando outros saberes para provar fatos inseridos nas categorias jurídicas. “É através das provas que se procura demonstrar a ocorrência ou inoocorrência dos pontos duvidosos de fato relevantes para a decisão judicial, ou seja, a conformação das afirmações de fato feitas no processo com a verdade objetiva” (Cintra et al., 2010, p. 378).

O trabalho pericial é o que mais responde diretamente à demanda da instituição jurídica, pois está a serviço da produção de uma verdade que auxilia a tomada de uma decisão judicial (Rosa Debieux, 2010, p. 14). O exame/ perícia compõe uma categoria científica e jurídica de atuação dos profissionais ‘psi’ e serve como prova de uma verdade normativa cuja base se encontra na interseção problemática entre o saber científico sobre o humano, os valores culturais e morais que o atravessam e o poder exercido pelos corpos e subjetividades em nome do saber. (Miranda Jr., 2010)

A ciência jurídica busca a verdade dos fatos em sua função de acusar, defender, julgar e decidir. À investigação policial interessa a apuração dos fatos, a busca de

¹⁸ Foram mantidas as letras maiúsculas, assim escritas no resultado da perícia.

uma resposta acerca da situação real que culminou no crime. Perguntas como: Quem matou a vítima? Por quê? Quais suas motivações? Teria Ana sido apenas a executora de outro mandante, o amante, por exemplo?, orientam o trabalho dos operadores do direito em sua busca da “verdade real”.

Mas como poderíamos pensar a questão da verdade para a psicanálise nesse trabalho de interface com o discurso jurídico?

Por meio de realização de perícias, exames, os cientistas são chamados a ocupar lugar no discurso jurídico e a se posicionarem com sua própria noção de verdade, sendo a produção pericial um elemento importante na composição da prova jurídica, e deve indicar uma verdade a ser atingida. A psicanálise, por sua vez, trata a linguagem a partir de outra cena¹⁹. Nesta outra cena há uma disjunção entre aquele que fala e aquilo que é falado; tal disjunção aponta para os equívocos que o sujeito produz ao tentar nomear e fazer reconhecer aquilo que supostamente deseja. (Miranda Jr., 2010)

A diferença entre verdade jurídica e verdade psicanalítica foi discutida desde os primórdios do estabelecimento da psicanálise. Podemos tomar como referência o texto “A psicanálise e a determinação dos fatos nos processos jurídicos”, publicação de uma conferência proferida por Freud no ano de 1906, a pedido de um catedrático de jurisprudência da Universidade de Viena. Freud discute aí a viabilidade da aplicação de um procedimento pericial apresentado por Carl Gustav Jung denominado “experiência de associação”, que tinha como finalidade obter uma prova da culpa ou inocência do acusado pelas respostas que ele associava. O experimento de associação surgiu da escola de Wilhelm Wundt e consistia em apresentar ao paciente uma lista pré-selecionada de palavras como estímulo e registrar o tempo exigido para a reação e a relação entre a palavra-estímulo e a palavra-reação.

Procurando demarcar uma diferença da situação analítica, na qual vige o método da associação livre, daquela situação da prova judicial, Freud assinala que o doente neurótico diferentemente do criminoso - que conhece, mas pretende esconder seu

¹⁹ A “outra cena” refere-se à cena do inconsciente, descortinada por Freud (1897) quando ele abandona a técnica da hipnose, apostando na associação livre, e se deparando então com o fenômeno da divisão subjetiva.

segredo -, não conhece seu segredo, sendo este oculto para ele mesmo. Assim, se no criminoso há uma simulação de ignorância, no neurótico há uma autêntica ignorância, embora não em todos os sentidos. Ainda estabelecendo uma diferenciação entre a situação jurídica e a analítica, Freud afirma que, se nas investigações basta que os juízes obtenham uma convicção objetiva, na análise exige-se que o paciente também adquira essa mesma convicção (Freud, 1906/1996, p. 102). Além disso, o neurótico reage como se fosse culpado, ainda que seja inocente, porque possui uma culpa inconsciente que pode se apoderar de qualquer imputação concreta. Isso dificulta a distinção entre os que culpam a si mesmos e os que são realmente culpados.

Freud enfim assinala o afastamento do campo da psicanálise do da prática judicial, indicando que não é possível reproduzir a mesma situação psicológica existente no interrogatório do acusado em uma investigação criminal.

Podemos dizer que Freud demonstra que a aplicação do experimento de associação à prova judicial é muito diferente do procedimento judicial e não corresponde como um possível aporte da psicanálise a esse campo. Com efeito, podemos depreender do texto da conferência uma série de indicações precisas que nos permitem delimitar melhor o que poderia ser uma genuína contribuição da psicanálise ao âmbito forense, porque essas diferenças colocam em destaque quais são os limites que não devem ser ultrapassados em qualquer aplicação da psicanálise ao campo forense. (Vera Barros, 2011, p. 39, tradução nossa)

Segundo Vera Barros (2011)²⁰ existe um memorando que Freud apresentou em uma causa criminal, do qual se tem notícia na biografia de Freud escrita por Ernest Jones. Consta que, em novembro de 1922, o filho de um velho criado de Freud atirou em seu pai sem, contudo, provocar sua morte. Imediatamente antes do fato, o filho havia flagrado o pai violando a meia irmã do jovem. Na época, Freud contratou uma autoridade do campo jurídico para defender o jovem e ele mesmo redigiu um memorando, no qual manifestou que todo intento de buscar motivações mais profundas não faria mais que complicar os fatos, bem claros por si mesmos. Houve ainda a apresentação de um outro memorando o qual sustentou que a excitação do momento havia afetado ao jovem de modo equivalente a uma alienação transitória. As alegações foram aceitas e o jovem declarado inocente.

²⁰ A descrição deste caso está em: Vera Barros, R. (2011). *El asentimiento subjetivo a la pena y al castigo*. Buenos Aires: Gramma ediciones. Esse autor será traduzido no presente texto para a língua portuguesa.

Para Vera Barros (2011), apesar dos escassos dados é possível extrair algumas consequências dessa intervenção de Freud: trata-se de um caso em que as circunstâncias que produziram o disparo estavam claras e bastavam para alegar a inocência por um estado de emoção violenta causado ao jovem, quando surpreende o pai em um ato de violação de uma mulher com quem ele possuía um laço fraterno²¹. Assim, trata-se de um caso no qual a afetação violenta do sujeito justifica sua inimputabilidade que aparece suficientemente esclarecida com as circunstâncias objetivas do fato, que permitiria afirmar que qualquer pessoa na mesma situação poderia reagir de forma semelhante.

É nesse sentido que entendemos a afirmação de Freud de que toda intenção de buscar motivações mais profundas não faria mais que complicar os fatos já claros em si mesmos [...]. Assim ele nos ensina que não devemos intervir psicanaliticamente na busca de motivos (conscientes e particularmente inconscientes) da culpabilidade quando esta se descarta com a simples comprovação das circunstâncias objetivas. Ademais, introduzir dados da subjetividade inconsciente pode produzir desnecessariamente confusão em tais casos. (Vera Barros, 2011, pp. 41-42)

É forçoso que nos recordemos ainda do caso de Philipp Halsmann, um jovem de 22 anos de idade que foi acusado de parricídio. No dia 10 de setembro de 1929, Morduch Halsmann e seu filho Philipp faziam uma caminhada quando então Philipp se adiantou um trecho. Quando volta, encontra seu pai caído em um barranco junto a um riacho. O filho vai buscar ajuda e quando retorna encontra o pai morto com a cabeça ensanguentada por um golpe de pedra. O julgamento foi realizado na cidade de Innsbruck, local cuja opinião pública era antissemita. Durante o julgamento, a acusação tentou infrutiferamente provar que pai e filho não tinham uma boa relação. Diante disso, o juiz afirmou que a impossibilidade de encontrar um motivo para o crime não significaria que o motivo não existisse. Philipp foi condenado, em 17 de dezembro de 1929, a dez anos de prisão pelo assassinato do pai. Houve apelação da sentença à Corte de Viena e, apesar de esta ter sido aceita, foi negado o pedido de mudança de jurisdição, de modo que o segundo julgamento também se realizou

²¹ Vera Barros (2011, p. 41) menciona que no direito penal argentino, diferentemente do austríaco, a emoção violenta não é “inculpante”, mas apenas produz um atenuante da pena. Verificamos o mesmo quanto ao Código Penal Brasileiro, pois no que tange ao Atenuante pela Violenta Emoção, dispõe o artigo 121: “Matar alguém: Pena de seis a vinte anos”. Logo em seguida traz o parágrafo 1º do mesmo dispositivo: “Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida à injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço”. Para uma descrição mais completa ver: Pego, N. C. C. M. (2007) *Crimes Passionais: atenuantes x agravantes*. São Paulo: Monografia apresentada como requisito parcial de Conclusão de Curso para obtenção do Grau de Bacharel em Direito da Faculdade de Direito de Presidente Prudente. Recuperado em 13 de novembro de 2011, de <http://www.intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/viewFile/622/637>.

na cidade de Innsbruck, “em meio a manifestações antissemitas e contrárias ao acusado, tanto populares como por parte da imprensa” (Vera Barros, 2011, p. 44). A segunda sentença se baseou na opinião de peritos da Faculdade de Medicina de Innsbruck que, utilizando-se da teoria freudiana do complexo de Édipo, atribuíram ao réu um “complexo de Édipo ativo”. Assim, a apelação fracassou e Philipp foi novamente condenado, mas desta vez a quatro anos de prisão. Após pressão da comunidade internacional em uma campanha realizada favorável a Philipp, a pena foi reduzida à metade e, em 30 de setembro de 1930, ele obteve sua liberdade condicional sob a condição de deixar a Áustria em 24 horas.

Não obstante, um professor de jurisprudência da faculdade de Viena, Dr. Josef Kupka, encetou uma campanha em defesa do jovem Halsmann, criticando o parecer do perito de Innsbruck, quando então solicitou a opinião de Freud sobre o assunto. O memorando realizado por Freud encontra-se publicado na Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, no vol. XXI, sob o título “O parecer do perito no caso Halsmann” (1931[1930]).

No parecer, Freud inicialmente aponta que, caso houvesse uma prova objetiva de que Philipp assassinara seu pai, haveria algum fundamento para introduzir o complexo de Édipo, todavia, como não foi aduzida nenhuma prova desse tipo, a menção do complexo de Édipo possuiria um efeito desorientador e na melhor hipótese, ‘ocioso’. “Precisamente por estar sempre presente, o complexo de Édipo não é apropriado para fornecer uma decisão sobre a questão da culpa” (Freud, 1931[1930]/1996, p.260). Freud então relata uma anedota acerca de um homem que, por possuir um pé de cabra, foi julgado culpado por um roubo realizado por meio de um arrombamento. Quando lhe perguntaram se tinha algo a dizer, o homem implorou que também fosse sentenciado por adultério, já que também carregava consigo o instrumento para tal crime. Tomando um exemplo da literatura clássica, Freud cita Dostoiévski em “Os Irmãos Karamassovi”. Relembra que no romance, a situação edipiana se encontra no cerne: um pai detestado pelos filhos, sendo que um deles, Dimitri, não segreda sua intenção de vingar-se do genitor. Depois de o pai ter sido assassinado, Dimitri é acusado pelo homicídio, apesar de seus protestos de inocência, e ele é inocente, pois seu irmão foi quem cometera o assassinato. Freud

então relembra a famosa frase que ocorre durante o julgamento: “A psicologia é uma faca de dois gumes”²².

Freud, em seguida, adverte outras duas contradições da pericia: mesmo afirmando que Philipp possuía um ‘efetivo’ complexo de Édipo, não foi permitida a ele uma aclaração “sem reservas” dos fatos, sob a justificativa de que ele não teria as condições requeridas para tal procedimento, por estar sob forte pressão da acusação. A outra contradição diz respeito ao distúrbio de memória apresentado por Philipp sobre os eventos anteriores e durante o crime do pai. A explicação da pericia foi a de que Phillip havia ‘reprimido’ tais conteúdos, o que Freud considera injusto e precipitado. O pai da psicanálise argumenta que uma repressão desse tipo em um adulto que nunca apresentara indício de neurose grave seria uma “raridade de primeira ordem” (Freud, 1931[1930]/1996, p.261).

Freud em várias ocasiões expressou certo ceticismo a respeito da Justiça como instituição; de modo que o psicanalista que atua no âmbito da justiça não deveria olvidar os aspectos éticos que se apresentam no caso a caso. Ao retomar a frase do julgamento de Dimitri no romance de Dostoievski, no artigo sobre o caso Halsmann, entende-se que Freud realiza um questionamento a esse mesmo processo judicial, reafirmando que “a posição do analista não deve ser utilitária/funcional ao procedimento judicial, mas deve atender aos aspectos éticos que o transcende (Vera Barros, 2011, p. 49).

No percurso teórico que realiza Lacan²³, se num primeiro momento a verdade é inserida no campo do simbólico, posteriormente ela deixa de ser compreendida nessa perspectiva, particularmente a partir do texto de 1958 sobre “Direção de tratamento”, que marca a incompatibilidade do desejo com a fala. A verdade deixa de ser a lembrança que falta, o sentido recalcado, para tomar a forma de ficção, o que faltaria ao saber para que ele se completasse. O ser falante, consistência imaginária articulada no simbólico, está em relação com uma verdade que ele não alcança, nem admite, daí o aforismo lacaniano de que a verdade é um semidizer (Lacan, 1992, p. 55). A verdade está pressuposta, mas não está pronta, não há,

²² Em nota a Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud esclarece que a tradução do alemão e no original russo seria: “A psicologia é um porrete de duas pontas”.

²³ Os argumentos desenvolvidos neste trecho em que se discute o conceito de verdade em Lacan, têm como base as elaborações de Miranda Jr. (2010) sobre esse tema, apesar de não ser citado constantemente, o que foi feito para facilitar o desenvolvimento do argumento e do raciocínio.

portanto, uma verdade última nem totalizadora; há momentos de verdade, efeitos de verdade, na relação do sujeito ao seu desejo (Miranda Jr., 2010, p. 178).

Contra o positivismo lógico, Lacan defende a inexistência de uma metalinguagem, ou seja, “nenhuma linguagem pode dizer o verdadeiro sobre o verdadeiro, uma vez que a verdade se funda pelo fato de que fala, e não dispõe de outro meio para fazê-lo” (Lacan, 1998, p.882). Assim, admitindo que a função da fala na ciência é estabelecer continuidades, para a psicanálise é na descontinuidade que o sujeito surge. Contudo, não se trata de negar a funcionalidade ou a especificidade da verdade, ou melhor, dos critérios de verdadeiro e falso na lógica científica. Trata-se antes de indicar que, para a psicanálise, a verdade não se dá na decisão entre enunciados verdadeiros ou falsos, mas numa experiência singular, de modo que a psicanálise coloca em evidência a impossibilidade de que se possa estabelecer uma verdade última acerca do sujeito.

Os resultados das perícias de Ana apresentam distintas verdades jurídico-científicas produzidas sobre sua capacidade mental. No fundo, a diferença entre os pareceres enfatiza mais um problema (em relação ao verdadeiro) da ciência psiquiátrica que da ciência jurídica. Contudo, a verdade médico-científica tem efeitos jurídicos, efeitos de verdade na relação entre o sujeito de direito e os fatos. Para o Direito, a verdade surgirá quando o juiz cotejar o parecer científico com as regras jurídicas, somado ao seu próprio convencimento. No caso do Direito Penal, a verdade jurídica (dependente da verdade científica – psicopatológica) tem apenas duas opções: sim ou não, imputável ou imputável, o que reduz o sujeito e divide seus caminhos entre pena (julgamento) e tratamento. Para a psicanálise, o sujeito está para além dessa polaridade. A questão é como trabalhar com a compreensão desse para além na interface com a lógica jurídica baseada neste binarismo que busca fontes num saber científico que, muitas vezes, forclui o sujeito²⁴.

