

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – Doutorado
Grupo de Pesquisa Estudos Culturais e Modos de Subjetivação

**ENTRE SILÊNCIOS E INVISIBILIDADES: OS SUJEITOS EM
CUMPRIMENTO DE MEDIDAS DE SEGURANÇA NOS MANICÔMIOS
JUDICIÁRIOS BRASILEIROS**



Mariana de Assis Brasil e Weigert
Tese

Professora Dra. Neuza Guareschi
Orientadora

Porto Alegre
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

GRUPO DE PESQUISA ESTUDOS CULTURAIS E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO

MARIANA DE ASSIS BRASIL E WEIGERT

**ENTRE SILÊNCIOS E INVISIBILIDADES: OS SUJEITOS EM CUMPRIMENTO
DE MEDIDAS DE SEGURANÇA NOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS
BRASILEIROS**

PORTO ALEGRE

2015

MARIANA DE ASSIS BRASIL E WEIGERT

**ENTRE SILÊNCIOS E INVISIBILIDADES: OS SUJEITOS EM CUMPRIMENTO
DE MEDIDAS DE SEGURANÇA NOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS
BRASILEIROS**

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Social e Institucional do
Instituto de Psicologia da
Universidade Federal do Rio Grande
do Sul.

Orientadora: Dra. Neuza Maria de
Fátima Guareschi

Linha de Pesquisa: Estudos
Culturais e Modos de Subjetivação

PORTO ALEGRE

2015

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS = Centro de Atenção Psicossocial

CF = Constituição Federal

CP = Código Penal

CPP = Código de Processo Penal

CSM= Centro de Saúde Mental

HPJ = Hospital Psiquiátrico Judiciário

HCTP = Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

IPF= Instituto Psiquiátrico Forense

IPFMC = Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso

LEP = Lei de Execução Penal

PAILI = Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

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

STF = Supremo Tribunal Federal

STJ = Superior Tribunal de Justiça

TJRS= Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul

VEPMA = Vara de Execuções de Penas e Medidas Alternativas

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi (Presidente – Orientadora)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Professora Dra. Cristina Mair Rauter

Universidade Federal Fluminense - UFF

Professora Dra. Fernanda Otoni de Barros-Brisset

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUCMINAS

Professora Dra. Jaqueline Tittoni

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Jamais me esqueço da história de uma mulher que foi presa em uma cela forte em um hospício e lá foi esquecida, a tal ponto que faleceu, de fome e frio! Tamanho era o descaso que, somente muitos anos depois, seu corpo foi encontrado, já petrificado. A silhueta mumificada indicava o tanto de sofrimento naquela mulher em posição fetal, em completo abandono. Seu crime era ser louca! Curiosamente a marca da silhueta não saiu com nenhum produto de limpeza, nem mesmo com ácidos. Ficou ali como denúncia e grito de dor. Quando a direção soube que a notícia estava correndo para fora do hospício, mandou arrancar o piso (Amarante, 2007, p. 62).

AGRADECIMENTOS

Antes de ingressar no doutorado em psicologia social deste programa, meus planos eram outros, seguir no direito, ainda que cada vez me sinta mais desestimulada dentro dele. Até que um dia, por conhecer a minha identificação com a psicologia social e meu desejo de me aproximar mais de seus estudos, Salo me sugeriu o doutorado em ‘psico’. Eu jamais havia pensado seriamente nisso, pois me parecia impossível que o doutorado pudesse ser fonte de tanto prazer. Apesar de não conhecer a Neuza, já havia lido alguns de seus trabalhos e já a admirava teoricamente. Decidi, então, realizar o anteprojeto e tentar a aprovação nesse doutorado ‘diferente’ e, obviamente, sugeri como orientadora a professora doutora Neuza Maria de Fátima Guareschi.

Desde a aprovação, passaram-se pouco mais de quatro anos e estou absolutamente convicta de que ter-me agarrado a esse projeto foi o melhor que fiz em minha vida acadêmica, entrando no doutorado, no nosso grupo, e fruindo de todo o enorme conhecimento que ao longo desses anos me foi proporcionado. Depois da Inês, nossa filha, aquela ideia tão maluca em um entardecer chuvoso, foi o melhor presente que o Salo poderia ter-me dado. Agora, então, quando da conclusão deste trabalho, o primeiro de todos os agradecimentos é a ele, por desmanchar um a um os meus castelos de areia e me mostrar que é possível ser feliz de outra forma.

Mas nada disso ter-se-ia realizado, se a Neuza não tivesse me acolhido e apostado em mim desde os primeiros encontros do grupo. Ela está para muito além de uma orientadora, é um ser humano incrível: firme, forte, amiga, generosa e, ainda, junto ao querido Glênio, cozinha como ninguém. Neuza, tu és, sem dúvida, a melhor professora-orientadora que a vida poderia ter-me dado: atenta, atenciosa e preocupada, exatamente como penso que um orientador deva ser. Tens uma visão incrível das coisas e consegues organizar de maneira irretocável aquilo que quero dizer, ensinando-me a substituir todos os “porque” por “como”. Muito, mas muito obrigada, por receber esta ‘alienígena’ de braços e coração abertos, obrigada pela aposta, pelos puxões de orelha, pelo conhecimento compartilhado, mas, sobretudo, pela amizade que levaremos para sempre.

No mesmo sentido agradeço a cada um dos amigos que fiz em nosso grupo de pesquisa E-politics. Dentre tantas pessoas especiais que por ele passaram, destaco: Alessandra Miron, Carolina dos Reis, Daniel Ecker, Karla Nunes, Leticia Lasta, Lilian Cruz,

Luciana Fossi, Luciana Rodrigues, Lutiane de Lara, Oriana Hadler, Rodrigo Kreher, Wanderson Vilton e Zuleika Gonzales. Obrigada pela paciência com a minha formação em direito, pelas tardes de risadas, afetos e tantos aprendizados teóricos compartilhados.

Em especial Carolina dos Reis, Lutiane de Lara e Oriana Hadler, foram amigas incansáveis e imprescindíveis ao amadurecimento desta tese, ajudando-me a pensar e repensar desde o mais óbvio até o mais complexo conceito da psicologia. De igual forma, Rafaela Brasil e sua dissertação de mestrado contribuíram muito para o entendimento de algumas questões específicas dos manicômios judiciários.

A querida amiga e professora Maria Palma Wolff teve a generosidade de me abrir as portas do Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio Cardoso em um momento conturbado em que recém assumira a direção. Além do cotidiano manicomial testemunhei sua luta incansável na desconstrução de dogmas que foram erguidos junto aos tijolos que alicerçam cada uma das paredes do manicômio judiciário.

Agradeço ainda às queridas professoras que prontamente aceitaram em compor a banca, abrindo uma brecha em suas agendas a fim de se fazerem presentes neste momento tão importante para mim: Cristina Rauter, Fernanda Otoni, e Jaqueline Tittoni. E além delas, Cleci Maraschin, presente na banca de qualificação. Meu agradecimento é enorme não só pela qualidade de cada uma das professoras, mas pela certeza de que suas contribuições são muito relevantes para o trabalho.

Carolina Spina, Isadora Albornoz e Natalie Pletsch foram os presentes que ganhei da Ritter. Lecionar ficava mais feliz quando conseguíamos nos encontrar antes ou depois das aulas, nem que fosse para um beijo, um abraço e um café muito mais rápidos do que gostaríamos. Professoras sérias e competentes conseguem ser ainda melhores amigas, que sofreram junto e me incentivaram sempre em que a tese insistia em não terminar.

No campo do direito, mas nem tanto, Daniel Achutti e Raffaella Pallamolla, minha irmã quase de sangue, são os parceiros de sempre e de todas as horas. Ambos amigos de faculdade de diferentes momentos, construíram comigo essa caminhada acadêmica, desde a participação nas primeiras mostras de iniciação científica. Acompanharam-nos inclusive na realização do doutorado sanduíche na úmida e fria Bologna. Bologna ficou mais quente porque vocês dividiram conosco mais esse projeto, além dos cálices de vinho e de cada prato de pasta, é claro.