Assim, se o Direito busca o saber médico na intenção de que este lhe forneça um saber exato sobre a verdadeira medida, o que vemos é seu fracasso em abordar este ponto resiste em ser calculado. As diferentes conclusões a que chegam os

²⁴ Agradecemos ao professor Hélio Cardoso de Miranda Júnior por suas generosas contribuições na discussão sobre a verdade jurídica e a verdade psicanalítica com base no presente caso clínico.

exames de insanidade mental de Ana colocam tal ponto em evidência: o sujeito resiste, escapa à exatidão científica.

Feitos esses esclarecimentos preliminares que buscam demarcar as diferentes perspectivas da verdade para o Direito e para a Psicanálise, serão apresentados, de forma resumida, os dados recolhidos do interrogatório e depoimentos de Ana, ao longo, tanto do processo de homicídio do companheiro quanto do posto de saúde (ver os dados, na íntegra, no anexo A).

4.5.1.2 Os dados processuais

A primeira declaração

Uma semana após a morte do companheiro, Ana comparece espontaneamente à delegacia especializada de homicídios e confessa ter envenenado José. Durante a declaração, conta que ele sempre fora extremamente violento com ela, tendo ela, inclusive, feito denúncias de lesão corporal contra ele. Ana afirma que, durante um período em que José estava preso por roubo, ela passou a traí-lo com um amante, Amadeu. Quando o companheiro saiu da prisão, Ana relata que o amante passou a instigá-la a matar José. Relata ainda que após outra agressão física, José afirmou que iria matá-la, inclusive dizendo o dia em que o faria. Nesse momento, Ana achou por bem agir primeiro. Um rapaz com quem havia morado a orientou e lhe deu dinheiro para que comprasse chumbinho. Ana declarou, ainda, que mantinha relacionamento com outro rapaz que a teria seduzido e que, se por ventura não ficasse presa, iria matar mais pessoas, inclusive o rapaz que a seduziu.

Assim, no dia que antecedeu à data estabelecida por José para matá-la, quando ele chegou para almoçar, Ana misturou chumbinho em sua comida. Decorrido pouco tempo, ele passou a sentir dores no estômago. Nesse momento Ana perguntou se ele gostaria de tomar um remédio e quando ele responde positivamente, ela coloca mais chumbinho em um copo com água e oferece a ele. Após ingerir uma superdosagem do veneno, José veio a falecer.

Como durante o depoimento Ana demonstrava reflexos lentos e fala anormal, o delegado lhe pergunta se fazia uso de drogas. Ana responde que não, mas que fazia

uso de remédios controlados, sendo um deles Gardenal; disse, ainda, que fazia tratamento psiquiátrico em um posto de saúde.

A segunda declaração

Decorridos vinte dias da primeira declaração, Ana novamente procura espontaneamente a delegacia. Diz que durante a primeira declaração estava muito dopada e descontrolada emocionalmente e que narraria os fatos como realmente aconteceram. Conta que conhecia José há pouco mais de sete anos. Com três meses de envolvimento, ficou grávida de sua quarta filha, pois já possuía três filhos de seu primeiro casamento, que residiam com a avó materna e eram cuidados por ela. Ela relata que, com nove meses de relacionamento, José começou a beber e levar drogas para dentro de casa, quando então as agressões começaram. Afirma que, além das agressões constantes e violentas, José a obrigava a se prostituir para lhe arrumar dinheiro. Veio então o segundo filho. Como ele frequentemente ia preso, Ana afirma que era ela quem trabalhava para sustentar os filhos. Foi então que em mais uma das agressões ele afirmou que a mataria. Ela asseverou que ficou receosa e pensou que era preciso dar um basta naquela situação. É quando apresenta uma versão diferente da relatada no primeiro depoimento. Diz que uma vizinha comprava um veneno conhecido como “chumbinho” para matar ratos e que então resolveu comprar tal produto para que José o ingerisse. Foi a uma casa de ração e comprou um vidro do veneno. No dia seguinte, preparou o almoço e misturou o veneno no prato que preparou para José. Vinte minutos após ter ingerido a comida, José começou a passar mal, dizendo sentir uma dor no coração, dormência nas pernas e dor no estômago. Nesse momento, Ana misturou mais chumbinho em um copo com água e lhe ofereceu, afirmando se tratar de um remédio. Após ingerir a água envenenada, José cai no chão e começa a agonizar. Segundo Ana, “ele foi morrendo e quando já era mais de sete horas da noite, tinha morrido” (sic). Ana então acionou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e disse aos enfermeiros que José havia passado mal e desmaiado. Conta que acompanhou os trabalhos dos policiais, inclusive a remoção do corpo. Afirma que, no dia seguinte, arrependeu-se do que tinha feito e resolveu tomar diversos comprimidos de Gardenal. Mesmo estando um pouco fora dos sentidos, resolveu ir até o Departamento de Investigações para confessar o crime, pois não suportava mais a situação dentro de si.

Ana afirma, ainda, que deseja esclarecer sobre a relação que mantivera com Amadeu. Afirma que manteve relacionamento com ele durante um período em que José estava na prisão e, logo que ele foi solto, terminou o relacionamento “porque não queria ver ele (Amadeu) morto” (sic). Assim, terminou-o e não mais viu o amante. Declarou que não era verdade que Amadeu a tivesse aconselhado matar José, como havia anteriormente afirmado, e que o dinheiro utilizado na compra do veneno era dela.

Ana relata que, quando tinha 22 anos de idade, começou a ter epilepsia e por causa disso passou a tomar remédios controlados constantemente, além de fazer tratamento psiquiátrico e tomar regularmente Fenobarbital, Fenitoína e Gardenal. Apresenta cópia de duas receitas e de uma guia de atendimento médico especializado. Informa, também, que seus filhos se encontram em um colégio interno, pois estavam com a irmã de José e quando foi até o Conselho Tutelar para recuperar a guarda das crianças, a conselheira achou por bem interná-las para não haver brigas, porém Ana afirmou que deseja ter a guarda de seus filhos, pois sempre foi muito carinhosa com eles.

Cabe destacar que a irmã e uma tia de Ana também foram intimadas a prestarem depoimentos a polícia. (ver no anexo A.3 o depoimento da irmã de Ana.)

Antes de passar à apresentação dos relatos de Ana recolhidos durante o acompanhamento realizado no PAIPJ, procurando assim demarcar na construção do caso clínico, o material recolhido do processo judicial daquele dos atendimentos, é importante ressaltar com Mandil (2002) que

As exigências que recaem sobre o discurso jurídico não são as mesmas que encontramos na experiência analítica. E que a lei que serve à justiça – que deve ser cega, que não pode, a todo instante, modificar-se em função dos casos particulares – não é a mesma que, na linguagem, é capaz de acolher um chiste ou um achado poético [...]. Todas as vezes que aproximamos o discurso jurídico do discurso analítico, deveríamos ter em mente seu ponto de partida comum que é a lei da linguagem, suporte das ficções jurídicas assim como produtora do sujeito do inconsciente. E que haverá sempre uma convergência entre o discurso jurídico e o discurso analítico quando se trata de encontrar modos de lidar com o que é fora-da-lei ou, em termos lacanianos, com o que não cessa de não se escrever, uma das formulas da não relação. (Mandil, 2002, 67-68)

Orientados pela possibilidade de estabelecer convergências entre o discurso jurídico e o analítico neste ponto de interface no trabalho do PAIPJ, passar-se-á aos relatos de Ana.

4.5.2 “Legítima defesa”

Em seus primeiros atendimentos realizados no PAIPJ, Ana demanda saber onde estavam os filhos que teve com José, tendo em vista que, após a morte do companheiro, as crianças permaneceram sob os cuidados da tia paterna, todavia Ana não sabia onde estavam residindo. A partir das informações obtidas, em pesquisa jurídica, confirmou-se que a tia paterna havia entrado com um processo para a adoção dos sobrinhos. Nesse processo constava documentação do Conselho Tutelar contendo denúncias de maus-tratos e descuidos de Ana e de José em relação aos filhos, inclusive que a filha menor teria sido vítima de abuso sexual por parte de um familiar. Ana acusa a tia paterna de não ter condições para cuidar dos filhos, pois briga com o marido. Diz ainda que, ao procurar um defensor público, que este a havia orientado a ir até ao fórum da cidade do interior do estado de Minas onde os filhos estavam domiciliando, para ver o processo.

“Eu guardo, guardo todos os documentos de meus filhos. A tia quer doação deles. Eu não doe meus filhos, quero eles. Sempre lutei, cuidei deles. O pai é que não cuidava. Antes eu bebia, usava drogas, me prostituía. Mudei. Depois que mudei não tenho mais contato com minha família. Acho que minha mãe cuida bem de meus três filhos (do primeiro casamento)” (sic).

Ana conta que estava trabalhando durante o dia e estudando no período noturno. Afirma que quer tentar se aposentar por ter epilepsia, justificando que não compareceu ao último atendimento (no PAIPJ) porque teve uma crise.

Ela justifica muitas de suas atitudes, desde coisas corriqueiras a situações graves, envolvendo, na maioria das vezes, agressões físicas, em função de suas “crises”. Conta que foi ao médico e ele aumentou a dose de Gardenal/Fenobarbital e Fenitoína (medicações anticonvulsivantes usadas para tratar epilepsia) e, além disso, ele havia solicitado um exame neurológico. Vale ressaltar que o exame neurológico de Ana nunca foi realizado durante o período de acompanhamento no PAIPJ. Ela ainda afirma que familiares seus morreram de epilepsia. A epilepsia aparece aqui como identificação a um significante do campo do Outro, do qual ela se apropriou.

Durante atendimento, Ana afirma que faz uso das medicações mencionadas desde os 16 anos de idade. Esses sempre foram os medicamentos utilizados por ela em grande parte de seu tratamento na rede de saúde pública. O psiquiatra que a acompanhou no Centro de Saúde por um período afirmou que o caso não era para a psiquiatria, mas para a neurologia, suspendendo então suas consultas. Lembramos que Ana apenas retoma o atendimento psiquiátrico no Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM, depois de fazer uma tentativa de suicídio, o que promoveu um pedido do Centro de Saúde para uma supervisão do caso, quando a supervisora aponta a necessidade de um acompanhamento psiquiátrico, afirmando que “não há no mundo um ser que seja apenas neurológico”. (Nota da supervisão.²⁵).

Vale ressaltar que, nos atendimentos realizados no PAIPJ, Ana faz questão de cumprimentar com beijo e abraço quando chega e também quando sai.

Ao ser indagada sobre o ex-companheiro, ela relata que colocou veneno na comida dele, pois “*o que ele falava, fazia*” (sic), e ele tinha dito que a mataria e aos filhos! A afirmação de Ana parece indicar uma certeza acerca do cometimento do ato por parte do companheiro. Ela conta da relação com José, que ele a fazia se prostituir, além de ambos fazerem uso de drogas. Fala que no mesmo dia em que ele a ameaçou, decidiu matá-lo e que não havia pensado nas consequências de tal ato. Relata que, no momento em que José faleceu, ela chorou, tendo acompanhado todos os preparativos do enterro. Indagada acerca da possibilidade de outra saída que não o crime, Ana afirma que não havia, pois se separasse de José e fosse viver com os filhos e outro homem, ele não permitiria. Diz que hoje se sente aliviada - significativa que se repete toda vez que fala de sua relação com a consequência de seu ato: alívio -, pois se o companheiro estivesse vivo, ela ainda estaria se prostituindo na Guaicurus²⁶ e que seu ato fora “*legítima defesa*” (sic). Nossa

²⁵ Durante o tempo de acompanhamento, foram realizadas aproximadamente dez supervisões clínicas do caso Ana, que se dividiram entre sessões clínicas no PAIPJ - solicitadas pela equipe do caso, supervisões da rede municipal de saúde mental, bem como supervisões particulares. Nesses espaços, diversos aspectos teórico-clínicos foram levantados, hipotetizados, problematizados. O caso em tela, como bem verá o leitor, abre inúmeras janelas de leitura, entretanto, na tentativa de nos mantermos fiéis à chave de leitura que guia a presente construção, privilegiaremos neste texto alguns aspectos que, para o acompanhamento do caso, tiveram lugar de destaque, como a questão do diagnóstico e a relação entre ato e angústia.

²⁶ Rua do centro de Belo Horizonte conhecida por ser uma região de baixo meretrício.

hipótese é a de que tomada por uma certeza de que o companheiro a mataria, Ana realiza uma passagem ao ato; seu ato faz parte, se amarra a sua certeza.

Quanto ao dano provocado com a quebra de mobiliário e inúmeros objetos do posto de saúde, Ana conta que a razão de tudo foi o fato de que seu primo estava muito mal, ela o estava acompanhando para uma consulta e houve demora no atendimento. Afirma que, assim como ela, ele sofria de epilepsia. Diante da demora, Ana foi solicitar urgência e a atendente lhe respondeu mal. Segundo ela, nesses momentos, suas vistas escurecem e não vê mais o que faz, foi então que passou a quebrar o posto. Como a polícia foi imediatamente acionada, Ana foi presa em flagrante. A situação foi capa da reportagem em um jornal sensacionalista da capital. Chama atenção a foto de Ana algemada e um rastro de desordem e destruição em sua volta, onde se via um sem-número de prontuários médicos espalhados por todos os lados, computadores destruídos pelo chão, mobiliário quebrado, gavetas e portas de armários abertas. Aqui, se em uma primeira visada Ana demonstra uma reação que se endereça ao Outro, o rastro de destruição a sua volta leva a pensar que em um momento inapreensível, ela se desgarra da cena do Outro, como se fosse de um *acting out* à passagem ao ato. Seu olhar assustado registrado pela foto estampada no jornal parece mostrar algo de uma perplexidade diante da cena.

Frente à possibilidade de ser condenada, Ana manifesta que pretende deixar seus filhos com a tia paterna, mas deseja vê-los. Caso não vier a ser condenada, deseja que os filhos voltem a morar com ela.

Durante grande parte do acompanhamento, a preocupação dela se resumia à questão dos filhos. Independentemente da questão de seu processo, Ana sempre retomava a questão da guarda dos filhos, demandando que o PAI-PJ fizesse algo para ajudá-la.

Sobre seus pais, Ana relata alguns episódios que marcaram sua vida. Conta que foi cuidada pela avó paterna, ela e a irmã mais velha, pois sua mãe a abandonou, abandonou o pai e foi viver com outro homem, época em que Ana tinha 2 anos de idade. Diante dessa situação, seu pai adoeceu e foi para o Galba²⁷, pois, segundo Ana, ele também tinha problema de epilepsia. Assim, ela não manteve contato com o pai e só foi conhecê-lo quando tinha 10 anos de idade; foi ao hospital e 4 dias

²⁷ Hospital psiquiátrico.

depois ele morreu. Quando tinha 15 anos de idade sua mãe foi a sua casa e Ana disse a ela que não era para xingá-la, pois não a tinha criado. Fala que a mãe gostava mais de sua irmã do que dela e chora ao dizer isso, afirmando que não sabe o porquê da preferência da mãe pela outra filha.

Em uma visita à mãe, Ana conheceu o pai de seus três primeiros filhos. Segundo afirmou, era um homem que bebia. Quando conheceu José, ela então se separou desse primeiro companheiro, deixou os filhos com a mãe e foi morar com ele. Conta que se prostituía porque José mandava.