Ainda na Itália, o professor Pavarini, com seu enorme conhecimento, generosidade e afeto fizeram dessa pesquisa mais leve e interessante. Sua brusca e prematura partida jamais apagará o gigantismo de sua sabedoria e de seu coração. Igualmente Ernesto Venturini, ajudou-me a compreender questões cruciais acerca do tema aqui abordado. Estes senhores não me conheciam e não tinham o menor motivo para investirem em mim e, no entanto, me sorriram e acolheram desde os primeiros contatos.

Além deles, José Carlos Moreira da Silva Filho, pensador e amigo inominável – em um momento inicial em que eu ainda buscava um tema instigante para o doutorado em direito – me acolheu da maneira carinhosa como todo ele o é. Ele, Maria Tereza Flores Pereira, Valentina e Rafaela, são a família que escolhemos. Os fins de semana com as gurias são menos exaustivos e mais divertidos porque temos esses queridos irmãos ao nosso lado.

A irretocável correção do português de Thaís Weigert, a minha Tia Taim, que com seus incansáveis olhos azuis leu e releu linha a linha deste trabalho, foi absolutamente imprescindível. Seu amor e dedicação me fazem feliz desde os primeiros dias de vida e contar com ela na finalização do texto trouxe conforto e segurança em momentos que nem sempre são fáceis na elaboração de uma tese.

A Gabriela de Carvalho, minha cunhada-irmã do coração, também agradeço imensamente na realização do abstract e na discussão e pesquisa dos termos específicos que nos pareciam intraduzíveis. Lia Weigert Bressan, minha prima-irmã, bem mais irmã do que prima, também foi fundamental em detalhes e regras de formatação que eu sequer sabia que existiam.

Agradeço com todo o meu carinho a Neder Lopes da Rosa, Maria Rita de Assis Brasil, Lia Weigert Bressan, Tainara Rigotti e Vera Barcellos, mulheres que carrego no coração e que me ajudam sempre no cotidiano com a pequena Inês. Logo descobri que escrever uma tese com ela fora da barriga era bem mais difícil do que um projeto com ela dentro – como ocorreu em 2012, para a qualificação – e sem cada uma delas essa jornada teria levado muito mais tempo.

Dos amores mais próximos obviamente meu pai e minha mãe são os responsáveis por tudo isso. Ela sempre foi, é e será meu norte, meu porto seguro, minha melhor amiga e companheira, a primeira a quem recorro em qualquer situação. Ele – ainda que sem saber muito de que forma – gerou em mim o fascínio pela Academia, pelo conhecimento, pelo

barulho da máquina de escrever de madrugada. Quando eu era pequena o Tio Memo (Adelmo Genro Filho) se inquietava e dizia ao pai e à mãe: “A Mariana não sofre contradições”. Isso, hoje percebo, se deve ao fato de que meu pai e minha mãe, pessoas de gênios tão opostos, sempre foram muito parecidos e parceiros na forma de olhar o mundo e isso fez e faz toda a diferença para que eu me tornasse quem sou. Se tenho um olhar condescendente com o outro, especialmente os mais vulneráveis, devo isso a eles indubitavelmente.

Dos amores menos antigos, mas ainda mais viscerais, Salo e Inês são o colorido que a vida me proporcionou. Ele bagunça o meu mundo, põe tudo de pernas pro ar e me faz ainda mais feliz. Subverte o meu superego, mas também briga com o meu *id*, me dando sempre exatamente o oposto do que seria o esperado, reinventando tudo. Ela sorri com seus olhos de jabuticaba e seus cachinhos e põe tudo abaixo de novo, derretendo em mim cada pedacinho da firmeza que o mundo diz que uma mãe deve ter. Desde que nasceu, passei a ser coadjuvante de mim mesma, fazendo dos dela os meus desejos, fazendo de seu sorriso um imperativo para a vida.

Minha Vó Ignez, uma das pessoas que mais amei e que mais me amou nessa vida, faleceu pouco depois de eu ter a notícia da aprovação no doutorado. Ela sabia que estava doente e que seu prognóstico era ruim, talvez por isso tenha se encarregado de ir se despedindo do mundo. Em uma conversa, disse à minha mãe que se orgulhava de mim porque “ela vai indo, devagarinho, sem fazer alarde e acaba chegando onde quer”. Neste momento de conclusão desta etapa, penso muito nela, no ser humano que me ajudou a ser e nos caminhos que tracejo na vida. E se neste momento me sinto exatamente como a Vó confidenciou à mãe, isso só é possível pelo apoio de cada uma dessas pessoas. Muito, mas muito obrigada por tudo.

Dedico esta tese aos dois amores que desde sempre me enlaçam à Academia. Sergio Weigert, meu pai, é o responsável por eu ter feito da sala de aula o meu chão e da busca pelo conhecimento uma escolha de vida. Quando eu tinha quatro anos me levou para assistir a uma aula de filosofia. Ao lhe indagar o que era filosofia, palavra ainda difícil de pronunciar, me respondeu: “Filosofia, minha filha, é pintar o cinzento de cinzento”. Isso constitui um ser humano, seus interesses e a forma como olha o mundo. Isso faz com que aquela menininha, ao crescer, queira munir-se da tinta que pinta o cinzento de cinzento a cada dia.

Mais ainda quando se chega à faculdade e se descobre um professor de direito penal, como nenhum outro jamais seria. Salo era inteligente como poucos, estudioso como poucos, entusiasmado como ninguém. Antes de me apaixonar por ele, me apaixonei por sua ideias e ideais, mas, sobretudo, pela forma como fazia e faz do saber aquilo que realmente o move.

Quando olho para estes dois barbudos, o filho da Ignez e o pai da Inês, com um livro do velho Marx nas mãos, desisto de vencer Electra e me rendo a todos os seus encantos. Eles são a inspiração acadêmica que me constitui e se hoje escrevi uma tese ela está irreversivelmente atravessada por eles.

RESUMO

Esta tese estuda o cumprimento das medidas de segurança no Brasil contemporâneo, a fim de compreender o impacto da Reforma Psiquiátrica e da Lei nacional 10.216/01 no campo dos considerados loucos criminosos. Para tanto, apresento a lógica periculosista voltada a esse grupo de sujeitos vulneráveis, examinando a maneira como ela se constitui e se mantém. Tendo como referencial teórico fundamentalmente as obras de Foucault e de Agamben, faço o mapeamento dos mecanismos atuantes no campo do considerado louco infrator que autorizam e legitimam as mais diversas violências contra os internos dos manicômios judiciários brasileiros. Esta tese, pois, centra-se nas seguintes questões: que mecanismos existem nos campos das práticas punitivas que anulam as conquistas realizadas no campo da saúde mental (Reforma Psiquiátrica)? Como as expressivas mudanças trazidas pela Lei 10.216/01 têm repercutido na forma de lidar com os loucos infratores? A partir da obra *Os Anormais*, de Foucault, discuto como ocorre a fusão entre as ciências jurídicas e psiquiátricas voltando-se a esse sujeito que não é nem considerado propriamente doente nem propriamente criminoso, mas um anormal. Para realizar tal objetivo, foram analisados materiais como: entrevista com Ernesto Venturini, anotações realizadas após visitas ao IPFMC de Porto Alegre, censo 2011 sobre hospitais psiquiátricos judiciários no país, Dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei 10.216/01, elaborado pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) do Ministério Público Federal (MPF), Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira (Lei 10.216/01) e Lei da Reforma Psiquiátrica italiana (Lei 180). Parte da investigação foi realizada na Universidade de Bologna, Itália, sob a orientação do criminólogo Massimo Pavarini, para compreender de que maneira o país vem tratando o cumprimento das medidas de segurança e como a Reforma Psiquiátrica tem propugnado mudanças no tratamento do considerado louco infrator. Como resultado da tese aponto que a união entre ambos os campos do saber gera um terceiro discurso, algo distinto daquilo que sozinhas produzem as ciências *jus* e as ciências *psi*. Já que não há uma epistemologia própria, nas práticas voltadas a esses indivíduos não há uma limitação adequada, não há freios, porque também não há uma ciência definida, mas o entrelaçamento entre duas. E se é assim, o que ocorre é a legitimação de condutas violadoras de direitos que atuam sobre o considerado louco infrator, muitas vezes, de maneira inclusive letal. Pessoas amontoadas em manicômios judiciários, diferenciadas dos demais considerados loucos pelo fato de terem praticado um crime, e nas quais é possível incidir não porque a ciência médica ou jurídica simplesmente determine, mas porque a união desses saberes cria um discurso próprio voltado a um sujeito próprio chamado de anormal.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, manicômios judiciários, anormais, periculosidade, medida de segurança.