O que foi se configurando a partir do acompanhamento mostrava que os processos a que respondia judicialmente não tinham para Ana o mesmo lugar que a própria equipe que acompanhava o caso no PAIPJ dava a eles, mormente pela gravidade dos atos cometidos por ela e da possibilidade de ser condenada pelo homicídio do companheiro, indo a júri popular. Suas questões passavam principalmente pelos filhos que desejava recuperar, pelas relações com a família e com os homens e pelo trabalho. Sempre se evidenciava suas dificuldades em lidar com tais situações, comumente inseridas num contexto no qual agressões e brigas se apresentavam como sua forma de responder aos impasses que vivia.

Foi nesse período do acompanhamento que em uma supervisão do caso se traçou uma hipótese diagnóstica de histeria; um romance familiar se apresentava - a identificação de Ana ao pai epilético e traído pela mãe; suas dificuldades em relação à maternidade pareciam dizer de uma repetição da história de abandono vivida com a própria mãe; o assassinato como uma encenação fantasmática da impossibilidade de viver com os filhos e outro homem, assim como também fora para sua mãe, como se, fantasmaticamente, para sustentar um lugar feminino fosse preciso abandonar os filhos. A orientação nesse momento indicava que era preciso construir com Ana uma separação dessa solução.

Por um período, Ana passou a se queixar de recorrentes crises convulsivas, quando se pontuou a importância do retorno ao médico para nova avaliação. Mas persistia a queixa, que sempre era acompanhada de notícias por parte de Helena - amiga da avó paterna de Ana que encaminhou o caso ao PAIPJ e que, posteriormente, tornou-se sua sogra. Destaca-se que, ao longo de todo o acompanhamento, Helena foi uma pessoa com a qual se manteve contato frequente, principalmente por telefone. Foi

pelos telefonemas dela e para ela, pois nem sempre se conseguia falar diretamente com Ana, que a equipe do PAIPJ tomou conhecimento de inúmeras situações em que Ana se envolvia: brigas com vizinhos, com o novo companheiro, com a família, situações de quedas, entre tantas outras.

Em outro atendimento, Ana conta que teve uma crise, mas que estava melhor. Indagada sobre o uso da medicação, ela afirma que a toma corretamente, mas ainda assim, de vez em quando, tem crises. Ao ser perguntada se algo a estava incomodando ou preocupando, ela diz que sim e que eram seus filhos. Afirma que quer seus filhos de volta, mas que para ir à Defensoria Pública da cidade onde estavam residindo era difícil, pois teria que acordar cedo já que distribuíam apenas dez senhas por dia. Afirma que a única coisa que quer é cuidar dos filhos.

Ana nos revela um embaraço na relação com o Outro. Se em algumas situações vislumbra o que fazer, não consegue realizá-lo. Se reconhece que necessita de ajuda e recorre ao Outro, ao mesmo tempo se mostra incapaz de suportar qualquer embaraço, burocracia, atraso, os ritos que compõem por estrutura o mundo, o Outro. Ela quer realizar depressa demais, não suporta o tempo da civilização e, diante disso, se convulsiona.

Algum tempo após o homicídio de José, como solicitou ajuda de Helena, Ana e o filho de Helena, Emerson, se aproximaram. Após alguns meses de envolvimento, com o custeio de Helena, Ana e Emerson passaram a residir juntos em um barracão de propriedade de Helena.

Em novo atendimento Ana espalha radiografias, além de muitas receitas e outros papéis dos processos sobre a mesa. Aponta para a radiografia da coluna vertebral e diz: *“Essa é do braço” (sic)*. Era tão evidente se tratar de uma radiografia da coluna que, a princípio, supôs-se que era apenas um lapso de Ana, mas verificando com ela, constatamos que de fato para ela aquilo que se mostrava era um braço. Esse episódio revela um modo já anunciado de Ana relacionar-se com seu corpo desconhecido, corpo estranho. Essa relação parece dar pistas sobre as inúmeras atuações de Ana, nas quais ela se reduzia a um corpo “em crise”, um corpo que se convulsionava, que se deixava cair, atropelar, quebrar, cortar, a despeito dela mesma.

Em outro momento, Ana nos mostra uma marca vermelha na lateral do rosto e diz que fora resultado de uma queda, que tivera mais uma crise. Conta que estava bem com Emerson, mas que queria trabalhar, pois como ele passara a trabalhar durante todo o dia, ela permanecia sozinha em casa durante muito tempo. Ao mesmo tempo dizia que as pessoas do bairro não aceitavam que ela trabalhasse, pois temiam que ela caísse, passasse mal. O que se esboça aqui demonstra uma relação especularizada, na qual se ele trabalha, ela também quer trabalhar. A ausência de Emerson, de sua presença parece suscitar em Ana uma falta de borda para seu próprio corpo. Uma situação que nos foi relatada por Helena apoia essa hipótese. Ela nos relata que em um domingo Emerson disse a Ana que iria ao campo assistir a um jogo de futebol. Apesar das inúmeras queixas dela para que ele não saísse de casa, ele sai. Quando ele retorna, Ana havia jogado todas as suas roupas pela janela e quebrado vários objetos da casa. Ao chegar e se deparar com a situação, Emerson agride fisicamente Ana. Ela então diz que tivera uma crise e não viu o que tinha feito. Pode-se constatar que Emerson parecia funcionar para Ana como uma referência para sustê-la, amarrá-la. Recorda-se a esse respeito, o que teoriza Lacan sobre a suplência do simbólico pelo imaginário na psicose, onde há a redução do Outro como sede da fala e garantia da verdade, ao outro imaginário, aquele diante de quem o sujeito se encontra como sendo sua própria imagem (Lacan, 1957-58/1999, pp. 14-15). Com isso, Lacan aponta para uma transitividade característica do sujeito psicótico.

Em outro momento de supervisão do caso, a partir das inúmeras atuações de Ana, constrói-se que algo se repetia não no simbólico, mas no real; suas quebradeiras, que incluíam seu próprio corpo, pareciam indicar uma quebra do simbólico, algo que aí não operava, apontando-se assim para uma hipótese de psicose.

Em outro atendimento, Ana se queixa de não ter sido citada para a audiência de adoção dos filhos. Ela nos entrega a ata da audiência que é então lida para ela. Com a acusação de maus-tratos e do assassinato do companheiro, o promotor conclui que Ana não teria condições para assumir os cuidados dos filhos. Ana começa a chorar ao ouvir a sentença. Perguntada se já havia conversado com seu defensor público sobre outras possibilidades, ela responde que não, que nunca conseguia falar com ele. Passa então a recolher os papéis sobre a mesa e diz que não quer mais saber do processo de José, que tudo demora demais. Fala que vai arrasar com

tudo e que terá a guarda dos filhos de qualquer jeito. Levanta-se bruscamente e requisita a presença da assistente jurídica. Como esta não estava presente, ela insiste em ir embora; entretanto pedimos para que ela se acalmasse um pouco, oferecendo-lhe água, a qual ela recusa, mas se senta novamente. Fala que tudo demora demais e que ninguém a ajuda. Digo então que há coisas em que é possível ajudá-la, mas que nem sempre dependiam apenas da equipe do PAIPJ, e concordo que, às vezes, demoram mesmo. Então ela conta que a cunhada falou que a deixaria ver os filhos se tivesse uma autorização do juiz. Afirmo que esta era uma possibilidade interessante e combinamos que Ana ligaria para o defensor. Em meio à confusão de papéis sobre a mesa, procuramos o telefone da defensoria, e acordamos que Ana daria notícias por telefone. Mais calma, vai embora, mas não dá retorno sobre o contato com o defensor.

Nesse atendimento surge uma face de Ana de que até então se tinham apenas notícias. Pela primeira vez, a agressividade de Ana se apresentava, revelando o que até então estivera velado em cortêsias nas cenas de sua relação com os representantes da justiça. Foi preciso um copo de água, um intervalo que possibilitou uma reorientação e a retomada da secretaria do caso em sua direção clínica.

Nos últimos tempos, Ana passa a se envolver em inúmeros acidentes. Cai na rua, bate a cabeça, cai em casa enquanto toma banho, quase é atropelada, sofre um atropelamento. Nos atendimentos fala que teve crise convulsiva e quando se deu conta já estava no chão, na delegacia, no hospital. Tenta-se intervir dizendo que isso é muito sério e que não poderia continuar. Contudo, Ana continua se envolvendo em situações de agressão com vizinhos, com o companheiro, no posto de saúde. Em determinada ocasião, recebe uma mordida na mama da esposa de um vizinho com quem supostamente estava paquerando; torce o ombro em uma briga com Emerson após puxar a faca para ele; desacata os funcionários do posto de saúde, pois insistia em receber medicação ansiolítica fora da data estipulada pela equipe. Ao ser forçada a deixar o local, pela ação policial, que foi acionada pelos profissionais do posto, joga pedras sobre o muro e acaba por atingir alguns carros dos funcionários; vai cortar uma árvore na rua, o vizinho chama a polícia ambiental. Ana desacata os policiais e se esconde dentro de casa. Quando os policiais vão embora, ela sai e volta a cortar a árvore. Em determinado momento, o vizinho consegue pegar a faca

e a esconde, Ana então quebra todo o carro dele e justifica sempre suas ações dizendo que não viu, que foi uma crise.

Em nova queda, curiosamente descreve a cena dizendo que “*um policial negro, forte, muito educado*”, (*sic*) a carrega no colo e a deita num banco, pois ela não conseguia andar, parecia ter quebrado o osso da bacia. O policial liga para o SAMU e Ana é encaminhada a um hospital para fazer radiografias. O que se mostra nessa cena, por meio do tom emocional da descrição feita por Ana, é a importância do amparo, suporte e reconhecimento do Outro diante desse corpo que cai, que se dissolve, e que se convulsiona numa tentativa de se fazer consistir.

A despeito de por vezes reconhecer que o outro (um semelhante) pode ser, acolhedor, o que vai se esboçando à medida que o caso se apresenta, é a inoperância do registro simbólico como limite e contenção do corpo por meio do pacto social. Para Ana, o simbólico não estabelece medida eficaz. Ana se conjuga em corpo e ato.

Durante novo atendimento, ela conta que Emerson a trata de forma agressiva e mesmo lhe bate dizendo: “*Sua prostituta vagabunda*” (*sic*). À noite ela recusa convites dele para transar. Então novamente ele diz palavrões e se queixa. Ana diz que Emerson tem família, apoio, casa, e ela não tem nada. Ao ser perguntada sobre o que quer, responde: “*Quero voltar para o meu buraco* (fazendo referência ao barracão onde morava antes), *receber meu benefício, colocar um padrão de água e luz lá e abandonar Emerson*” (*sic*). Apostando no seu dizer, reafirma-se que ela sabe o que quer e propõe-se que ela procure a assistente social do PAIPJ para verificar o andamento do pedido do benefício e também a possibilidade de trabalho, pois Ana também apontara este caminho. Seguindo ainda orientações da supervisão, intervém-se marcando sua responsabilidade pelas consequências das crises e a necessidade de encontrar outras soluções para as dificuldades que vive, pois as consequências são graves: foi parar na polícia, quebrou o braço, etc., demarcando-se que seu corpo não precisa ser machucado. Todavia se percebe que esse tipo de intervenção não fazia efeito para ela. Nesse ínterim, recebemos a notícia de que o pedido de Benefício de Prestação Continuada (BPC)²⁸ fora negado.

²⁸ O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC é um benefício da assistência social integrante do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, pago pelo Governo Federal, cuja

No atendimento que antecedeu à ingestão de medicações e internação em quadro grave, Ana mostra a intimação para a realização do exame de insanidade mental referente ao processo do posto de saúde. Pergunta se vai presa, e diz que o INSS achava que ela não tinha epilepsia, por isso não lhe concederam benefício. Explica-se a ela que, para quadros de epilepsia, nem sempre o INSS libera o benefício, e, ainda, que a assistente social havia dito que poderiam tentar de novo se Ana quisesse. Reitera-se que era preciso que ela fizesse o exame e não deixasse de comparecer ao Instituto Médico Legal (IML) para tanto. Ana relata que retomou o contato com a irmã e que ela havia dito que a mãe lhe mandaria um vestido, um presente. Ana se mostra feliz frente a essa situação. Ela então retira várias receitas médicas e diz que as levaria, bem como os documentos e remédios, para a entrevista no IML. Fala dos filhos, e do filho que quer ter com Emerson, por meio de uma cirurgia que lhe possibilite voltar a ter filhos, pois tinha realizado ligadura de trompas. Ao final, diz que prefere não marcar retorno, mas que faria contato.

A intervenção apazigua, amortece, orienta os procedimentos passo a passo, ensina o trânsito na ordem jurídica. Considerado necessário devido ao desconhecimento concreto de direitos e deveres, esse procedimento mostra apenas uma função momentânea, ele não inscreve nada, é volátil, e deve ser repetido a cada novo acontecimento.

Esse último atendimento de Ana foi realizado na sexta-feira, de modo que, na segunda-feira seguinte, um telefonema de Emerson imediatamente indaga a conduta técnica junto a Ana: “O quê você disse que ela fez isso? (sic)”. Ele então descreve uma cena ocorrida na sexta-feira à noite na qual Ana se mostrava agitada e agressiva, tanto com ele como em relação a si própria. Primeiramente ela pegou uma faca que estava sobre a pia da cozinha e tentou cortá-lo, mas ele a conteve. Depois bate reiteradamente na própria cabeça com uma panela. Em seguida, ingere seus medicamentos em grande quantidade. “Acho que ela queria tirar a vida dela”,

operacionalização do reconhecimento do direito é do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e assegurado por lei, que permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna. No caso da pessoa com deficiência, deverá se comprovar que a renda mensal do grupo familiar *per capita* seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo; deverá ser avaliado, também, se a sua deficiência o incapacita para a vida independente e para o trabalho, e essa avaliação é realizada pelo Serviço Social e pela Perícia Médica do INSS. Recuperado em 12 de agosto de 2011, de <http://www.previdencia.gov.br>.

afirma Emerson. Depois de um tempo, Ana começa a respirar muito forte, quando então Emerson aciona o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Ele afirma que Ana sofre muito por causa dos parentes e que a irmã lhe deu uma ilusão de que mãe iria visitá-la quando lhe dera um vestido. A respeito dessa situação, Helena relata que, quando recebeu o vestido de presente, Ana chorou compulsivamente de emoção. Além disso, a possibilidade de um encontro com a mãe, como anunciara a irmã quando levou o vestido, foi algo muito significativo para ela. Todavia, Ana soube que a mãe viajara para o Rio de Janeiro, situação que muito a entristeceu, pois achou que tal encontro se daria rápido.

O que é ser mãe? O que é ser uma mulher? O que se revela nessa cena descrita por Emerson são pontos que parecem ir embaraçando Ana: o impasse com o companheiro, o vestido, a mãe, um embaraço que, num crescente de agitação e movimento, culmina em sua passagem ao ato como uma solução radical para por fim a angústia que a invade.

Em nova supervisão, aponta-se a necessidade de se construir um anteparo para Ana, ou seja, encontrar pontos de amarra para o corpo caído que ela é. Sua tentativa de suicídio, uma passagem ao ato, parecia indicar que ela já estava fora de cena, sem a presença de um Outro que pudesse atá-la, apontava a supervisão.