ABSTRACT

This thesis analyses the implementation of compulsory hospitalisation in Contemporary Brazil in order to understand the impact of the Psychiatric Reform and the National Law 10.216/01 on the considered insane offender field. Therefore, it presents the dangerous logic focusing on this group of vulnerable subjects, observing how it constitutes and maintains. Through the guidance of Foucault and Agamben's works, it maps the mechanisms operating in the considered insane offender field, which authorize and legitimize the most diverse violence against inmates in Brazilian legal mental institutions. The central question of this thesis is, therefore, what are the existing mechanisms in the punitive practices field that nullify the achievements made in the mental health field (psychiatric reform)? How have the significant changes introduced by the Law 10.216/01 been reflecting in dealing with insane offenders? From Foucault's *Os Anormais* book, I discuss how the merger between legal and psychiatric sciences occurs, focusing on this subject that is neither properly considered mentally ill nor strictly criminal, but an abnormal. To accomplish this objective, many resources were analysed, such as an interview with Ernesto Venturini; notes made after visits to IPFMC in Porto Alegre; the 2011 census on legal mental institutions in the country; data from the Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN); researches on compulsory hospitalisation and Custody Hospitals and Psychiatric Treatment under the Law 10.216/01, carried out by the Federal Attorney for Citizens' Rights (PFDC) of the Federal Public Ministry (MPF), the Brazilian Psychiatric Law Reform (Law 10.216/01) and the Italian Psychiatric Law Reform (Act 180). Part of this research took place at the University of Bologna, Italy, under the co-direction of the criminologist Massimo Pavarini, in order to understand how the country has been dealing with the compliance of the compulsory hospitalisation and how the Psychiatric Reform has advocated changes in the considered insane offender treatment. As a result, this thesis states that the union between the two fields of knowledge generates a third stream/speech, something different from what the *jus* sciences and the *psi* sciences produce alone. Since there is not a specific epistemology, practices aimed at these individuals do not have a limitation; there are no brakes, because there is not a well-defined science, but a merge between those two. And, as consequence, what eventually occurs is the legitimation of conducts that violate rights, acting against the considered insane offender, often in lethal ways. People crowded in legal mental institutions, differed by the other so-called "crazy people" just by the fact of having committed a crime. The law is applied to them not by imposition of medical science or legal science, but because the union of these two fields creates its own discourse, which is addressed to a person considered abnormal.

Keywords: Psychiatric Reform, legal mental institution, abnormal, dangerous, compulsory hospitalisation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Materiais utilizados: procedimento de pesquisa.....	17
1.2 Organização da tese.....	29
2. CADA CULTURA COM SUA LOUCURA: A PERICULOSIDADE NOS DISCURSOS DO DIREITO E DA PSICOLOGIA.....	33
2.1. <i>Folie et Dérison, Histoire de La Folie à L'âge Classique.....</i>	<i>34</i>
2.1.1. A Loucura na Idade Média.....	35
2.1.2. A Loucura na Idade Clássica.....	37
2.1.3. René Descartes e a loucura desarrazoada.....	38
2.2. O Surgimento da psiquiatria.....	46
2.2.1. A apropriação do discurso psiquiátrico pelo direito penal.....	53
2.3. Direito Penal e psiquiatria: a origem da lógica periculosista.....	54
2.4. A psiquiatria tomada pela criminologia.....	58
2.5. O surgimento da psiquiatria e da criminologia no Brasil.....	62
2.5.1. A criminologia brasileira.....	65
3. O ESTATUTO JURÍDICO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO.....	68
3.1. Fundamentos e sistemas de responsabilização penal no Brasil.....	69
3.1.1. Espécies de penas e medidas no sistema normativo brasileiro.....	71
3.2. A Produção da verdade jurídica: sistemas processuais e a produção da prova.....	75
3.2.1. Sistema Inquisitório e a Prova Tarifada.....	75
3.2.2. A prova pré-valorada: o sistema Prova Tarifada.....	78
3.2.3. O Sistema Acusatório e a Livre Apreciação das Provas.....	80
3.2.3.1. A Livre Apreciação das Provas.....	83
3.2.3.2. Produção da verdade processual: a prova pericial.....	86
3.3. A Produção da verdade psiquiátrica: o laudo.....	87
3.4. Estatuto jurídico da Medida de Segurança.....	92
3.4.1. O Código Penal atual e a regulação das Medidas de Segurança.....	94

3.4.2. O Incidente de Insanidade Mental: o conteúdo da perícia <i>psi</i> e o discurso de autoridade na decisão judicial.....	96
3.4.3. Execução das Medidas de Segurança.....	99
4. MANICÔMIOS JUDICIAIS, DISCIPLINAS E BIOPOLÍTICA: O (DES)INVESTIMENTO NA VIDA E A REVERSIBILIDADE DO DISCURSO DOS DIREITOS HUMANOS.....	104
4.1. A reversibilidade dos direitos humanos.....	108
4.2. Corpo nu, vida nua: manicômios no limiar do campo.....	113
4.3. Rupturas na lógica periculosista: as reformas psiquiátricas.....	124
4.4. Psiquiatria, o saber irreformável: o surgimento da antipsiquiatria.....	130
5. O IMPACTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NO CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA.....	140
5.1.O cumprimento das Medidas de Segurança no Brasil contemporâneo: números que falam pelos que calam.....	141
5.2.A viragem na pesquisa: loucura e crime na Reforma Psiquiátrica italiana....	148
5.2.1. 31 de março de 2015: uma data a ser comemorada?.....	158
5.3. PAI-PJ e PAILI: Reforma dentro da Reforma.....	160
5.4. Subversão da lógica periculosista.....	171
5.4.1. Periculosidade: difícil conceito de fácil utilização.....	172
5.5. A (des)responsabilização do considerado louco-infrator.....	176
5.6. A Reforma Psiquiátrica como mudança paradigmática no tratamento jurídico do sujeito em Medida de Segurança.....	178
5.6.1. Formas distintas de responsabilização jurídica: flertando com a desessencialização.....	181
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	188
6.1. O início de um caminho sem volta: o processo criminal.....	188
6.2. Entrelaçando os fios e tecendo algumas ideias.....	199
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	204

1. INTRODUÇÃO

O que me moveu em direção à presente tese foram visitas realizadas ao manicômio judiciário de Porto Alegre, especialmente à ala feminina. Especificamente uma imagem é o que me conduz por essa investigação: uma senhora, a quem chamarei Maria, no frio que ainda fazia em setembro em Porto Alegre, nua abaixo da cintura e suja de fezes, vagava pela galeria do bloco E do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. Fiquei muito tocada com a cena daquela mulher mais velha e provavelmente esquecida no manicômio judiciário, como tantos outros. A primeira coisa que pensei foi nos mecanismos que autorizam e legitimam a condição indigna em que vivem todos os internos, mas, em especial, as internas dos manicômios judiciários. Por que se permite que Maria esteja nesta situação e quais os dispositivos que agem no sentido de que ela ali se mantenha?

Em um primeiro momento, ainda com as ideias bastante abstratas, desejava estudar na tese as mulheres em situação de medida de segurança. Todavia, na banca de qualificação, compreendi, como referiu Fernanda Otoni, que “as violências praticadas nos manicômios não possuem gênero”. Assim, esta investigação acabou tendo por objeto todo o universo de pessoas que são consideradas loucas e infratoras, ou seja, indivíduos a quem o sistema de punição absolveu, por compreender que não tinham, ao tempo da ação ou omissão, condições de entender o caráter ilícito do fato, ou atuar de acordo com esse entendimento (assim refere o código penal brasileiro acerca daqueles que serão entendidos como inimputáveis, ou seja, não podem ser destinatários da lei penal, não cometem crimes, porque loucos). Não obstante as absolvições, esses sujeitos deverão cumprir medida de segurança, em regime ambulatorial (visitas ao hospital somente) ou de internação, configurando um sistema de responsabilização penal *sui generis*.