Ana permaneceu mais de um mês no Centro de Terapia Intensiva do Pronto Socorro. Foi necessário fazer-lhe traqueostomia devido à gravidade da pneumonia adquirida. Em conversa realizada com a equipe médica, esta informa que Ana se agitava muito, arrancava os acessos venosos, puxava a traqueo, razão que levou a equipe a ter que mantê-la sedada, situação que, segundo pontuou o médico, diminuía a possibilidade de ela reagir contra a pneumonia, mas não se verificava outra solução. Em uma das visitas à paciente, suas mãos estavam amarradas à cama.

Com o decorrer dos dias, a pneumonia cedeu e Ana retornou para casa de Helena. Após supervisão do caso, o CERSAM passou a tratá-la. Com a retomada do acompanhamento pelo PAIPJ, Ana parecia melhor, apesar de muito magra. Contudo, voltou a fumar e, em pouco tempo, acabou pegando outra pneumonia, quando foi necessário fazer outra traqueostomia. Todavia, a equipe médica permitiu

que ela fosse para casa, quando, então, ela retornou para o barracão com Emerson. Ana então arrancou o tubo que lhe permitia respirar. Da primeira vez ela foi socorrida pelo SAMU, a partir do pedido de socorro de Emerson; na outra, eles não chegaram a tempo. Ana veio a óbito.

4.5.3 Sobre angústia e ato

No presente trabalho não se fará uma discussão prolongada acerca do conceito da angústia, tampouco realizar-se-á um percurso teórico Freud-Lacan sobre esse tema. Focalizaremos nosso interesse que é, a partir do caso Ana, pensar a relação entre passagem ao ato e angústia.

Ponto que sempre nos pareceu um pouco opaco na construção do caso clínico era o de tentar situar os momentos de angústia de Ana. Como suas atuações aconteciam muito rápido, frequentemente parecia não haver tempo, ou talvez não conseguíssemos localizar seus pontos de angústia. Partindo da hipótese de que estamos diante de um caso de psicose, vejamos:

A ideia de não haver angústia na psicose se apoia na formulação de que só haveria angústia de castração. Estando a última estrita ao complexo de Édipo, teríamos como consequência que, como na psicose ocorre a forclusão da castração em decorrência da não inscrição do Nome-do-Pai, não seria possível falar de angústia na psicose. Contudo, a partir de “O Seminário, livro 10: a angústia” (1962-63), Lacan avança e diferencia a angústia de castração formulada por Freud, da angústia como sinal do real, como afeto característico e marcante do encontro do sujeito com algo do real, dando à angústia o estatuto de “afeto que não engana”.

Somente a ideia de real, na função opaca de que falo para lhe opor a do significante, permite que nos orientemos. Já podemos dizer que esse *etwas* (algo) diante do qual a angústia funciona como sinal é da ordem da irredutibilidade do real. Foi nesse sentido que ousei formular diante de vocês que a angústia, dentre todos os sinais, é aquela que não engana. (Lacan, 1962-63/2005, p. 178)

Ainda avançando em relação a Freud, para quem a angústia está ligada à perda do objeto, Lacan afirma que ela surge quando a falta vem a faltar, quando há objeto em demasia.

Admite-se comumente que a angústia é sem objeto. Isso, que é extraído não do discurso de Freud, mas de parte de seus discursos, é propriamente o que retifico com meu discurso.

Portanto, vocês podem considerar certo que [...], *ela não é sem objeto*. (Lacan, 1962-63/2005, p. 101)

Logo, a partir do Seminário 10, a pergunta não é mais se há angústia na psicose, mas: Como há angústia na psicose? Afinal o psicótico até mais que qualquer outro, vive a experiência de encontros com o real. Diferentemente do neurótico que está constitutivamente separado do objeto *a*, o psicótico foi qualificado por Lacan de homem livre, exatamente porque não se separou de seu objeto, guardando-o no bolso, e quando este objeto se torna demasiadamente presente, causa angústia. Para sair da angústia, existem diferentes caminhos: o do significante ou ainda, numa espécie de curto-circuito, a passagem ao ato pode se apresentar como uma solução.

Essa indicação é valiosa para pensarmos o caso de Ana, pois o que se evidencia em suas inúmeras atuações é uma espécie de “curto-circuito”, isso que ela nomeia de “crise”, sua “epilepsia”²⁹.

Pensar a angústia como signo do encontro com o real implica conferir a ela o valor de um sinal, de aviso, último anteparo antes do abismo. Na neurose, observa-se que a angústia coloca o sujeito a uma certa distância da experiência do real, introduzindo desse modo um intervalo entre o sujeito e o gozo mortífero, um intervalo que possibilitaria algum manejo subjetivo, sem desaparecimento da sua condição de sujeito. Todavia, essa função da angústia na neurose, que se refere a uma inserção no funcionamento significante, pode não ocorrer na psicose, já que, nesta, a angústia aparece concomitantemente à emergência do real.

A hipótese em relação ao caso de Ana é que nem todos os sujeitos psicóticos podem se utilizar da função da angústia enquanto sinal para o seu *savoir-faire*, e a diferença principal está em “tocar” o real, “vislumbrar” algo do real que se utiliza para os neuróticos, e o “introduzir-se” no real do psicótico; a diferença entre olhar de perto e estar no abismo³⁰.

²⁹ Do ponto de vista médico, a Epilepsia é uma alteração na atividade elétrica do cérebro, temporária e reversível, que produz manifestações motoras, sensoriais, psíquicas. A palavra epilepsia vem do grego epilepsia, 'doença que provoca repentina convulsão ou perda de consciência', pelo latim epilepsia. Recuperado em 28 de Novembro de 2011, de <http://pt.wikipedia.org/wiki/Epilepsia>.

³⁰ Para uma leitura sobre o tema conferir: Prota, F. G. (s/d). Recuperado em 16 de outubro de 2011, de http://www.ebp.org.br/biblioteca/pdf_biblioteca/Fernando_Del_Guerra_Prota_Uma_funcao_para_a_angustia_na_psicose.pdf

Ana se mostra em permanente queda no abismo, o que se evidencia pelas inúmeras lesões que apresenta ao ser atropelada, cair, agredir, ser agredida. Parece não haver nenhum intervalo entre isso que lhe provoca o Outro em uma dimensão invasiva, excessiva e seu “ato-resposta”: “*Vou arrasar com tudo*” (*sic*). Seus atos seguem um *continuum* que vai de *actings out* a passagens ao ato, sem que conseguíssemos lhe ofertar um anteparo, algo que conectasse Ana ao Outro.

4.5.4 Um corpo que cai

Não se realizará aqui uma discussão aprofundada sobre a questão do corpo na psicose, mas serão apresentados alguns pontos da teorização lacaniana que interessam no caso Ana.

Lacan, ao postular no escrito de 1958 “De uma questão preliminar a todo tratamento possível na psicose” sobre a causalidade significativa da psicose em termos da forclusão do Nome-do-Pai, abre caminho para as teorizações sobre como a ausência de significação fálica se manifesta nos diversos transtornos que padece o psicótico em nível do corpo.

Goya (2001) esclarece que a experiência psicanalítica permitiu o estabelecimento de uma distinção entre o ser vivente e o corpo, pois para que haja corpo e para que este se constitua como tal como experiência subjetiva é necessária a intervenção de uma imagem corporal, uma imagem significantizada que se conecte ao organismo vivente. Da soma do organismo à imagem surge o corpo imaginário, local que acolherá o eu e suas identificações. Todavia, para que se constitua, ao corpo imaginário deve se incorporar o corpo simbólico. Tal incorporação produz uma perda de ser, um esvaziamento de gozo. Contudo, nem todo o gozo cai negativizado ou perdido.

Para o sujeito falante sobra um resto de vida ativa, um resto de vida que pressiona para a satisfação e que se especifica nos objetos pulsionais que se localizam nas zonas erógenas do corpo, objetos pulsionais conceitualizados por Lacan com a noção de *objeto pequeno a*. (Goya, 2001, p. 72- tradução nossa)

Assim, na neurose, o sujeito deve buscar seus objetos no campo do Outro, fora do corpo, sendo a libido o que veicula a captação dos objetos. Tendo tido lugar as operações de alienação e separação, o organismo toma um estatuto particular, pois

não se trata de um organismo simplesmente vivo, mas afetado pela incorporação do simbólico.

Já na psicose, na carência do significante fálico, encontram-se diversos tipos de desordens na economia do gozo em nível do corpo, sendo o trabalho da psicose o de buscar alguma solução que forneça anteparo à invasão de um gozo não barrado pelo significante fálico, do qual o sujeito psicótico carece por estrutura.

Diferentemente do neurótico, o psicótico experimenta seu corpo com uma vivência de fragmentação corporal ocasionada pela confrontação do sujeito com o furo forclusivo, pelo fracasso de função unificadora da imagem especular. Posteriormente, como ressalta Goya (2001, p. 79), “Lacan [...] definirá os transtornos no corpo do psicótico como resultado da não extração do objeto *a* do campo da realidade ou, dito de outra forma, que o gozo não se localiza nos orifícios corporais como sede das pulsões parciais”. Na psicose, o gozo do objeto *a* não se coordena com o falo, ou seja, não se situa fora dos limites do corpo - como ocorre na neurose, estabelecendo assim uma identidade entre corpo e organismo. Desse modo temos:

Neurose: $i(a) + \text{libido} = \text{organismo}$

Psicose: $\text{corpo} = \text{organismo}$

A ausência de inscrição do falo no inconsciente como significante da vida e da diferença sexual, impede a negativização do gozo no corpo do psicótico, razão pela qual cada sujeito terá de inventar com os recursos de que disponha [...] uma solução particular para limitar as desordens da satisfação mortífera da pulsão ocasionadas pela forclusão paterna. (Goya, 2001, p.82)

Ao longo do acompanhamento, o que se verifica é que Ana não faz suposição de saber; a falta de tal suposição e da simbolização que seria propiciada pela inscrição do significante do Nome-do-Pai no Outro põe em evidência a fragilidade das amarras simbólicas e de seu corpo. O que Ana nos mostra é a impossibilidade de apropriar-se de um corpo e de percebê-lo como formando uma unificação. Seu corpo desenlaçado se convulsiona sem que haja alguma possibilidade de enganchamento, seja no tratamento na rede de saúde mental, seja no acompanhamento do PAIPJ. O que ela quer são coisas que lhe permitam se assegurar de ter um corpo: o vestido, filhos, a possibilidade de engravidar.

Entretanto, ao mesmo tempo em que ela evidencia uma relação estranha com o próprio corpo, como se ele fosse um outro, um objeto estranho, uma alteridade que não lhe faz questão, em momentos que podemos chamar de crise, sua relação se apresenta de forma distinta: parece não haver nenhum tipo de barreira ou censura, nenhum amortecimento ou recurso para lidar com o mal-estar que lhe toca o corpo. O corpo como alteridade a esmaga e domina, um insuportável que aniquila sua possibilidade de seguir como sujeito.

A hipótese é que Ana é invadida por um inominável, um gozo à deriva, que não se localiza - diante do qual ela não tem recurso - marcado por um tubo enfiado em seu pescoço, condição para que ela respire, condição para que continue viva. Todavia, não parece que, quando retira a cânula que lhe permitia respirar, ela tivesse a intenção de morrer, mas sim a evidência de sua impossibilidade em lidar com o insuportável da invasão da parafernália médica em seu corpo e da angústia que isso lhe provocava. “Não foi vontade de morrer, mas vontade de viver sem aquilo” (nota da supervisão.). Assim Ana atravessa a linha sutil que separa a vida da morte, um tubo que a atravessa.

5 CONCLUSÃO

Inicialmente, a partir de um caso que acompanhávamos no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAIPJ, a questão que nos mobilizou em direção à escrita desta dissertação referia-se ao problema da especificidade da passagem ao ato nas estruturas clínicas, ou seja, se haveria diferença entre pensar conceitualmente a passagem ao ato a partir da neurose e a partir da psicose. Assim, primeiramente era necessário discutirmos os mecanismos próprios da estrutura neurótica e da psicótica para, em seguida, desenvolvermos a questão da passagem ao ato e do *acting out* num percurso teórico em Freud e Lacan. Foi-nos possível elucidar que, se a passagem ao ato mantém a mesma estrutura, seja na neurose, seja na psicose, na neurose a passagem ao ato é a precipitação do sujeito, a partir de um encontro desestabilizador, para fora da cena fantasmática. Já na psicose, na tentativa de barrar o Outro que surge em uma dimensão invasiva, haveria uma tendência a operar diretamente sobre o real, via passagem ao ato. Assim, o campo da passagem ao ato apresenta-se mais disperso na psicose, já que, por não ser limitado pela fantasia, o gozo aí predispõe o sujeito ao ato.

Todavia, como por um período a questão diagnóstica do caso clínico permaneceu em suspenso, uma nova indagação surgiu: Poderíamos pensar a passagem ao ato para além das estruturas clínicas? Como se arranjaría isso? Seria possível abordarmos a questão da passagem ao ato partindo dos desenvolvimentos teóricos sobre a clínica borromeana? Contudo, a escrita do caso clínico, fundamentada nas orientações e discussões, promoveu um deslocamento do ponto de interesse dessas questões iniciais. O caso Ana abria inúmeras janelas para a pesquisa e a investigação, de modo que se fez necessário, para construir o caso, estabelecer uma delimitação.

Ainda na qualificação do projeto, foi apontada a questão da angústia atrelada ao ato, e este ponto provocou um novo deslocamento na construção do caso clínico. Assim, uma incursão sobre o tema da angústia se deu até o momento em que se fez necessário escolher uma direção. A teorização parecia muito árida. Nesse momento, uma nova torção: o caso deveria ficar no foco, no centro, a teoria seria indicada por ele. Foi então possível deixar o caso falar, guiar-nos. Desfiar, recolher, cortar, recortar, amarrar, aparar: foi o que nos permitiu a construção escrita do caso Ana.

Desfiando o texto, recortando excessos, amarrando pontos teóricos, aparando as bordas; a teoria vinha quando era chamada: primeiro com o material recolhido dos processos judiciais a que respondia Ana, o que exigiu uma discussão sobre a questão da verdade para a ciência jurídica e para a psicanálise. Num segundo momento, veio o material dos atendimentos a Ana no PAIPJ, bem como o das supervisões do caso. Essa parte nos permitiu uma série de incursões teóricas, construções, elaborações. Algumas delas trazendo indagações sobre pontos teóricos importantes, por exemplo, o fato de que as atuações de Ana pareciam estabelecer certa opacidade entre o que era ordem de um *acting* e o que era da ordem de uma passagem ao ato, como se, em um momento inapreensível e muito rápido, o sujeito que estava ali, na cena do Outro, escorregasse, sumisse, caísse, sem que conseguíssemos lhe esticar a mão.

Assim, o caso Ana questiona alguns pressupostos teóricos: Até onde podemos ter clareza dessa linha, muitas vezes tênue, que separa uma passagem ao ato de um *acting out*? Como localizar e intervir a partir dos pontos de angústia que muitas vezes antecedem o ato, um anúncio, por exemplo³¹, mas que no caso de Ana pareciam estar curto-circuitado, ou seja, angústia a céu aberto, não funcionando como um sinal que possibilitasse uma intervenção antes do ato.

E a morte? Ato sem palavra: a morte, este impossível de dizer. A morte que pode ou não ser evitada? Enfim, a conclusão apontando para insuficiência da teoria, do simbólico para dar conta do real, com o real do caso: a morte de Ana.

Mas a escrita fica como uma passagem, neste caso, falha, mal-sucedida; a passagem de um texto, pois, como aponta Machado (2008), a psicanálise se afasta radicalmente das pretensões universitárias - no sentido da universalização quanto da instituição -, especialmente a de impor um modo de enunciar a gramática do real. Em vez disso, cabe a cada um inventar um escrito a partir do incurável de seu sintoma.