Ocorre que há mais de dez anos foi promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, Lei 10.216/0, que determina que as pessoas portadoras de sofrimento psíquico ou mental não devem ser internadas, a não ser em casos excepcionais, pois, nos demais, serão tratadas junto à comunidade. Apesar disso, no Brasil, quando se pensa a questão do considerado louco que é também infrator, como regra não se menciona a possibilidade de que esses sujeitos sejam beneficiados por essa lei de saúde pública.

Desde os primeiros contatos entre direito e psiquiatria – disciplinas que historicamente assumiram uma espécie de legitimação absoluta ao abordar-se o tema – a lógica estabelecida parece ser a de que esta loucura que realiza delitos é diferente, é uma

loucura perigosa que não poderia ser abarcada por uma lei de saúde pública. Deste modo, onde entra o crime, esquece-se ou menospreza-se o fato de que o sujeito é também considerado louco e que seria, pois, destinatário da Lei da Reforma Psiquiátrica. A ele, em geral, será determinada a reclusão em um manicômio judiciário por força fundamentalmente do risco social que apresenta.

Em outras palavras, iniciada a pesquisa, a primeira indagação que surge e que origina a principal questão da tese é: por que os considerados loucos infratores estão ainda internados – em condições precaríssimas – nos manicômios judiciários se há uma lei no Brasil (Lei 10.216/01) que disciplina que a internação de portadores de sofrimento psíquico só deve ocorrer em situações excepcionais?

A importância em se mapear algum tipo de resposta a este questionamento reside no fato de que os manicômios são conhecidos pelas práticas violentas perante sua clientela, ou seja, a história dos manicômios brasileiros é uma história crivada de horrores, marcada pela sistemática violação aos direitos dos internos.

Neste sentido é que parece ser relevante a temática do presente estudo, pois entender quais os mecanismos que atuam como sustentáculos de um modelo em que a situação do considerado louco infrator parece ser imune inclusive a quaisquer questionamentos, qualquer possibilidade de mudança é imprescindível na desconstrução de tal racionalidade.

Esta é, pois, a questão problemática que a tese se propõe a investigar: **quais os mecanismos existentes nos campos das práticas punitivas que anulam as conquistas realizadas no campo da saúde mental (Reforma Psiquiátrica)? Como as expressivas mudanças trazidas pela Lei 10.216/01 têm repercutido na forma de lidar com os loucos infratores?**

Neste sentido, passo a apresentar a materialidade da pesquisa, ou seja, os documentos que analisei a fim de discutir essa trama crime/loucura que vai sendo tecida a partir de determinados regimes de verdade. O objetivo é o de desnaturalizar e desmembrar essa rede, que passa também pela forma como fomos e estamos subjetivados em relação ao que se pensa e se diz sobre crime-loucura-punição.

1.1 Materiais utilizados: procedimento de pesquisa

a) **Visitas ao IPFMC de Porto Alegre:** Entre janeiro e maio de 2012 realizei visitas ao Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, manicômio judiciário de Porto Alegre, a fim de observar como vinha sendo realizado o cumprimento das medidas de segurança das

mulheres. Como antes exposto, o objetivo inicial da tese era o de observar de que modo vinha se dando, contemporaneamente, em Porto Alegre, a internação das mulheres no IPFMC.

As anotações realizadas no diário de campo ajudaram a perceber inúmeras questões no que se refere à rede articulada em torno daquele que é considerado louco infrator. Embora o foco não seja o gênero, participar de oficinas realizadas com as pacientes, das reuniões de trabalho entre os funcionários do IPF e a então diretora da instituição foram, sem dúvida, experiências importantes para a possível compreensão de como se dá o entrelaçamento entre as áreas *jus* e *psi*¹ e como o seu produto pode ser perverso e violento.

A narrativa de uma antiga funcionária do hospital configura-se em bom exemplo: algumas funcionárias do IPF reuniram-se para elaborar um programa com o intuito de viabilizar às pacientes a prática de relações sexuais, ainda que internadas na instituição. Ao apresentarem a proposta na reunião de equipe do manicômio, as funcionárias que haviam realizado o plano viraram motivo de chacota por parte dos funcionários homens, principalmente. Os colegas trataram o assunto como se fora um capricho o exercício da sexualidade das internas do IPF, como se o assunto fosse algo absolutamente desnecessário e até inadequado quando se fala em mulheres loucas e infradoras.

Apresento esta passagem para exemplificar a forma pela qual as pessoas consideradas loucas e infradoras têm sido tratadas nos manicômios judiciários brasileiros. As visitas ao IPFMC ajudaram a mapear os mecanismos violadores de direitos que acabam por assujeitar os indivíduos em cumprimento de medidas de segurança e de que maneira tais dispositivos se conectam à racionalidade periculosista oriunda do terceiro discurso, fruto da fusão do direito com a psiquiatria.

Importa salientar que o terceiro discurso é tratado por Foucault em *Os Anormais* (2002b), ao discutir o laudo psiquiátrico utilizado no processo judicial como prova das faculdades mentais do acusado. O autor ressalta que o laudo busca apresentar algo que é de uma terceira ordem, que não é nem propriamente do direito, nem propriamente da psiquiatria, que surge da união das ciências *jus* e *psi* e funda essa racionalidade voltada aos “anormais” (Foucault, 2002, p. 52).

Considero, como abordado na tese, que o laudo é o grande símbolo da união entre ambos os saberes, que bem mais do que enunciar a condição mental do sujeito demonstra,

¹ Importante referir que os prefixos *jus* na presente tese identificam discursos do Direito dogmático e da Criminologia ortodoxa e positivista, bem como o termo *psi* pretende identificar correntes da psicologia que aderem e se submetem à psiquiatria clássica e é exatamente por isso que toda a crítica aqui realizada à psiquiatria se refere, por extensão e identificação, a tais correntes da psicologia.

isso sim, o quanto no campo da loucura misturada ao crime exsurge um terceiro discurso, que acaba originando essa lógica voltada ao anormal, este sujeito que não é nem doente, nem criminoso, mas louco-infrator-perigoso.

b) Caso “João”², paciente interno no IPFMC: Do convívio no IPFMC, tomei conhecimento do caso de João, interno no IPF há 16 anos, que teve a sua punibilidade extinta há quatro anos, ou seja, em 2011 o Estado penal decidiu que este sujeito não pode mais ser punido, e no entanto, segue recluso no manicômio judiciário gaúcho. Diferentemente dos demais casos do IPF que foram discutidos ao longo do trabalho, esse caso será trabalhado somente no momento das conclusões, porque é essa imagem, eu acredito, que torna mais clara a proposta da tese. A situação desse paciente proporcionou verem-se materializadas as discussões teóricas abarcadas no presente trabalho e possibilitou a avaliação das engrenagens dessa maquinaria voltada ao “anormal” (Foucault, 2002b).

c) Romance Jerusalém, de Gonçalo Tavares: O livro traz vários contos emaranhados por histórias pessoais, tendo como pano de fundo os horrores do holocausto. Theodor Busbeck, renomado médico, através de acontecimentos parecidos, traça um gráfico para avaliar qual grupo irá sofrer e qual será o carrasco desse sofrimento; uma ferramenta racional para determinar os sintomas da sociedade, uma observação do horror em relação ao tempo.

Mylia apresenta traços de esquizofrenia e afirma já no primeiro encontro com Theodor que é doente. Devido a sua loucura, é internada pelo médico, então seu marido, no manicômio Georg Rosenberg, e lá viverá por muito tempo.

A obra oferece importantes ferramentas para pensar as questões de pesquisa, tendo em vista que revela a diversidade inerente ao fenômeno da loucura. Ilustrar as construções teóricas com a narrativa é interessante porque o romance de Tavares propõe um “questionamento dos estereótipos e preconceitos que circulam socialmente acerca do louco, buscando deslocar a visão do senso comum sobre a questão da loucura” (Silva, 2008, p. 11). Neste sentido, como tantas outras obras que retratam o tema,

apresenta um caráter emancipatório em relação à figura do louco e da loucura, atuando como espaço de questionamento acerca do sentido real de determinadas normas sociais, invertendo padrões de conduta que são rotulados normais ou anormais e debatendo o que significa

² A fim de que não haja exposição do paciente em questão, seu nome verdadeiro será mantido em sigilo, sendo-lhe atribuído o nome fictício “João” ao longo do trabalho.

ser louco e o estatuto da loucura dentro de determinada comunidade e época (Silva, 2008, p. 11).