³¹ Lembramo-nos de um paciente que minutos antes de assassinar o irmão, vai ao centro de saúde onde era acompanhado e diz à técnica de referência: “Caim matou Abel”.

REFERÊNCIAS

- Álvares, J. M.; Esteban, R.; Sauvagnat, F. (2004). *Tratado de psicopatologia psicanalítica*. Madri: Sintesis.
- André, S. (1998). *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, pp. 138-155.
- Barreto, F. P. (2005). A angústia na psicose. In: *Textos para Conversação da XI Jornada da Escola Brasileira de Psicanálise de Minas Gerais. Os destinos da Angústia*, Belo Horizonte: [s.n.]. pp.29-33.
- Barros-Brisset, F. O. (2002 novembro). O Ato jurídico como um operador clínico nos casos de psicose. In: *Curinga*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise- Seção Minas, (n.18), pp. 80-85.
- Barros-Brisset, F. O. (2010). *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.
- Bastos, A., & Calazans, R. (2010, maio/agosto). *Passagem ao ato e actin-out: duas respostas subjetivas*. Rio de Janeiro: Fractal Revista de Psicologia, v.22 (n.2), pp. 245-256.
- Berenguer, E. (2006). Como se construye um caso. In: *Seminarios Clinicos: Como se construye um caso*. Caracas: Ediplus producción CA, pp. 7-127.
- Brodsky, G. (2004). *Short story: os princípios do ato analítico*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Carvalho, F. F. (2002). *Psicose e passagem ao ato*. Belo Horizonte: Abrecampos - Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares, (ano II, nº. 2), pp.66-79.
- Cintra, A. C. A., Grinover A. P. & Dinamarco, C. R. (2010). *Teoria Geral do Processo*. (26a ed.). São Paulo: Malheiros editores.
- Código Penal Brasileiro. DECRETO-LEI N.º 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://edutec.net/Leis/Gerais/cpb.htm>

- Della Torres, É. O. (2008 junho). *O Mito da Verdade Real como Norte do Processo Penal*, Juiz de Fora: Universo Jurídico, ano XI, Recuperado em 22 de dezembro de 2011, de http://uj.novaprolink.com.br/doutrina/5418/O_Mito_da_Verdade_Real_como_Norte_do_Processo_Penal.
- Donizetti, E. (2011). *Curso Didático de Direito Processual Civil*. (15a ed.) São Paulo: Atlas.
- Ferrari, I. F. (2010). Caso clínico: o método do exemplo. In: Kyrillos Neto, F. & Moreira, J. O. *Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade*. Barbacena: Ed. UEMG, pp. 36-48. Recuperado em 20 de junho de 2010, de http://eduemg.uemg.br/docs/Pesquisa_em_Psicanalise.pdf.
- Freud, S. (1894/1996). As neuropsicoses de defesa. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. III, pp. 51-72.
- Freud, S. (1905 [1901]/1996). Fragmento da análise de um caso de histeria. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. VII, pp.15-116.
- Freud, S. (1906/1996). A psicanálise e a determinação dos fatos nos processos jurídicos. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. IX. pp. 91-104.
- Freud, S. (1911/1996). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides) In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XII, pp. 15-89.
- Freud, S. (1914a/1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, pp. 77-108.
- Freud, S. (1914b/1996). Recordar, repetir e elaborar In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XII, pp. 161-171.
- Freud, S. (1915/1996). Recalque In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, pp.147-162.
- Freud, S. (1917[1915]/1996). Luto e melancolia. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, pp.245-263.

- Freud, S. (1920/1996). A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII, pp.157-183.
- Freud, S. (1920/1996). Além do princípio do prazer. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII, pp. 13-75.
- Freud, S. (1924/1996). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, pp.203-209.
- Freud, S. (1924[1923]/1996). Neurose e psicose. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, pp.165-171.
- Freud, S. (1925/1996). A negativa. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, pp.263-269.
- Freud, S. (1926[1925]/1996). Inibições, sintomas e ansiedade. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XX, pp.81-171.
- Freud, S. (1931[1930]/1996). O parecer do perito no caso Halsmann. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XXI. pp.259-261.
- Goya, A. (2001). El cuerpo en la psicosis. In: Brousse, M.-H. (org). *Seminario de Investigación El cuerpo en Psicoanálisis*. Madrid: Espacio de investigación madrileño, pp. 67-82.
- Greenacre, P. (1950/1993). Problemas generales del acting out In: Lombardi, G. (org). *Infatunios del acto analítico*. Buenos Aires: Atuel, pp. 13-30.
- Guerra, A. M. C. (2007). *A estabilização psicótica na perspectiva borromeana: criação e suplência*. Rio de Janeiro: UFRJ/Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica. (Tese, Doutorado)
- Guimarães, M. C.P. (2009, julho/dezembro). *O estatuto renovado da passagem ao ato*. Rio de Janeiro: Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica, v.12 (n.2).

- Kaufmann, P. (1996). *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1949/1998). O estádio do espelho como formador da função do eu. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, pp. 96-103.
- Lacan, J. (1954/1998). Introdução ao comentário de Jean Hyppolite sobre a *Verneinung* de Freud. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, pp.370-401.
- Lacan, J. (1955-1956/2002). *O Seminário Livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1957-1958/1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, pp. 537-590.
- Lacan, J. (1957-1958/1999). *O Seminário Livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1958/1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, pp. 591-652.
- Lacan, J. (1962-1963/2005). *O Seminário Livro 10: A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1964/1998). *O Seminário Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 63.
- Lacan, J. (1965-1966/1998). A ciência e a verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, pp. 869-892.
- Lacan, J. (1967-1968). *O Seminário Livro 15: O ato psicanalítico*. [s.n.].
- Lacan, J. (1969-1970/1992). *O Seminário Livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 55.
- Lacan, J. (1974/2003). Televisão. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, pp. 508-543.
- Laplanche J. & Pontalis J.-B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise*. (4a ed.), São Paulo: Martins Fontes.

- Lei nº 7209 (1984, 11 de julho). *Código Penal Brasileiro*. Brasília: Diário Oficial da União. Recuperado em 23 de novembro de 2011, de <http://www.leidireto.com.br/lei-7209.html>.
- MACHADO, J. P. (2008). Psicanálise e universidade: mais, ainda. In: Lo Bianco, A. C. (org.). *Freud não explica: a psicanálise nas universidades*. Rio de Janeiro: Contra capa, pp. 29-38.
- Mandil, R. A. (2002 novembro). Discurso analítico e discurso jurídico. In: *Curinga*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise- Seção Minas, (n.18), pp. 60-69.
- Miller, J-A. (1988). Jacques Lacan: observaciones sobre su concepto de pasaje al acto In: Lombardi, G. (org). *Infortunios del acto analítico*. Buenos Aires: Atuel, 1993, pp. 39-55.
- Miller, J-A. (2005 maio). Introdução à leitura do seminário de Angústia de Jacques Lacan. In: *Opção Lacaniana*, n.43, São Paulo, pp. 7-91.
- Miranda Jr., H.C. (2010). *Um psicólogo no tribunal de família: a prática na interface Direito e Psicanálise*. Belo Horizonte: editora ArteSã.
- Pego, N. C. C. M. (2007) *Crimes Passionais: atenuantes x agravantes*. São Paulo: Monografia apresentada como requisito parcial de Conclusão de Curso para obtenção do Grau de Bacharel em Direito da Faculdade de Direito de Presidente Prudente. Recuperado em 13 de novembro de 2011, de <http://www.intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/viewFile/622/637>.
- Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Rosa Debieux, M. (2010). A psicanálise e o discurso jurídico: avessos no Tribunal de Família. In: Miranda Jr., H.C. *Um psicólogo no tribunal de família: a prática na interface Direito e Psicanálise*. Belo Horizonte: editora ArteSã, pp. 13-17.
- Rubistein, A. (1993). Acerca del comentario de Lacan al artículo de Greenacre: Problemas generales del acting out. In: Lombardi, G. (org). *Infortunios del acto analítico*. Buenos Aires: Atuel, pp. 31-38.
- Tendlarz, S. E. & García, C. D. (2008). *A quién mata el asesino?* Buenos Aires: Grama ediciones.

Vera Barros, R. (2011). *El asentimiento subjetivo a la pena y al castigo*. Buenos Aires: Gramma ediciones.

Vieira, M. A. (2005 janeiro/julho). Objeto e desejo em tempos de superexposição. In: *Ágora - Estudos em teoria psicanalítica*, v.VIII, Rio de Janeiro: Contracapa, p. 27-40.

Viganó, C. (1999 setembro). A construção do caso clínico em Saúde Mental. In: *Curinga*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, n.13, pp. 50-59.

ANEXOS

ANEXO A – Dados do processo do homicídio contra o companheiro

A.1 – Transcrição da primeira declaração

Decorridos exatos seis dias da morte do companheiro, Ana se apresenta na Delegacia de Polícia como sendo autora do homicídio de seu amásio. Relata que ele que era alcoólatra e extremamente violento tanto com ela, como com os dois filhos que tiveram. Afirma que já havia feito uma representação de lesão corporal contra o mesmo certo tempo atrás. Acrescentou que seu amásio já havia ficado preso por roubo, sendo que neste período passou a traí-lo com um amante, cujo nome não quis relatar. De acordo com a mesma, quando seu amásio saiu da prisão, este amante passou a instigá-la a matar José. Disse ainda que após espancá-la José falou que iria matá-la, sendo que neste momento Ana achou por bem agir primeiro, tendo sido orientada por um rapaz, com quem já havia morado anteriormente, se recusando em dizer seu nome. Diz que o tal rapaz lhe deu dinheiro para que comprasse chumbinho. Declara que mantinha relacionamento com outro rapaz que não diz o nome, que a teria seduzido, não querendo descrever a ação da sedução, mas que se por ventura não ficasse presa, iria matar mais pessoas, inclusive o rapaz que a seduziu.

Assim, no dia anterior a data marcada por José em sua ameaça, quando a vítima chegou para almoçar, ela misturou “chumbinho” no meio de sua comida. Após almoçar a comida envenenada, José passou a sentir dores no estômago e, neste momento, ela perguntou para ele se queria tomar um remédio, quando este respondeu positivamente, levando o tomá-lo sem qualquer questionamento. Ana misturou mais chumbinho na água e deu para que ele bebesse. Assim, após digerir uma super dosagem do veneno ele veio a falecer. Como Ana demonstra reflexos lentos e fala anormal, o delegado perguntou se ela fazia uso de drogas. Ana disse que não, mas que fazia uso de remédios controlados, sendo um deles Gardenal (citando também Fenobarbital - que é o Gardenal - e Fenitoína, ambos anticonvulsivantes). Acrescentou que fazia tratamento psiquiátrico em um posto de saúde.

A.2 – Transcrição da segunda declaração

Em nova declaração, realizada 20 dias após a primeira, Ana diz que não confirma os dados da primeira. Afirma que estava muito dopada e descontrolada emocionalmente e que narraria os fatos como realmente aconteceram.

Conta que conhecia José há pouco mais que sete anos e que o conheceu quando morava com sua genitora, pois ele freqüentava um bar nas proximidades. Toda vez que Ana passava e ele estava no bar, “ele mexia comigo e me cumprimentava” (sic). Na época ele era casado e, poucos dias depois, foram surpreendidos pela esposa dele, que então terminou o relacionamento, mandando-o para fora de casa. Logo depois, Ana passou a morar com José em um barracão na favela, perto da casa da genitora de José. Com três meses de convívio, Ana ficou grávida de sua quarta filha, pois com o primeiro marido teve três filhas, sendo as duas últimas gêmeas. As três filhas do primeiro casamento residem com a genitora de Ana, tendo em vista que o pai de suas três filhas não se preocupa com o amparo delas, que ficam sob a tutela econômica da avó materna. Ana conta que no relacionamento com a vítima tudo estava normal, “ele me tratava bem, cuidava de mim, porém, depois de nove meses que estávamos juntos, ele começou a beber e entrar com droga dentro de casa, me agredia e passou a andar com más companhias” (sic). Diz que tentou se separar de José, contudo ele não aceitava e a partir de então passou a ameaçá-la de morte. Relata que eventualmente ele ia preso, época em que dava tranqüilidade para Ana. “Ele já foi preso por roubo, assassinato, droga, mas sempre fugia”. Tiveram um segundo filho. Como José tinha dívidas com traficantes da região e estava sendo ameaçado de morte, mudaram de bairro. Ficava praticamente sozinha no barracão, pois José sempre estava preso. “Eu que trabalhava para sustentar meus filhos” (sic). Porém, quando ele saía da prisão as agressões continuavam, bem como ameaças de morte. Quando era agredida e ficava muito machucada, Ana sempre chamava a polícia. Relata que José já a agrediu com chutes, socos, pauladas, “já tentou me enforcar com fio de luz e já me obrigou a me prostituir para lhe arrumar dinheiro”. Ana conta que na última agressão que sofreu do companheiro, na virada do ano, “ele me bateu demais, demais da conta que eu até desmaiei. Foi um carro do bombeiro que acho que me levou para o pronto socorro”. Acredita que essa agressão motivou um processo na Delegacia de Mulheres, “eu estava intimada para

ir lá, mas como ele estava morto, não fui”. Em um dia, em mais uma das agressões, José gritou: “Eu juro que do dia seis, você não passa, vou te matar e beber seu sangue, você vai ver”. Ana conta que ficou receosa em deixar seus filhos e a partir de então pensou: “Tenho que dar um basta nesta vida de sofrimento”. Conta que como uma vizinha comprava um veneno conhecido como “chumbinho” para matar ratos, resolveu comprar tal produto para que a vítima ingerisse. No dia seguinte, na parte da tarde, aproveitando que José estava dormindo devido ao uso de álcool que ingeriu pela manhã, foi a uma casa de ração e comprou um vidro de “chumbinho” por 7,00 reais, “é um vidrinho pequeno com um monte de bolinhas pretas, menores que um grão de arroz” (sic). No dia posterior, fez almoço normalmente (arroz, feijão, frango, macarrão e maionese) e quando a vítima chegou, fez o prato dele misturando o “chumbinho” aos poucos. José comeu toda a comida e vinte minutos depois começou a passar mal, dizendo que estava com uma dor no coração, com dormência nas pernas, dor na boca do estômago e começou a vomitar. Nesse momento, Ana pegou o vidro de “chumbinho” e começou a dar o produto para a vítima dizendo que era remédio, sendo que José ingeriu mais chumbinho com água, achando que era remédio. Logo em seguida, ele caiu no chão, sentindo falta de ar e começou a agonizar, “foi morrendo e quando já era mais de sete horas da noite, tinha morrido” (sic). Ana então chamou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU dizendo aos enfermeiros que José teria passado mal e desmaiado. Conta que acompanhou os trabalhos dos policiais, inclusive a remoção do corpo. Ao ser questionada pelos policiais, disse que não sabia de nada, só que ele havia passado mal. Ana então afirma que no dia seguinte, arrependeu-se do que tinha feito e resolveu tomar diversos comprimidos de Gardenal, ficando “meio passada, meio zozza” (sic). Que mesmo estando um pouco fora dos sentidos, resolveu ir até a polícia para confessar o crime, pois não suportava a situação dentro de si. Afirma que deseja esclarecer sobre a relação extra-conjugal que teve com a pessoa de Amadeu, na época em que José se encontrava preso. Diz que no mês de abril do ano anterior, foi até um bar e conheceu Amadeu. Que se relacionou com ele até o final de novembro, ocasião em que José saiu da prisão, quando então terminou “porque não queria ver ele morto (sic)”. Esclarece que depois que terminou o relacionamento, não mais o viu. Afirma que não era verdade que Amadeu a tinha aconselhado a matar José, como havia anteriormente declarado, pois desde novembro não o via. Que o dinheiro utilizado para comprar chumbinho era dela e o

escondia para que José não se apossasse dele, importância esta adquirida com a ajuda de Amadeu, quando do último encontro que tiveram.