Assim, por entender que a literatura se constitui como discurso que recupera, assimila, recusa ou questiona os valores sociais que a alicerçam (Silva, 2008, p. 7), este ramo do saber parece contribuir de maneira expressiva para a investigação aqui proposta.

d) A Custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011, de Débora Diniz:

Este censo organizado e realizado por Débora Diniz, publicado em 2011, pesquisou os manicômios judiciários, a fim de mapear o perfil da população que vivia nos 26 HPJs brasileiros em 2011.

O censo dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) foi um estudo quantitativo e qualitativo com técnica de análise documental dos dossiês das 3.989 pessoas que viviam nos 26 ECTPs do país em 2011. As informações levantadas foram de três tipos: 1. Dados sociodemográficos (sexo, idade, cor, escolaridade e profissão), 2. dados sobre o itinerário jurídico (infração penal, motivo da internação, execução penal, permanências, desinternações e recidivas) e 3. dados sobre saúde mental (diagnósticos psiquiátricos, tipo de responsabilidade penal, exames de cessação de periculosidade, laudos médico-periciais e prazos) (Diniz, 2013, p. 21).

O documento foi fundamental porque permitiu visualizar quem são as pessoas em cumprimento de medida de segurança e o que mudou em relação às práticas estabelecidas nos manicômios judiciais após a promulgação da Lei 10.216/01, Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira. O documento também levou-me a pensar se haveria diferença no perfil das pessoas internas nos diferentes manicômios judiciais do país, dado bastante relevante quando o intuito é o de avaliar se o discurso que exsurge da união entre direito e psiquiatria realmente se constitui em um uníssono voltado a todos os abarcados pelo rótulo de louco criminoso.

e) Dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN): a fim de analisar o

número de pessoas em medidas de segurança atualmente no Brasil e qual a proporção se comparados aos índices de encarceramento, foram utilizadas as últimas estatísticas apresentadas pelo Departamento Penitenciário Nacional Brasileiro. Tais dados em relação a medidas de segurança são relevantes pois podem também expressar se houve diferença após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo em vista que há estatísticas disponíveis desde 2000 e a Lei foi criada em 2001.

f) **Jurisprudência:** Jurisprudência é como comumente são chamados os julgados proferidos pelos desembargadores, juízes de segunda instância (Tribunais de Justiça), ou pelos Ministros do Supremo Tribunal Federal ou Superior Tribunal de Justiça. Tais documentos serviram, na tese, para compreender de que maneira os tribunais têm avaliado sobretudo a questão da duração das medidas de segurança. Tendo em vista que a Constituição Federal e o Código Penal nada referem acerca do tempo máximo de imposição da medida de segurança, as decisões jurisprudenciais acabam se tornando importante indicativo no que se refere às práticas do Poder Judiciário brasileiro.

Manter as pessoas internadas nos HPJs é violação de direitos humanos e, neste sentido, as decisões dos tribunais também auxiliam na observação de iniciativas alternativas à internação perpétua, isto é, ainda que a legislação não refira o prazo máximo da internação, os juízes poderão fazê-lo. E é nesta questão que se faz imprescindível a análise da jurisprudência.

g) **“Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei 10.216/01”, elaborado pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) do Ministério Público Federal (MPF):**

Conforme consta da parte introdutória do parecer:

Uma comissão multidisciplinar constituída por reconhecidas autoridades em atenção psicossocial foi convocada a realizar uma análise da legislação penal, processual penal e da lei de execuções penais (LEP) no tocante ao cumprimento de medidas de segurança, tanto ambulatoriais, quanto em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), à luz da lei n. 10.216/2001, da qual resulta este parecer sobre o tratamento jurídico-legislativo dispensado à pessoa com transtornos mentais em conflito com a lei, cumprindo medidas de segurança no país, visando a:

(a) fornecer elementos para a definição de estratégias e metas de atuação do Ministério Público Federal com relação às políticas públicas em Atenção Psicossocial voltadas para esse específico grupo de pessoas; (b) garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei por meio de efetiva política pública de saúde mental; (c) melhorar os índices de eficiência das políticas institucionais concernentes às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei; (d) ser um instrumento de diálogo no avanço das políticas públicas em Atenção Psicossocial; (e) reafirmar antigas reivindicações do movimento social, dos trabalhadores em saúde mental, familiares, usuários e acadêmicos, que apesar de serem reiteradamente apresentadas e debatidas ainda não foram atendidas pelo poder público; (f) verificar se a Política Nacional de Saúde Mental vem sendo efetivada nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico;

A metodologia de elaboração desse documento está embasada em pesquisas bibliográficas de textos teórico-acadêmicos, documentos oficiais e legislação já existentes (PFDC-MPF, 2011, p. 10).

Tal documento é importante fundamentalmente por apresentar dados referentes às políticas antimanicomiais aplicadas ao campo do cumprimento das medidas de segurança no Brasil, especificamente os programas PAI-PJ e PAILI. Através do parecer se pôde observar os resultados de ambos os programas, no que concerne à reincidência dos usuários dos programas e também ao número de pessoas atendidas por cada um deles. Tais índices parecem relevantes no sentido de verificar se há discrepância entre o medo imposto pela lógica periculosista e a realidade, ou seja, se se confirma a ideia de que os considerados loucos infratores têm de ficar internados, afastados dos demais membros da sociedade, tendo em vista que na primeira oportunidade voltarão a delinquir.

h) **Código Penal:** O Código Penal brasileiro, Lei que traz o regramento geral no Brasil sobre direito penal e também elenca a maioria das condutas criminosas do país, foi fundamental para se conseguir compreender a questão da responsabilização do considerado louco infrator em nosso ordenamento jurídico. A partir de sua análise foi possível verificar de que forma têm sido responsabilizadas criminalmente as pessoas que são consideradas inimputáveis e semi-imputáveis, ou seja, pessoas que não entendiam completamente o fato que estavam praticando no momento da conduta.

i) **Código de Processo Penal:** diferentemente do Código Penal, o Código de Processo Penal disciplina as regras referentes ao próprio processo judicial. Se o Código Penal elenca os crimes e as respectivas penas, o Código de Processo determina a maneira pela qual o procedimento deverá ocorrer, descrevendo, por exemplo, prazos a serem seguidos, recursos processuais cabíveis ou a maneira como certa prova é admitida no processo judicial.

Neste sentido, tal documento foi extremamente útil, principalmente no segundo capítulo do trabalho, quando ajudou a discutir a questão da produção da verdade jurídica e psiquiátrica no processo penal. A partir do conhecimento dos artigos do Código, por exemplo, se pôde analisar como a perícia deveria ser utilizada e como o laudo psiquiátrico (perícia) acaba sendo utilizado pelo julgador. Toda essa discussão leva a conclusões importantíssimas para a questão problemática da tese, tendo em vista que a perícia

psiquiátrica pode ser entendida como a grande expressão da lógica voltada aos “anormais” (Foucault, 2002b).

j) Constituição da República Federativa do Brasil: A análise do texto constitucional foi imprescindível para se mapear de que maneira a mais importante norma de nosso país previu o cumprimento das medidas de segurança. Ao observá-la foi possível perceber que há uma lacuna no que concerne à proteção dos sujeitos considerados loucos infratores internos nos manicômios judiciais. Diferentemente do que faz com a pena, em relação às medidas, a Constituição nada refere sobre direitos e garantias, o que acaba por gerar um vazio normativo que pode, de alguma forma, propiciar ou facilitar violações de direitos humanos nas práticas manicomialis.

k) Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, Lei 10.216/01: a lei da Reforma, promulgada em 6 de abril de 2001, dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A partir dela, o Brasil passou a compor o grupo de países com uma legislação coerente com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde.

A legislação regulamenta as internações involuntárias, colocando-as sob a supervisão do Ministério Público, órgão do Estado guardião dos direitos indisponíveis de todos os cidadãos brasileiros. Ademais, frisa que só deverá haver internação do portador de sofrimento mental em casos excepcionais, sendo regra o tratamento junto à rede pública de saúde mental e não o afastamento do convívio social.

A análise da lei foi relevante para se perceber que modelo de política de saúde mental – desde o ponto de vista do direito, ao menos – é pensado para o considerado louco que não é infrator, ou seja, quais os direitos que a lei estabelece como inerentes àquele que é considerado doente mental mas sem conflito com a justiça penal.

Ao mesmo tempo, aquilo que não está na lei também é importante à presente pesquisa, pois constatar que, em nenhum momento, é mencionada a situação dos considerados infratores é algo que também demonstra as opções realizadas pelo legislador quando da elaboração da norma. É, pois, dado que deve ser avaliado no sentido da comparação de regramentos destinados a um e a outro tipo de portadores de sofrimento mental, ou seja, os que infringem e os que não infringem o estabelecido pelo Estado penal.

l) Lei da Reforma Psiquiátrica italiana, Lei 180 ou Lei Basaglia: a partir da análise deste documento foi possível verificar que a lei da Reforma Psiquiátrica italiana, promulgada em 13 de maio de 1978, foi uma lei que efetivamente provocou rupturas em relação ao modelo de saúde mental vigente. Trata-se de uma lei de saúde mental e que, talvez por isso, em nenhum momento aborda a questão do louco que comete crimes, exatamente como a lei brasileira. Isso indica que a questão de que a lei de saúde não poderia legislar sobre questões de execução penal é algo que realmente tinha/tem eco no governo italiano. Verificado este dado, portanto, ajudou a pensar sobre o fato de que este argumento pode ser um dos motivos elencados por aqueles que confrontam as ideias antipsiquiátricas e antimanicomiais, ou seja, colocar um empecilho formal (lei) no intuito de barrar avanços desinstitucionalizantes no país.

m) *Istituzione Gian Franco Minguzzi (Bolonha/Itália):* orientada e acompanhada pelo professor orientador nos estudos na Itália, Massimo Pavarini, fui recebida pelos diretores da *Istituzione Gian Franco Minguzzi*, antigo manicômio de Bologna, o *Ospedale Provinciale Roncati*, fechado em maio de 1978, com a promulgação da Lei Basaglia. Em 1980 nasce a instituição como um centro de estudos e documentação da história da psiquiatria e marginalização social. Transforma-se em Instituição propriamente dita em 1988, quando recebe o nome de Gian Franco Minguzzi, psiquiatra, antigo secretário nacional do movimento Psiquiatria Democrática, que trabalhou ativamente com Franco Basaglia na implementação da lei e das práticas da Reforma Psiquiátrica italiana.

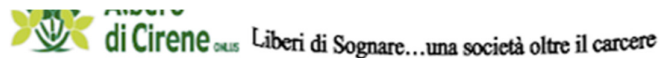
Frequentei a biblioteca e o acervo de documentos da instituição, buscando compreender de que forma havia operado a Reforma Psiquiátrica italiana e em que termos estava, atualmente, a política de saúde mental do país, fundamentalmente no que tange ao infrator. A partir da análise dos livros, artigos de revistas e sítio institucional da *Istituzione Minguzzi*, pude perceber que, mais de 30 anos depois da lei da reforma psiquiátrica italiana, os manicômios judiciários subsistiam. Aliás, exatamente naquele momento estava em vigor uma normativa que ordenava fossem imediatamente fechados os manicômios judiciais do país, tendo sido estabelecido o prazo de 31 de março de 2014 para tanto. Este dado foi extremamente relevante e, inclusive, acabou por mudar o caminho trilhado pela tese, como se verá.



Antigo Ospedale Provinciale Roncati e atual Istituzione Gian Franco Minguzzi

n) **Biblioteca Alessandro Baratta:** o professor Massimo Pavarini, orientador do período de pesquisa em Bologna, Itália, possibilitou-me o acesso à Biblioteca Alessandro Baratta, uma sala ligada à *Facoltà di Giurisprudenza, Università degli Studi di Bologna*, que comporta todo o acervo da biblioteca pessoal do professor Baratta, autor reconhecido da Criminologia Crítica, falecido em 2002. O contato com o acervo da sala Baratta possibilitou-me pensar inúmeras questões da tese, pois ali acessei as principais bibliografias jurídicas italianas referidas no trabalho.

o) **Evento *Il Carcere, una realtà nascosta: punizione o recupero della persona?***: O seminário realizado dia 10 de fevereiro de 2014, organizado para discutir as questões penitenciárias da Itália, teve como disparador o documentário “*I Giorni Scontati, appunti sul carcere*”, di Germano Maccioni. Um dos palestrantes recebidos foi Francesco Maisto, juiz de execução penal do Tribunal de Bologna. Na ocasião ele explicou sua posição acerca do cumprimento das medidas de segurança atualmente no país, explanando que a Reforma não chegava aos HPJs, motivo pelo qual a única alternativa existente era uma espécie de acordo realizado entre o juiz encarregado do processo da medida de segurança (juiz de execução penal) e o psiquiatra, em que este ficaria responsável pela vida extramuros do considerado louco infrator, como será desenvolvido no trabalho.



Nonostante gli elementi fortemente contraddittori che oggi caratterizzano il sistema penitenziario del nostro Paese, il pianeta carcere rimane una realtà sconosciuta alla maggior parte dell'opinione pubblica italiana. Sono ancora pochi i tentativi di rendere questo mondo e le gravi problematiche umane e sociali ad esso collegate più trasparenti e più partecipate dalla società civile, primo passo per individuare soluzioni condivise ai problemi ed alle emergenze che si pongono in questo settore in maniera ormai pressante.

Per approfondire tutto questo e per conoscere meglio la realtà della detenzione nelle carceri Italiane, l'Associazione Albergo di Cirene onlus in collaborazione con VOLABO organizza per

lunedì 10 febbraio 2014

alle ore 19,00

presso la sala riunioni della Parrocchia di Sant'Antonio di Savena,
via Massarenti 59, Bologna, un incontro sul tema:

Il Carcere, una realtà nascosta
Punizione o recupero della persona ?

Programma:

Ore 19,00 - Proiezione del film-documentario “*I Giorni Scontati, appunti sul carcere*” di Germano Maccioni.

Ore 20,00 - Dibattito pubblico con la partecipazione del Giudice Francesco Maisto, Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Bologna.

Ore 21,00 - Buffet offerto ai convenuti

p) Entrevista com Ernesto Venturini: Entrevista realizada com Ernesto Venturini, psiquiatra, colaborador de Franco Basaglia no processo de desinstitucionalização na Itália, desde o princípio, em Gorizia e em Trieste. Contribuiu ativamente para o êxito da lei da reforma psiquiátrica na Itália. Foi diretor do Departamento de Saúde Mental em Imola e desempenhou papéis de responsabilidade na Saúde Pública na Região Emilia Romagna. É colaborador de Universidades italianas e internacionais e autor de alguns livros sobre psiquiatria e reforma psiquiátrica. Cooperou com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em alguns países da África. Como assessor da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) para a América Latina, acompanhou a reforma psiquiátrica brasileira desde 1992.

A partir da entrevista com o médico pude avaliar com mais clareza a situação da reforma psiquiátrica italiana em relação aos considerados loucos infratores. As informações fizeram com que eu percebesse que a ideia divulgada amplamente a outros países e dentro da própria Itália de que o país aboliu totalmente os manicômios era definitivamente falaciosa. E essa talvez tenha sido a questão mais relevante da investigação realizada no período italiano, pois eu acreditava que o objeto de estudo na Itália seria um e, depois das informações dessa entrevista, assim dei novo enfoque ao trabalho. Foi quando a questão “por que a reforma psiquiátrica não alcança o cumprimento das medidas de segurança?” começou a consolidar-se na trajetória desta tese.

q) Entrevistas com Massimo Pavarini: Além da entrevista com o psiquiatra Venturini, foram igualmente realizadas inúmeras conversas/entrevistas com o professor orientador do período de estudos na Itália, Massimo Pavarini. As informações consolidaram minha compreensão acerca do atual estágio da reforma psiquiátrica italiana em face do cumprimento das medidas de segurança.

r) Sítio “stopopg.it”: o sítio da internet reúne inúmeras entidades que clamam/clamavam pelo fim dos manicômios judiciários na Itália.



stopopg.it


per l'abolizione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

"...la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"
(Costituzione Italiana, Art. 32)

Este documento acabou servindo como espécie de orientador do mapeamento do fechamento dos manicômios judiciários na Itália. Tendo em vista que estava previsto para 31 de março de 2015, durante a realização da tese, diariamente o sítio foi consultado. O objetivo era o de acompanhar se efetivamente seria concretizado o fechamento dos manicômios judiciários, já que havia um medo muito grande por parte dos ativistas da Reforma Psiquiátrica de que fosse, pela terceira vez, prorrogada a data do fechamento.