Ana relata ainda que quando tinha 22 anos de idade começou a ter epilepsia e por causa disso passou a tomar remédios controlados constantemente e por isso faz tratamento psiquiátrico e tem que tomar regularmente Fenobarbital, Fenitoína e Gardenal. Apresenta cópia de duas receitas e de uma guia de atendimento médico especializado. Informa ainda que seus filhos se encontram em um colégio interno, pois estavam com a irmã de José e quando foi até o Conselho Tutelar para recuperar a guarda das crianças, a conselheira achou por bem internar as mesmas para não haver brigas, porém afirmou que deseja ter a guarda de seus filhos, pois sempre foi muito carinhosa com eles.

A.3 – Transcrição do depoimento da irmã de Ana

Jandira, irmã de Ana, diz que Ana é uma pessoa tranqüila, comunicativa e brincalhona, apesar de, de vez em quando, ser um pouco agressiva, “briga com os outros à toa” (sic). Afirma que José era uma pessoa agressiva, “estúpido demais com todo mundo, tratava todos mal e vivia ameaçando” (sic), além de ser usuário de drogas. Conta que a vida conjugal deles era marcada por brigas e discussões, todos os dias discutiam e que Ana sempre chamava a polícia para ele. “Até na hora das intimidades ele batia nela”(sic). Em função das brigas, Ana teve que ser conduzida ao hospital e também para o pronto socorro. Relata que Ana lhe confiava seu desejo de se separar de José. porém ele não aceitava a separação e não saía de casa. Por tentar intervir em uma briga, José ameaçou os familiares de Ana, o que provocou o afastamento da família do convívio com Ana. Não sabe informar se Ana tinha um amante, “ela tinha vários homens, até se prostituir ela ia, sendo que José tinha conhecimento”. Não soube informar se Ana se prostituía a mando de José. Relata que no final do mês de dezembro de 2005, houve uma briga entre Ana e José, ocasião em que a Ana foi muito agredida, “ele chegou a enrolar um fio de arame no pescoço dela, para matá-la. Então ele ameaçou dizendo: ‘você vai ver, não vai passar do dia 06 de janeiro’. Ele gritou para todos que moravam no lote: ‘isso aqui vai ficar manchado de sangue’ (sic). Diz que Ana começou a ficar preocupada com as ameaças e disse a ela: “Nossa, já estou cansada disso, tem hora que dá até vontade de matar”. No dia do crime, quando o SAMU chegou, pediram ajuda para entrar na casa, pois havia a notícia de que uma pessoa estava morta lá. Ana estava muito nervosa e chorando muito no terreiro do imóvel. Com havia algumas semanas que José já tinha reclamado de dores no estômago e como não parava de beber e misturava bebida com os remédios controlados de Ana, Jandira achou que isso era a causa da morte, pois ele já estava vomitando uns dias antes. O SAMU chamou o rabeção da Polícia Civil e chegou a equipe de perícia. Ana acompanhou todos os trabalhos no terreiro do lote. Depois do enterro, ficou dois dias na casa da irmã de José. No relacionamento com José, “ela tinha medo até para comer, qualquer coisa era motivo de agressão. “Eu acho que ele ia fazer alguma coisa com ela no dia seis, ele ficava no terreiro com um pau na mão, mexendo em alguns ferros, até os filhos tinham medo dele” (sic).

A.4 – Do interrogatório realizado no Tribunal do Júri

Ana relata que ela e a irmã foram criadas pela avó paterna porque sua mãe foi morar com outro homem quando se separou do pai de Ana. Sua avó era viúva e vivia de pensão; criava seis netos. Diz que não se recorda da convivência dos pais, mas sabe que pouco viveram juntos, pois seu pai vivia internado em hospital psiquiátrico, “ele era epilético”. Conta que só visitou seu pai uma única vez, sendo que o mesmo faleceu no dia seguinte, nesta época ela já era adulta e já tinha tido seus filhos. Ana afirma que estudou até a quarta série e não conseguiu prosseguir porque sofria de epilepsia e às vezes sofria ataques, embora usasse remédio controlado desde os 16 anos de idade. Ademais, seus tios, irmãos de sua mãe, morreram de epilepsia. Sua avó morreu quando estava com 15 anos, época em que começou a usar crack, e assim permaneceu até alguns meses atrás. Diz que não ficava em casa e vivia nas casas de colegas e pelas ruas. Que aos 17 anos conheceu José e foi morar com ele, época em que já tinha três filhos do primeiro relacionamento. Relata que José era comandante do tráfico em duas favelas e com ele teve dois filhos. Afirma que durante muito tempo fez uso simultâneo do remédio para epilepsia, droga e bebida alcoólica. Diz que nunca teve apoio de seus familiares, ou seja, de sua mãe e de suas tias e que faz tempo que não tem contato com sua mãe. Conta que dava muito carinho para seus filhos e que eles são muito importantes para ela, mas não sabe dizer a idade deles, apenas que são quatro meninas e um menino. Acha que três das meninas estão na escola e que os filhos que teve com José estão com a tia paterna. Diz que nunca exerceu trabalho fora do lar e que nunca foi apreendida quando era menor. Não tem lembrança exata de seus atos nos últimos tempos e não sabe precisar a época de sua desorientação mental. Conta que sua convivência com José era péssima e que era agredida por ele com pancadas, facada e até tiro no pé. Que ele usava muita droga, ficava violento, batia muito, tanto na interroganda quanto nos filhos, além disso, ele a mandava se prostituir.

Ana admite ter comprado o veneno “chumbinho” e colocado na comida de José. Diz que fez isso porque José havia dito que a mataria e os filhos no dia 06 de janeiro, e por isso, antes que ele assim agisse, resolveu colocar o veneno na comida dele. Havia três dias que José tinha saído da prisão, sendo comum suas idas e vindas

para cadeia. Relata que quando José estava preso, se relacionou com Amadeu, seu vizinho e não se lembra se José ficou ou não sabendo do relacionamento. Afiram que foi Antonio quem lhe deu dinheiro para comprar o veneno, e que acha que a idéia de envenenar José foi dela. Afirma não ser verdade que Amadeu tenha lhe induzido a envenenar José, pois havia terminado com ele desde novembro de 2006. Conta que nunca havia atentado contra a vida de José anteriormente e que apenas fez isso porque José iria matá-la e aos filhos e judiava muito da interroganda.

ANEXO B – Perguntas do incidente de insanidade mental

- 1- A agente ao tempo da ação era portadora de doença mental?
- 2- Em caso afirmativo, qual doença?
- 3- Em caso negativo, apresentava desenvolvimento incompleto ou retardado?
- 4- Em virtude da doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era ela inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato que cometeu?
- 5- Se era capaz de entender, estava, contudo, inteiramente incapacitada de determinar-se de acordo com esse entendimento?
- 6- Negativo o 1º quesito, era a agente, à época do fato, portadora de perturbação da saúde mental?
- 7- Em virtude dessa perturbação, tinha ela plena capacidade de entendimento da ilicitude do fato ou a de autodeterminação?
- 8- Negativos o 1º, o 4º, o 5º e o 6º quesitos e afirmativo o 3º, em virtude de desenvolvimento incompleto ou retardado, tinha ela à época do fato a plena capacidade de entendimento da ilicitude do fato ou a de autodeterminação?

ANEXO C – Incidente de insanidade mental (Processo do homicídio)

Histórico: Pericianda confirma o fato, narrando-o, em sua versão, sem lacunas mnésicas. Refere que o amásio era pessoa de má índole, sempre agindo com violência contra a pericianda e os filhos; que ela e os filhos foram espancados pela vítima por diversas vezes por motivos banais; que a vítima sempre esteve envolvida com o tráfico e com a criminalidade, tendo passado boa parte dos seus últimos anos de vida preso; que a vítima chegou a levar um tiro na mandíbula de um desafeto. Refere que, na época dos fatos, não estava agüentando mais o comportamento violento da vítima contra ela e os filhos; que, sem motivo aparente, a vítima havia lhe jurado de morte; que, como a vítima lhe falou que a mataria em 06/01, resolveu matá-la um dia antes. Atribui seu ato à situação de desespero que viva sob as ameaças e agressões constantes da vítima. Refere padecer de epilepsia de longa data; que, mesmo com uso da medicação prescrita, continua apresentando crises convulsivas freqüentes; está contida nos autos documentação médica atestando epilepsia e prescrição de fenobarbital e fenitoína; pericianda refere que mantém o uso da medicação na prisão. Refere história de uso de crack até os dezoito anos e de álcool até os dezenove; nega o uso de psicotrópicos na época do fato, exceto cigarros comuns. Nega história de tratamento psiquiátrico regular. Informa que estudou até a quarta série; que lê e escreve com limitações.

SÚMULA PSICOPATOLÓGICA: Pericianda vestida com roupas prisionais; higienizada adequadamente. De ambulância ativa, sem maneirismos; sem os dentes incisivos superiores. Apresentando diversas cicatrizes antigas nos membros, sugestivas de agressões físicas. Lúcida, bem orientada, com afeto preservado, levemente deprimida, cooperativa, adequada. Pensamento organizado em forma, curso e conteúdo, crítica adequada, sem sinais de delírios ou alterações da sensopercepção. Memória indene, inteligência sem déficits.

CONCLUSÃO: Compulsados todos os dados disponíveis, os peritos concluem normalidade psíquica ao exame atual e em conexão com o fato em tela, do ponto de vista psiquiátrico forense. Epilepsia, por si só, não é doença mental. Trata-se de enfermidade neurológica passível de controle medicamentoso e que, na maioria dos casos, como no da pericianda, não evolui com sintomas psíquicos relevantes.

TRANSCRIÇÃO E RESPOSTA AOS QUESITOS OFICIAIS:

1° - O paciente submetido a exame era, ao tempo da ação ou da omissão, por motivo de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?

R. Não.

2° - O paciente submetido a exame não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?

R. Possuía.

3° - Qual essa doença mental ou de que natureza era essa perturbação da saúde mental?

R. Prejudicado.

4° - Que grau de desenvolvimento mental apresenta o paciente submetido a exame?

R. Sem déficits.

ANEXO D – Incidente de insanidade mental (Processo de dano ao patrimônio)

HISTÓRICO: Os autos enviados para análise falam que a Periciada, por volta das doze horas, teria danificado patrimônio do posto de saúde, conforme se lê da retro. Denúncia. Sobre os fatos narrados nos autos a Periciada disse que “eu nem me lembro, eu fui com o meu primo, ele ia ao médico, eu fui levar ele, não me lembro de mais nada. As pessoas é que falaram que eu tinha quebrado o posto. Eu fui presa e não sabia por causa de quê. Depois que eles falaram comigo que eu tinha quebrado o posto.”

A paciente, 31 anos de idade, disse ser mãe de cinco filhos: “Eu tenho quatro meninas moças e um menino homem. Nenhum deles mora comigo. Nem minha mãe deixa eu ver meus filhos e nem meu cunhado. Minha mãe fica com três filhas e meu cunhado fica com os outros dois. (...) Não me lembro que idade eles têm, não. (...) Não lembro quantos anos eu tinha quando o mais novo nasceu, não. (...) Com o meu parceiro atual eu não tenho filho, não. Eu já fiz ligadura. (...) Agora eu estou fazendo consulta lá no Cersam... eu não me lembro, não, acho que está escrito na receita, não está não? (...) Essa que veio comigo é a minha sogra. É o filho dela que me leva lá, que eu moro com ele. (...) Eu faço tratamento desde o dia que eu fui no PAIPJ e eles falaram pra eu fazer tratamento lá no Cersam para eu não dar crise. (...) Eu dava crise desde cinco anos. Meu pai morreu no Galba Velloso, minha tia morreu dentro de casa, com epilepsia. Minha mãe eu não vejo. (...) Crise? De epilepsia. Eu não sei o que é não. Não sei o que acontece, não. Diz que meu marido vê eu tremendo assim, ó, enrolando a língua. (...) Já fui internada no Pronto Socorro porque eu dei uma crise e tomei os remédios tudo de uma vez e peguei uma faca assim e ia enfiar dentro do meu coração. Eu não sabia o que estava fazendo, não. (...) Não, não estive em hospital psiquiátrico, não.”

A paciente disse que está estudando: “Eu estou fazendo a segunda série do grupo. O filho dela não deixa eu trabalhar com medo de eu dar esses problemas aí e cair e as pessoas da casa que eu trabalhar é que tinha que me ajudar. (...) Eu já trabalhei de passar roupa, arrumar casa (...) carteira assinada, não.”

A Examinada não soube informar exatamente desde quando vem fazendo uso da última medicação prescrita: biperideno 4 mg/dia + diazepam 30 mg + fenitoína 400 mg/dia + fenobarbital 200 mg/dia + haloperidol 5 mg/dia + prometazina 25 mg/dia.

A paciente disse que fuma cigarros comuns, que não usa etílicos e nunca teria usado droga ilícitas.

SÚMULA DO EXAME PSQUIÁTRICO: Periciada higienizada; consciência clara; não refere com precisão dados de tempo ou espaço; bem orientada quanto aos dados pessoais; contato produtivo; cooperativa; comportamento um tanto vitimizado, mas com afetividade superficializada. Atenção normal; Concentração sem déficits evidentes; Fala emitida sem alterações de fonemas e discretamente lentificada; pensamento claro e coerente, discretamente lentificado e empobrecido; ausência de taquipsiquismo; ausência de taquilalia; ausência de delírios e de alterações da sensopercepção (e ausência de relatos compatíveis com tais alterações no passado); raciocínio normal; tom de voz normal (voz rouca, tosse produtiva no momento do exame). Memória sem déficits evidentes (relatados déficits em relação a possíveis crises epiléticas). Ausência de ansiedade patológica. Ausência de ideação supervalorada. Equilíbrio normal; ausência de movimentos anormais dos olhos; gesticulação contida; capacidade normal para orientar-se e posicionar-se no espaço. Marcha lentificada, discretamente robotizada.