Após o fechamento, a questão que passou a ocupar o “stopopg” foi a implementação de políticas de saúde pública efetivamente não institucionalizantes, não bastando unicamente fechar os hospitais, mas sim, efetivar a reforma psiquiátrica em relação ao considerado louco infrator. Como se pode observar na imagem que inaugura atualmente a página da internet, desde o fechamento dos manicômios judiciários, o enfrentamento passou a ser em relação aos estabelecimentos substitutivos aos manicômios, isto é, as REMs, *residenze sanitarie mentali*, criadas para abrigar os pacientes dos antigos HPJs.

Restituire la cittadinanza: responsabilità e diritti sono di tutti, nessuno escluso



APPELLO

**Chiudere davvero gli
Ospedali Psichiatrici Giudiziari
=
più Servizi per la salute mentale
e non Rems**

A partir de toda a materialidade apresentada, pretendo abordar essa espécie de dicotomia ao se falar de loucura: a diferença entre os insanos que não comentem crimes e os que cometem. Estes parecem não possuir direito aos direitos cidadãos, ao tratamento desinstitucionalizante de uma política de saúde pública. A máxima que parece exsurgir da lógica voltada aos “anormais” (Foucault, 2002b) e que indaga toda esta tese é: Aos loucos, a Lei da Reforma e seus direitos; aos criminosos, sempre uma instituição total, independentemente do tipo de racionalidade – ou falta dela – que possuam.

E há uma passagem específica na obra de Foucault que ajuda a pensar toda a questão que envolve crime/loucura/perigo e que é a imagem que acompanha esta tese do início ao fim. O autor começa a aula de 15 de janeiro de 1975, em *Os Anormais* (2002b), dizendo que, conforme os termos do art. 64 do código Penal Francês, de 1810, não há delito se o indivíduo

estiver “em estado de demência no momento do crime” (Foucault, 2002b, pp. 39). A fim de elucidar a questão, o autor traz como metáfora o funcionamento de uma porta giratória, que oscilaria entre o crime e a loucura, ou seja:

a loucura apaga o crime, a loucura não pode ser o lugar do crime e, inversamente, o crime não pode ser, em si, um ato que se arraiga na loucura. **Princípio da porta giratória: quando o patológico entra em cena, a criminalidade, nos termos da lei, deve desaparecer.** A instituição médica, em caso de loucura, deve tomar o lugar da instituição judiciária (Foucault, 2002b, pp. 39/40).

A ideia é verificar se é também esta a lógica que tem operado a execução das medidas de segurança no Brasil contemporâneo, observar se temos proposto um modelo em que a loucura também prepondera face ao crime.

E neste sentido, este trabalho também se apresenta como um terceiro discurso, tendo em vista que a trajetória acadêmica da pesquisadora não é propriamente *jus* e nem propriamente *psi*, pois minha formação até o doutorado – graduação e mestrados – foi no direito, com ênfase nas ciências criminais. A tese de doutorado é, portanto, o primeiro trabalho realizado em outra área do saber, especificamente a psicologia social.

1.2 Organização da tese

Admitindo uma postura comprometida com a visibilidade deste problema e destas pessoas em cumprimento da medida de segurança, faço minhas as palavras de Débora Diniz, no dossiê que coordenou sobre os HPJs no Brasil: “Imparcialidade não é o mesmo que confiabilidade na pesquisa acadêmica (...). Não reclamo, no entanto, imparcialidade nas variáveis escolhidas, nas perguntas feitas aos dados, na forma como construímos os argumentos de cada capítulo” (Diniz, 2013, p. 17). No entanto, não gostaria que o fato de o trabalho, de alguma forma, ter como intuito tornar visível a situação destas pessoas, propondo outras formas de lidar-se com a questão, fosse confundido com falta de comprometimento acadêmico, ou nas palavras de Diniz, com inconfiabilidade.

Dito isto e apresentadas as questões metodológicas utilizadas para as análises e discussões que se desdobram da questão central desta tese – **como as mudanças oriundas da Reforma Psiquiátrica no Brasil influenciam no cumprimento das medidas de segurança** – fundamental explicitar a forma como esta tese foi organizada.

No primeiro capítulo trabalhei a história da loucura e da psiquiatria, com dois principais objetivos. O primeiro é o de desconstruir a naturalização do conceito de loucura,

ou seja, tendo como referencial teórico principalmente a *História da Loucura*, de Foucault, demonstrar que loucura não é um conceito ontológico, mas forjado a cada cultura. Este parece ser o passo inicial para que se possa criar condições de possibilidade para estabelecer um outro olhar perante o fenômeno do isolamento daqueles que são considerados loucos e infratores. Avaliar as práticas produzidas nos manicômios tendo presente o fato de que um diagnóstico psiquiátrico pode não ser entendido como um regime de verdade, é importante proposta do presente trabalho.

O capítulo também demonstra como se dá a aproximação entre os saberes *jus* e *psi*, ciências que disputam em um primeiro momento a soberania sobre o louco infrator, mas que, posteriormente, se unem, gerando um produto muito específico. A fusão de ambos os saberes cria um discurso voltado não ao doente nem ao criminoso, mas ao “anormal” (Foucault, 2002b), como mencionado.

No segundo capítulo, foram trabalhados os dispositivos legais acerca da medida de segurança no Brasil, pois a forma como são regulamentadas parece ser elemento importante quando se pretende apurar a lente e mapear os discursos que legitimam as violências no manicômio judiciário. Neste sentido, através da análise da jurisprudência, do Código Penal, do Código de Processo Penal e da Constituição Federal, pude observar de que maneira, vêm sendo aplicadas contemporaneamente, do ponto de vista do funcionamento do direito, as medidas de segurança.

O intuito, neste capítulo, foi o de compreender como se consolida a união entre as áreas do direito e da psiquiatria e quais as consequências concretas desta fusão, partindo-se, assim, do estudo da construção de uma verdade jurídica – advinda das provas trazidas ao processo judicial – e de uma verdade psiquiátrica sobre o réu, advinda do laudo psiquiátrico. Neste sentido, debruicei-me sobre o estudo dos sistemas de provas processuais no direito e de que forma vem utilizando os exames psiquiátricos acerca da sanidade mental dos sujeitos que praticaram delitos e parecem ser loucos.

No terceiro capítulo analiso, através de conceitos-chave de Foucault (principalmente) e Agamben, como podem ser pensados o hospital psiquiátrico e os internos desta instituição total. De que modo as práticas voltadas ao “anormal” (Foucault, 2002b) podem ser violentas a ponto de fazer do manicômio judiciário um campo de concentração e dos loucos infratores os “muçulmanos” (Agamben, 2008) do sistema carcerário nacional. Para tanto, utilizo o romance de Gonçalo Tavares, a fim de ilustrar com o sofrimento dos personagens da obra literária, o que se passa nos manicômios. No mesmo sentido, refiro trechos de depoimentos

das pacientes do IPFMC, ilustrando os sentimentos dos internos, neste caso, com histórias de vida real.

E uma das questões a se avaliar no terceiro capítulo é se as práticas manicomiais poderiam ser violadoras de direitos humanos exatamente porque neste momento da execução penal brasileira temos uma lógica de estado de exceção. Para tanto, analisei a Constituição Federal no que concerne às garantias dos sujeitos em medida de segurança e percebi que nada refere. Assim, estão provavelmente criados os vazios normativos que caracterizam um estado de exceção. Veja-se: não é o fato de a constituição disciplinar direitos e garantias que a não violação destes está assegurada, mas o certo é que a lacuna constitucional pode facilitar tal ofensa.