Ouvida em momento oportuno, a pessoa que se apresentou como sogra (...) disse que “a mãe dela abandonou ela com quatro anos e fugiu com outro homem. A avó, mãe do pai dela, é que criou ela e a irmã dela, que eram filhas do primeiro casamento da mãe dela. (...) O Conselho Tutelar tomou os filhos dela. Ela teve trigêmeos e depois teve dos gêmeos. Os primeiros filhos dela ficaram com a mãe dela; os gêmeos é a cunhada, irmã do ex-marido dela é que cuida. A avó dela morreu já tem muitos anos... ela tinha uns doze anos, oito anos. (...) Essa questão dela psiquiátrica está muito confusa porque os médicos de posto de saúde nunca deram uma consulta muito regular. Eles encontraram ela na rua, em crise, e levavam pro posto de saúde. Eu não sei que tipo de crise... não sei dizer que é por epilepsia. E médico não sabe informar porque não tinha um médico que cuidasse dela. (...) Quando ela fica nervosa parece bicho, agride, pega faca. Esperar muito, ela não tem muita paciência. Se ela achar que você está ofendendo ela, ela fica agitada, você

tem que ponderar mas ela não aceita isso. Em casa é porquinha igual a não sei o quê. Ela não tem muita noção de higiene, asseio. (...) Meu filho tem problema mental também. Ele conheceu ela, encarnou e acabou. Se eu tentasse explicar pra ele que os dois não podiam estar juntos, que ela tinha que ter alguém pra cuidar dela, ele sumiu de casa. Foram pra rua, os dois, viraram mendigos. Aí eu fui atrás, busquei, tive que desinfetar o carro pra você ter um idéia. Eu é que estou tendo que mantê-los financeiramente porque eles não têm condições de trabalho. (...) Lá é questão de família. Uma tia que ela tem é louca de jogar pedra, dessas de cair com a cara dentro da panela, já tinha quebrado o braço porque tinha caído também. (...) O pai morreu no Galba Velloso, não sei o diagnóstico. A avó é que era mais equilibrada. Depois que a avó morreu, acabou, ficou a Deus dará. (...) Eu conheci a avó dela, elas são moradoras do bairro. (...) Se ela chegar no posto de saúde eles já chamam a polícia. Se ela apontasse no portão eles chamavam a polícia. (...) De novembro a dezembro do ano passado ela ficou no CTI do pronto-socorro porque ela misturou todos os remédios e a gente achou ela em coma. (...) Ela já caiu e quebrou o braço, é assim. (...) Eu já ouvi dizer que ela já teve passagens em um hospital psiquiátrico, mas depois que virou tudo atendimento do Cersam, não teve mais isso. (...) Tem uns seis meses só que ela está em tratamento regular no Cersam. Antes o PAIPJ tentava mas não conseguia inserir no atendimento psiquiátrico. (...) Na época que ela destruiu o posto ela ainda não estava com meu filho oficialmente mas o posto sabia que eu a conhecia e me ligavam. Comecei a intervir porque meu filho estava começando a ficar com ela. Eu tinha que proteger os dois.

A sogra ainda disse que “ela tem outro processo porque ela matou o marido dela, eu não acompanhei isso. Eu não entro nesse mérito porque eu não posso falar nada sobre isso mas eu tenho muito medo, vocês imaginam, né.” Sobre isso a Paciente disse que “eu fiz isso pra me defender. Ele mexia com droga, punha revolver dentro da casa, falou que ia matar meus filhos e matar minha família. Aí me deu uma idéia de uma hora pra outra e eu coloquei veneno de rato na comida. (...) Ela já tinha matado o próprio colega dele, ela morava na favela. Fiquei cinco anos com ele.”

A sogra ainda relatou que “na época que ela ficou presa por causa do posto, todo dia eles me ligavam todo dia perguntando qual era a medicação que ela tomava porque ela ficava caindo em cima das presas, andava, conversava sozinha, e que as presas não entendiam que ela tinha problema de saúde e fizeram motim pra matar

ela. (...) Ela bebia muito mas depois que ficou com meu filho eu exigi que não bebesse mais. Ela bebia muito.”

CONCLUSÃO: após a análise dos elementos disponíveis e o exame pessoal da acusada, os peritos falam por QUADRO PSICOTIFORME À ÉPOCA DOS FATOS E EM CONEXÃO COM ELES, CAPAZ DE ELIDIR O ENTENDIMENTO E A DETERMINAÇÃO.

TRANSCRIÇÃO E RESPOSTA AOS QUESITOS OFICIAIS:

1º - O paciente submetido a exame era, ao tempo da ação ou da omissão, por motivo de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?

R. A Paciente não tinha capacidade de entendimento ou de determinação.

2º - O paciente submetido a exame não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?

R. A Paciente não tinha capacidade de entendimento ou de determinação.

3º - Qual essa doença mental ou de que natureza era essa perturbação da saúde mental?

R. Vide conclusão, por gentileza.

4º - Que grau de desenvolvimento mental apresenta o paciente submetido a exame?

R. Sem déficits evidentes.

RESPOSTA AOS QUESITOS DA DEFESA:

1 A 14. A Paciente apresentou quadro psicotiforme à época dos fatos e em conexão com eles. Atualmente a Paciente encontra-se melhorada em razão do uso de medicação. O controle médico não pode ser interrompido.

ANEXO E – Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º 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.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180^o da Independência e 113^o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO F – Lei Estadual nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995 (texto atualizado)

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.

O Povo do Estado de Minas Gerais, por seus representantes, decretou e eu, em seu nome, sanciono a seguinte Lei:

Art.1º - Toda pessoa portadora de sofrimento mental terá direito a tratamento constante de procedimentos terapêuticos, com o objetivo de manter e recuperar a integridade física elemental, a identidade e a dignidade, a vida familiar, comunitária e profissional.

Art.2º - Os poderes públicos estadual e municipais, de acordo com os princípios constitucionais que regem os direitos individuais, coletivos e sociais, garantirão e implementarão a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a inserção social plena de pessoas portadoras de sofrimento mental, sem discriminação de qualquer tipo que impeça ou dificulte o usufruto desses direitos.

Art.3º - Os poderes públicos estadual e municipais, em seus níveis de atribuição, estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos aos hospitais psiquiátricos, os quais garantam a manutenção da pessoa portadora de sofrimento mental no tratamento e sua inserção na família, no trabalho e na comunidade, tais como:

I - ambulatórios;

II - serviços de emergência psiquiátrica em prontos-socorros gerais e centros de referência;

III - leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais;

IV - serviços especializados em regime de hospital-dia e hospital-noite;

V - centros de referência em saúde mental;

VI - centros de convivência;

VII - lares e pensões protegidas.

§ 1º - Para os fins desta lei, entende-se como centro de referência em saúde mental a unidade regional de funcionamento permanente de atendimento ao paciente em crise. (Parágrafo renumerado pelo art. 1º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)

§ 2º - Ficam vedadas a instalação e a ampliação de unidade de tratamento psiquiátrico, pública ou privada, que não se enquadre na tipificação descrita neste artigo. (Parágrafo acrescentado pelo art. 1º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)

§ 3º - Ficam vedadas novas contratações, pelo setor público, de leitos psiquiátricos em unidade de tratamento que não se enquadre na tipificação descrita neste artigo. (Parágrafo acrescentado pelo art. 1º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)

Art. 4º - A medicação para tratamento psiquiátrico em estabelecimento de saúde mental deverá observar:

I - as necessidades do paciente, no que refere à sua saúde;

II - a finalidade exclusivamente terapêutica ou diagnóstica da medicação;

III - a eficácia reconhecida e demonstrada da medicação.

§ 1º - A eletroconvulsoterapia será realizada exclusivamente em unidade de internação devidamente aparelhada, por profissional legalmente habilitado, observadas as seguintes condições:

I - indicação absoluta do tratamento, esgotadas as demais possibilidades terapêuticas;

II - consentimento informado do paciente ou, caso seu quadro clínico não o permita, autorização de sua família ou representante legal, após o conhecimento do prognóstico e dos possíveis efeitos colaterais decorrentes da administração do tratamento;

III - autorização do supervisor hospitalar e, na falta deste, da autoridade sanitária local, emitida com base em parecer escrito dos profissionais de nível superior envolvidos no tratamento do paciente.

§ 2º - Inexistindo ou não sendo encontrada a família ou o representante legal de paciente clinicamente impossibilitado de dar seu consentimento informado, a autorização de que trata o inciso II do § 1º será substituída por autorização fundamentada do diretor clínico do estabelecimento, sem prejuízo dos demais requisitos estabelecidos neste artigo. (Artigo com redação dada pelo art. 2º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)

Art. 5º - Fica vedado o uso de celas-fortes, camisas de força e outros procedimentos violentos e desumanos em qualquer estabelecimento de saúde, público ou privado.

Parágrafo único - Os procedimentos de restrição física não vedados neste artigo serão utilizados, obedecendo-se às seguintes condições:

I - constituírem o meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente a si próprio ou a outrem;

II - restringirem-se ao período estritamente necessário;

III - serem registradas, no prontuário médico do paciente, as razões da restrição, sua natureza e extensão;

IV - realizarem-se em condições técnicas adequadas, sob cuidados e supervisão permanentes dos profissionais envolvidos no atendimento. (Parágrafo acrescentado pelo art. 3º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)

Art. 6º - (Revogado pelo art. 4º da Lei nº 12684, de 1/2/1997.)

Dispositivo revogado: “Art. 6º - Ficam proibidas as psicocirurgias, assim como quaisquer procedimentos que produzam efeitos orgânicos irreversíveis, a título de tratamento de enfermidade mental.”

Art. 7º - Será permitida a construção de unidade psiquiátrica em hospital geral, de acordo com a demanda local e regional.

Parágrafo único - O projeto de construção de unidade psiquiátrica deverá ser avaliado e autorizado pelas secretarias, administrações e conselhos municipais de saúde, seguido de parecer final da Secretaria de Estado da Saúde e do Conselho Estadual de Saúde.

Art. 8º - As unidades psiquiátricas de que trata o artigo anterior terão pessoal e estrutura física adequados ao tratamento de portadores de sofrimento mental e utilizarão as áreas e os equipamentos de serviços básicos do hospital geral.

Parágrafo único - As instalações referidas no "caput" deste artigo não poderão ultrapassar 10% (dez por cento) da capacidade instalada do hospital geral, até o limite de 30 (trinta) leitos por unidade operacional.

Art. 9º - A internação psiquiátrica será utilizada após a exclusão das demais possibilidades terapêuticas, e sua duração máxima corresponderá ao período necessário para que possa ser iniciado, em ambiente extra-hospitalar, o processo de reinserção social da pessoa portadora de transtorno mental.

(Caput com redação dada pelo art. 5º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)

§ 1º - A internação em leitos públicos ou conveniados com o poder público terá encaminhamento exclusivo dos centros de referência de saúde mental públicos ou dos serviços públicos de emergência psiquiátrica e ocorrerá, preferencialmente, em estabelecimento escolhido pelo paciente.

(Parágrafo com redação dada pelo art. 5º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)

§ 2º - Inexistindo serviço psiquiátrico na localidade onde foi atendido, o paciente será encaminhado pelo médico responsável pelo atendimento para o centro de referência de saúde mental ou para o serviço de urgência psiquiátrica mais próximo, a expensas do Sistema Único de Saúde - SUS.

(Parágrafo acrescentado pelo art. 5º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)

§ 3º - A internação de pessoas com diagnóstico principal de síndrome de dependência alcoólica dar-se-á em leito de clínica médica em hospitais e prontos-socorros gerais.

(Parágrafo renumerado pelo art. 5º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)

Art. 10 - A internação psiquiátrica exigirá laudo de médico especializado pertencente ao quadro de funcionários dos estabelecimentos citados no § 1º do art. 9º.

§ 1º - O laudo mencionado neste artigo deverá conter:

(Parágrafo renumerado pelo art. 6º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)

I - descrição minuciosa das condições do paciente que ensejem a sua internação;

II - consentimento expresso do paciente ou de sua família;

III - previsão aproximada de duração da internação.

(Inciso com redação dada pelo art. 6º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)

§ 2º - Inexistindo ou não sendo encontrada a família ou o representante legal de paciente clinicamente impossibilitado de dar seu consentimento informado, a autorização de que trata o inciso II deste artigo obedecerá ao disposto no § 2º do art.4º.

(Parágrafo acrescentado pelo art. 6º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)

Art. 11 - A internação psiquiátrica de menores de idade e aquela que não obtiver o consentimento expresso do internado será caracterizada pelo médico autor do laudo como internação involuntária.

Art. 12 - O laudo das internações de que trata o art. 11 será remetido, pelo estabelecimento onde forem realizadas, aos representantes locais da autoridade sanitária e do Ministério Público, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas a contar da data da internação.

(Artigo com redação dada pelo art. 7º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)

Art. 13 - Em qualquer caso, a autoridade sanitária local e o Ministério Público poderão requisitar complementos e informações do autor do laudo e da direção do estabelecimento, ouvir o internado, seus familiares e quem mais julgarem conveniente, incluídos outros especialistas autorizados a examinar o internado, com vistas a oferecerem parecer escrito.

§ 1º - Junta técnica revisora, criada pela autoridade sanitária local ou, supletivamente, pela regional e composta por 1 (um) psiquiatra, 1 (um) clínico geral e 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento em que o paciente esteja internado, procederá à

confirmação ou à suspensão da internação psiquiátrica involuntária no prazo de até 72 (setenta e duas) horas após a comunicação obrigatória da internação.

(Parágrafo com redação dada pelo art. 8º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)

§ 2º - A junta técnica revisional mencionada no parágrafo anterior efetuará, a partir do 15º (décimo quinto) dia de internação, a revisão técnica de cada internação psiquiátrica, emitindo, em 24 (vinte e quatro) horas, laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado, remetendo cópia ao Ministério Público no prazo de 24 (vinte e quatro) horas.

§ 3º - Caso não haja, na localidade, psiquiatra nas condições referidas no § 1º deste artigo, integrará a junta técnica revisora, em seu lugar, um clínico geral.

(Parágrafo acrescentado pelo art. 8º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)

Art. 14 - No prazo de 30 (trinta) dias a contar da regulamentação desta lei, os hospitais gerais e psiquiátricos que mantiverem pessoas internadas desde a data anterior a sua vigência encaminharão à Secretaria de Estado da Saúde a relação dos pacientes, juntamente com cópia de toda a documentação de cada um, informando se a internação foi voluntária ou involuntária.

Art. 15 - (Vetado).

Art. 16 - Ficam vedados a criação de espaço físico e o funcionamento de serviços especializados em qualquer estabelecimento educacional, público ou privado, que sejam destinados a pessoas portadoras de sofrimento mental e que impliquem segregação.

Parágrafo único - Deve-se garantir, prioritariamente, o acesso das pessoas portadoras de sofrimento mental à educação em classes comuns, em qualquer faixa etária, com a assistência e o apoio integrados dos serviços de saúde e de educação.

Art. 17 - Os hospitais psiquiátricos e similares, no prazo de 5 (cinco) anos contados da publicação desta lei, serão reavaliados, para se aferir sua adequação ao modelo de assistência instituído por esta lei, como requisito para a renovação do aló de funcionamento, sem prejuízo de vistorias e outros procedimentos legais de rotina.

Art. 18 - Os conselhos estadual e municipais de saúde bem como as instâncias de fiscalização, controle e execução dos serviços públicos de saúde deverão atuar solidariamente pela reinserção social das pessoas portadoras de sofrimento mental internadas em estabelecimentos psiquiátricos ou deles desinternadas, tomando as providências cabíveis nas hipóteses de abandono, isolamento ou marginalização.

Art. 19 - Aos pacientes que perderam o vínculo com o grupo familiar e se encontram em situação de desamparo social, o poder público providenciará a atenção integral de suas necessidades, visando, por meio de políticas sociais intersetoriais, à sua integração social.

§ 1º - As políticas sociais intersetoriais a serem adotadas deverão propiciar a desinstitucionalização de todos os pacientes referidos no "caput" deste artigo no prazo de 3 (três) anos após a publicação desta lei, por meio, especialmente, de:

I - criação de lares abrigados ou similares, fora dos limites físicos do hospital psiquiátrico;

II - reinserção na família de origem pelo restabelecimento dos vínculos familiares;

III - adoção por famílias que demonstrem interesse e tenham condições econômicas e afetivas de se tornarem famílias substitutas.

§ 2º - As políticas sociais intersetoriais adotadas deverão criar condições para a autonomia social e econômica dos pacientes referidos no "caput" deste artigo, por meio, especialmente, de:

I - regularização da sua situação previdenciária, assessorando-os na administração de seus bens;

II - Vetado.

III - facilitação de sua inserção no processo produtivo formal ou cooperativo, proibindo-se qualquer forma de discriminação ou desvalorização do trabalho;

IV - inserção no processo educacional do sistema de ensino;

V - atenção integral à saúde .

Art. 20 - Compete às instâncias de fiscalização, controle e avaliação dos serviços públicos de saúde proceder a vistoria, no mínimo, anual dos estabelecimentos de saúde mental, tomando as providências cabíveis nos casos de irregularidades apuradas.

Art. 21 - Os conselhos estadual e municipais de saúde constituirão comissões de reforma psiquiátrica no âmbito das secretarias estadual e municipais de saúde, com vistas ao acompanhamento das medidas de implantação do modelo de atenção à saúde mental previsto nesta lei, bem como do processo de desativação gradual dos atuais hospitais psiquiátricos existentes no Estado.

Parágrafo único - As comissões de reforma psiquiátrica serão compostas por representantes dos trabalhadores da área de saúde mental, autoridades sanitárias, prestadores e usuários dos serviços, familiares de pacientes, representantes da Ordem dos Advogados do Brasil - Seção Minas Gerais - e da comunidade científica.

Art. 22 - Os poderes públicos estadual e municipais, em sua esfera de atuação, disporão de 1 (um) ano contado a partir da publicação desta lei, para passar a executar o planejamento e o cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento apresentados pelas comissões de reforma psiquiátrica e aprovados pelos respectivos conselhos de saúde.

Art. 23 - A implantação do modelo alternativo de atenção à saúde mental de que trata esta lei dar-se-á por meio da reorientação progressiva dos investimentos financeiros, orçamentários e programáticos utilizados para a manutenção da assistência psiquiátrica centrada em leitos psiquiátricos e instituições fechadas.

Art. 24 - O poder público destinará verba orçamentária para campanhas de divulgação e de informação periódica de esclarecimento dos pressupostos da reforma psiquiátrica de que trata esta lei, em todos os meios de comunicação.

Art. 25 - Os serviços públicos de saúde deverão identificar e controlar as condições ambientais e organizacionais relacionadas com a ocorrência de sofrimento mental nos locais de trabalho, especialmente mediante ações referentes à vigilância sanitária e epidemiológica.

Art. 26 - O estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento a portador de sofrimento mental afixará cópia desta lei em local de destaque, visível aos usuários dos serviços.

(Artigo com redação dada pelo art. 9º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)

Art. 27 - O cumprimento desta lei cabe a todos os estabelecimentos públicos ou privados, bem como aos profissionais que exerçam atividade autônoma que se caracterize pelo tratamento de pessoas portadoras de sofrimento mental, ou àqueles que, de alguma forma, estejam ligados à sua prevenção e ao tratamento ou à reabilitação dessas pessoas.

Art. 28 - O descumprimento desta lei, consideradas a gravidade da infração e a natureza jurídica do infrator, sujeitará os profissionais e os estabelecimentos de saúde às seguintes penalidades, sem prejuízo das demais sanções previstas na Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977:

I - advertência;

II - inquérito administrativo;

III - suspensão do pagamento dos serviços prestados;

IV - aplicação de multas no valor de 1 (um) a 100 (cem) salários mínimos;

V - cassação da licença e do alvará de funcionamento.

Art. 29 - O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias.

Art. 30 - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação. Art. 31 - Revogam-se as disposições em contrário.

Dada no Palácio da Liberdade, em Belo Horizonte, aos 18 de janeiro de 1995.

Eduardo Azeredo - Governador do Estado

Data da última atualização: 27/11/2003

ANEXO G – Resolução nº 633, de 4 de maio de 2010 (Consolidada pela Resolução nº 659/2011)

Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa Novos Rumos, no âmbito do Tribunal de Justiça, e sua implementação em todas as comarcas do Estado de Minas Gerais.

A CORTE SUPERIOR DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 19, incisos VI e IX, da Resolução nº 420, de 1º de agosto de 2003, que contém o Regimento Interno do Tribunal, CONSIDERANDO ser missão do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais garantir, no âmbito de sua competência, a prestação jurisdicional com qualidade, eficiência e presteza, de forma a atender aos anseios da sociedade e constituir-se em instrumento efetivo de justiça, equidade e de promoção da paz social;

CONSIDERANDO o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e a necessidade de promover a humanização no cumprimento das penas privativas de liberdade, em geral, bem como o acompanhamento do paciente judiciário, em especial;

CONSIDERANDO a experiência vitoriosa do Projeto Novos Rumos na Execução Penal, implementado pelo Tribunal de Justiça mediante a Resolução nº 433, de 28 de abril de 2004, em razão dos bons resultados obtidos com a implantação, a partir do ano de 2001, da metodologia APAC em diversas comarcas do Estado;

CONSIDERANDO o êxito do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, PAI-PJ, criado por meio da Portaria-Conjunta nº 25, de 7 de dezembro de 2001;

CONSIDERANDO o que contém a Lei federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

CONSIDERANDO os termos da Resolução nº 96, de 27 de outubro de 2009, do Conselho Nacional de Justiça, CNJ, que dispõe sobre o Projeto Começar de Novo no âmbito no Poder Judiciário;

CONSIDERANDO os objetivos e as atribuições do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário, instituído no âmbito do Tribunal de Justiça por

meio da Portaria-Conjunta nº 170, de 21 de janeiro de 2010, em atendimento ao que determina o art. 5º da Resolução nº 96, de 2009, do CNJ;

CONSIDERANDO, em decorrência, a necessidade de conferir adequada regulamentação às atividades atualmente regidas pela Resolução nº 433, de 2004, às ações desenvolvidas pelo PAI-PJ, ambas anteriores ao Projeto Começar de Novo, instituído pelo CNJ por meio da citada Resolução nº 96, de 2009, e à atuação do Grupo de monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário, com o objetivo de uni-los em programa único e coeso;

CONSIDERANDO o teor das sugestões nesse sentido, apresentadas pela Terceira Vice-Presidência do Tribunal de Justiça, pelos Coordenadores do Projeto Novos Rumos na Execução Penal e do PAI-PJ, bem como os estudos desenvolvidos pela Secretaria-Executiva de Planejamento e Qualidade na Gestão Institucional, SEPLAG;

CONSIDERANDO, finalmente, o que constou do Processo nº 749 da Comissão Administrativa, bem como o que foi decidido pela própria Corte Superior em sessão realizada no dia 28 de abril de 2010, RESOLVE:

Art. 1º - O Projeto Novos Rumos na Execução Penal, instituído pela Resolução nº 433, de 28 de abril de 2004, passa a denominar-se Programa Novos Rumos, dispondo esta Resolução sobre as atividades que o integram, sua estrutura e funcionamento, no âmbito do Tribunal de Justiça, visando à implementação de ações a serem desenvolvidas em todas as comarcas do Estado de Minas Gerais.

Art. 2º - O Programa Novos Rumos é o gerenciador, no âmbito do Estado de Minas Gerais, das ações previstas no Projeto Começar de Novo, estabelecido pela Resolução nº 96, de 27 de outubro de 2009, do Conselho Nacional de Justiça, CNJ.

Art. 3º - O Programa Novos Rumos, vinculado à Presidência do Tribunal de Justiça, é integrado:

I - por programa destinado a disseminar a metodologia APAC, visando a sua implantação em todas as comarcas do Estado;

II - pelo Programa de Atenção ao Paciente Judiciário, PAI-PJ;

III - pelas atividades do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário, previsto no art. 5º da Resolução nº 96, de 2009, do CNJ, instituído no âmbito do Tribunal de Justiça por meio da Portaria-Conjunta nº 170, de 21 de janeiro de 2010.

Art. 4º - O Programa Novos Rumos será coordenado:

I - por dois Desembargadores, em atividade ou não, designados pelo Presidente do Tribunal de Justiça;

II - por um Juiz de Direito, designado pelo Presidente do Tribunal de Justiça, que exercerá a função de Coordenador-Executivo. (Inciso com nova redação dada pela Resolução nº 659/2011)

Art. 5º - Constituem objetivos do Programa Novos Rumos:

I - manter e aprimorar a propagação da metodologia APAC, buscando a sensibilização da comunidade para as práticas de humanização da pena, e do Juízo da Execução, para a devida aplicação da Lei de Execuções Penais;

II - estabelecer parcerias com órgãos públicos e instituições públicas e privadas, inclusive Patronatos, Conselhos da Comunidade, universidades e institutos de ensino fundamental, médio e técnico-profissionalizante, visando a implementação de práticas de valorização e resgate humano do preso, enquanto interno do sistema penal, buscando sua aproximação com a família e oportuna e bem sucedida inclusão no mercado de trabalho;

III - oferecer suporte para a consolidação das atividades das APACs em funcionamento, em especial no tocante às rotinas financeiras, jurídicas e de divulgação dos trabalhos realizados;

IV - acompanhar os indicadores e as metas de reinserção social do egresso do sistema prisional;

V - diligenciar para a instalação do Conselho da Comunidade de cada comarca, para os fins previstos no art. 6º da Resolução nº 96, de 2009, do CNJ.

Art. 6º - O programa destinado a disseminar a metodologia APAC, regulamentado pela Resolução nº 433, de 2004, compreende ações visando ao suporte das

atividades desenvolvidas pelas APACs atualmente em funcionamento e à sua instalação nas demais comarcas do Estado de Minas Gerais.

Art. 7º - O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, PAI-PJ, tem por objetivo assessorar a Justiça de Primeira Instância na individualização da aplicação e da execução das medidas socioeducativas, penas e medidas de segurança aos pacientes judiciários, conforme o disposto nesta Resolução.

Parágrafo único - Considera-se paciente judiciário, para os fins desta Resolução, o indivíduo em situação de sofrimento psíquico que seja:

I - indiciado, réu ou sentenciado em processo criminal;

II - adolescente autor de ato infracional.

Art. 8º - O PAI-PJ será composto por:

I - um Núcleo Supervisor;

II - Núcleos Regionais, vinculados administrativa e disciplinarmente aos diretores de foro das comarcas onde forem instalados.

Art. 9º - O Núcleo Supervisor do PAI-PJ tem sede na Comarca de Belo Horizonte e atuação em todo o território do Estado, prestando orientação metodológica e monitorando as atividades dos Núcleos Regionais.

Art. 10 - Os Núcleos Regionais do PAI-PJ serão compostos por equipe interdisciplinar de assistência jurídica, psicológica e social.

§ 1º - A instalação dos Núcleos Regionais do PAI-PJ será efetivada mediante Portaria-Conjunta do Presidente do Tribunal de Justiça e do Corregedor-Geral de Justiça, por proposta do Núcleo Supervisor, após a verificação da viabilidade técnica e orçamentária da medida, pelos setores próprios da Secretaria do Tribunal.

§ 2º - Os Núcleos Regionais do PAI-PJ serão preferencialmente estruturados mediante parceria com outros órgãos públicos e entidades públicas e privadas, que firmem termo de cooperação técnica com o Tribunal de Justiça, podendo contar com o apoio de prestadores de serviço voluntário, devidamente cadastrados e cujas

atribuições serão estabelecidas mediante Portaria-Conjunta do Presidente do Tribunal de Justiça e do Corregedor-Geral de Justiça.

Art. 11 - São atribuições dos Núcleos Regionais do PAI-PJ:

I - promover o estudo e o acompanhamento dos processos criminais e infracionais em que figurem pacientes judiciários, visando à elaboração de projeto individualizado de atenção integral;

II - realizar o acompanhamento psicológico, jurídico e social do paciente judiciário;

III - manter contato e articulação intersetoriais, em caráter permanente, com:

a) a rede pública de saúde, visando efetivar a individualização do projeto de atenção integral;

b) a rede social, visando à promoção social do paciente judiciário e à efetivação das políticas públicas pertinentes ao caso;

IV - realizar discussões com peritos criminais, nos casos em que houver exame de sanidade mental e cessação de periculosidade, apresentando, em atendimento a determinação judicial, dados relativos ao acompanhamento do paciente;

V - emitir relatórios e pareceres, dirigidos ao Juiz competente, relativos ao acompanhamento do paciente judiciário nas diversas fases processuais;

VI - sugerir à autoridade judicial medidas processuais pertinentes, com base em subsídios advindos do acompanhamento clínico-social do paciente judiciário;

VII - prestar ao Juiz competente as informações clínico-sociais necessárias à garantia dos direitos do paciente judiciário.

Parágrafo único - Para o cumprimento das atribuições de que trata este artigo, serão realizadas diligências externas, sempre que necessário.

Art. 12 - A inserção do paciente judiciário no PAI-PJ dependerá de determinação do juiz competente.

Parágrafo único - Não havendo determinação judicial, mas constatada pelo PAI-PJ a presença de indícios de sofrimento psíquico, serão encaminhadas ao juízo

competente as informações obtidas mediante avaliação sumária, para fins de apreciação e autorização de acompanhamento.

Art. 13 - O desinteresse reiterado do paciente judiciário pelo acompanhamento do PAI-PJ ensejará comunicação à autoridade judicial competente, para análise da pertinência de seu desligamento do Programa.

Art. 14 - Compete ao Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário, instituído por meio da Portaria-Conjunta nº 170, de 2010:

I - exercer as atribuições estabelecidas no art. 5º da Resolução nº 96, de 2009, do CNJ;

II - executar outras atividades inerentes a sua área de atuação.

Art. 15 - A Escola Judicial Desembargador Edésio Fernandes, EJEF, por meio da Diretoria Executiva de Desenvolvimento de Pessoas, DIRDEP, e a Terceira Vice-Presidência capacitarão e auxiliarão as equipes interdisciplinares que atuarão em seus diversos programas, em parceria com a Coordenação do Programa Novos Rumos.

Art. 16 - Os Desembargadores Coordenadores do Programa Novos Rumos indicarão à SEPLAG os servidores necessários ao desenvolvimento de seus trabalhos, a serem designados, conforme o caso, pelo Presidente do Tribunal de Justiça ou pelo Corregedor-Geral de Justiça.

Art. 17 - Fica revogada a Portaria-Conjunta nº 25, de 7 de dezembro de 2001.

Art. 18 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

PUBLIQUE-SE. CUMPRA-SE.

Belo Horizonte, 3 de maio de 2010.

Desembargador SÉRGIO ANTÔNIO DE RESENDE - Presidente

(*) Em cumprimento ao disposto em seu art. 3º da Resolução nº 659, de 30 de maio de 2011, republica-se a Resolução nº 633, de 3 de maio de 2010, devidamente consolidada.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 442º: *“A passagem ao ato na neurose e na psicose”*

Aos vinte e oito do mês de março de dois mil e doze, perante a Comissão Examinadora constituída pelos professores: Dra. Ângela Maria Resende Vorcaro (orientadora), Dra. Andréa Máris Campos Guerra e Dra. Fernanda Otoni de Barros-Brisset, a aluna **Gabriela Rodrigues Mansur de Castro**, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG, submeteu-se à defesa de sua dissertação intitulada *“A passagem ao ato na neurose e na psicose”* e, de acordo com os dispositivos regimentais, obteve aprovação de todos os membros da Comissão Examinadora. Do que para constar, lavrou-se a presente ata, que será assinada pela Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 28 de março de 2012.

XX

Ângela Maria Resende Vorcaro

Andréa Máris Campos Guerra

Fernanda Otoni de Barros-Brisset

Gabriela Rodrigues Mansur de Castro



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A Dissertação "*A passagem ao ato na neurose e na psicose*"

elaborada por **Gabriela Rodrigues Mansur de Castro**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM PSICOLOGIA

Belo Horizonte, 28 de março de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Ângela Maria Resende Vorcaro
(Orientadora)

Prof. Dra. Andréa Máris Campos Guerra

Prof. Dra. Fernanda Otoni de Barros-Brisset

Nádía Laguárdia de Lima