Além disso, neste momento ainda refiro as possibilidades de aberturas, alternativas à lógica manicomial, ou seja, as iniciativas trazidas pelas reformas psiquiátricas e pelo movimento antimanicomial no Brasil. Neste ponto analisei cuidadosamente as leis da reforma psiquiátrica brasileira e italiana (Lei 10.216/01 e Lei 180, respectivamente), pois o objetivo é o de demonstrar que é possível encarar o fenômeno da loucura de outra forma, subvertendo esta orientação cientificista própria do positivismo criminológico.

No quarto e último capítulo apresento os dados que pude conhecer em pesquisa no ano de 2014, na Universidade de Bologna, Itália, junto ao criminólogo, Massimo Pavarini. A escolha da Itália se deu porque o país realizou uma das reformas psiquiátricas mais bem sucedidas da história, tanto assim que alguns autores, como Paulo Amarante (1994), por exemplo, chegam a referir que não se pode falar em Reforma italiana, pois o que o país concretizou foi uma efetiva ruptura com a psiquiatria ortodoxa. Se uma das questões fundamentais da tese é a de mapear os mecanismos e discursos que sustentam a lógica que até hoje mantém as pessoas reclusas em manicômios judiciários, pareceu-me relevante observar, a partir da análise dos materiais encontrados nos estudos em Bologna, como foi possível desconstruir tais mecanismos.

Nesta parte do texto, então, recorri às entrevistas com o psiquiatra Ernesto Venturini e o professor Massimo Pavarini, quando compreendi em detalhes a questão da reforma italiana no que se refere aos loucos infratores. Além disso, ainda para compreender o panorama italiano sobre as medidas de segurança contemporaneamente, foram fundamentais o evento no qual palestrou o juiz da execução penal de Bologna, Francesco Maisto, e a coleta de bibliografias e documentos na *Istituzione Minguzzi* e na Biblioteca Alessandro Baratta.

Em relação ao contexto brasileiro e a fim de conseguir estabelecer uma comparação entre a situação de ambos os países, foram fundamentalmente observados o Censo sobre os manicômios judiciais brasileiros (Diniz, 2011), os dados sobre encarceramento e medidas de segurança do Departamento Penitenciário Nacional (Depen) e, ainda, o Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei 10.216/01”, elaborado pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) do Ministério Público Federal (MPF). A partir da utilização destas materialidades, o objetivo foi o de verificar de que forma a reforma psiquiátrica afetou/afeta o cumprimento das medidas de segurança no Brasil.

Ao final desta introdução importa observar que esta tese é ela também alguma coisa que se origina em mim desde o atravessamento das áreas *jus* e *psi* e tem como produto uma pesquisa que não é, e nem poderia ser, totalmente do campo do direito ou totalmente do campo da psicologia. Porém, diferentemente do terceiro discurso que opera como ferramenta de análise para a investigação aqui proposta, o terceiro discurso que nasce na pesquisadora, utilizado na elaboração da tese, reflete-se na sua metodologia, na forma de escrita, no olhar dirigido aos materiais e na utilização dos referenciais teóricos com os quais eu trabalho. Mas diferentemente do que se vê no terceiro discurso legitimador de violências perante os considerados “anormais” (Foucault, 2002b), este que se origina da pesquisadora tem a esperança de subverter essa lógica, de provocar ranhuras e, desta vez, quem sabe, propor algo positivo para esses invisibilizados a quem se interna nos manicômios judiciais brasileiros.

2. CADA CULTURA COM SUA LOUCURA: A PERICULOSIDADE NOS DISCURSOS DO DIREITO E DA PSICOLOGIA

Neste capítulo trabalharei a história da loucura e da psiquiatria, com dois principais objetivos. O primeiro é o de desconstruir a naturalização do conceito de loucura, ou seja, tendo como referencial teórico principalmente a obra “História da Loucura”, de Foucault, demonstrar que loucura é um conceito não ontológico, mas forjado em cada cultura. Este parece ser o passo inicial para que possam ser criadas condições de possibilidade para estabelecer um outro olhar frente perante o fenômeno do isolamento daqueles que são considerados loucos e infratores. Avaliar as práticas produzidas nos manicômios tendo presente o fato de que um diagnóstico psiquiátrico pode não ser entendido como um regime de verdade parece ser exercício fundamental no presente trabalho.

Ademais, pretendo demonstrar, através do método genealógico, a maneira pela qual a loucura vai tomando contornos de algo perigoso em si mesmo, isto é, quando o conceito de periculosidade – que até hoje é extremamente importante para a imposição de uma medida de segurança – começa a ser tomado como algo inerente ao sujeito louco. Neste sentido, importante mapear, igualmente, de que maneira o conceito de loucura vai transmutando-se no de doença mental e passando a ser entendido definitivamente como um objeto da psiquiatria.

A partir desta ideia, quero demonstrar a forma pela qual a loucura perigosa, aquela que pratica delitos, passa a ser objeto das áreas *jus* e *psi*³ e como a fusão entre ambos os saberes se transforma em um terceiro discurso voltado aos “anormais” (Foucault, 2002) (criminoso/louco), potencialmente mais lesivo e violento do que as práticas realizadas exclusivamente pela psiquiatria ou exclusivamente pelo direito. Tudo isso parece imprescindível na abordagem da questão central da tese que é a de compreender os mecanismos que atuam nessa racionalidade, a fim de que a reforma psiquiátrica não atinja os manicômios judiciários. Quais as engrenagens que sustentam essa porta giratória no sentido de que hoje em dia tenhamos mais a sobreposição do crime à loucura do que o inverso.

³Importante referir que o prefixo *jus* no presente trabalho identifica discursos do direito dogmático e da Criminologia ortodoxa e positivista, bem como o termo *psi* pretende identificar correntes da psicologia que aderem e se submetem à psiquiatria clássica e é exatamente por isso que toda a crítica aqui realizada à psiquiatria se refere, por extensão e identificação, a tais correntes da psicologia.

2.1. *Folie et Dérailson, Histoire de La Folie à L'âge Classique*⁴

Considerado o primeiro livro influente de Michel Foucault, *História da Loucura na Época Clássica*, publicado em 1961, teve reflexos irreversíveis na comunidade científica. Muitas inovações no discurso teórico (psicologia social, antipsiquiatria e criminologia crítica) e lutas políticas (movimento antimanicomial e abolicionismo penal) foram trazidas pela obra, embora tenha sofrido inúmeras críticas por parte de renomados estudiosos da área, como Henry Ey, Jacques Derrida e Jacques Lacan, por exemplo.

Independentemente das divergências suscitadas, nenhum de seus críticos qualquer trabalho que pudesse contra-argumentá-lo eficazmente. Significa dizer que “História da Loucura abre uma legítima área de pesquisa: a investigação dos pressupostos culturais subjacentes às diferentes maneiras históricas de lidar com uma área altamente perturbadora do comportamento humano” (Merquior, 1985, p.18).

No livro, Foucault demonstra quão oscilante, repleto de instabilidade, foi o caminhar da insânia pela história da humanidade. Ele explica que “*la conciencia de la locura, al menos en la cultura europea, nunca ha sido un hecho macizo, que forme un bloque e se metamorfosee como un conjunto hegemonico*” (Foucault, 2003, v. 1, p. 257). Seu desenvolver foi sinuoso, desprovido de uniformidade teórica e prática, campo fértil, portanto, ao surgimento dos mais diversos posicionamentos.

O que o autor pretende demonstrar em sua obra são as relações entre práticas, saberes e discursos que acabam por resultar no surgimento da psiquiatria (Amarante, 2013, p. 24), ou seja,

Este livro não pretendeu fazer a história dos loucos pelo lado das pessoas razoáveis, perante elas, nem a história da razão em sua oposição à loucura. Tratava-se de fazer a história de sua incessante mas sempre modificada divisão. Não foi em absoluto a medicina que definiu os limites entre razão e loucura, mas, desde o século XIX, os médicos foram encarregados de vigiar a fronteira e ali montar guarda. Marcaram ali “doença mental”. Indicação é igual à interdição (Foucault *apud* Roudinesco, 2007, p. 105).

⁴ O título original do livro era *Folie et déraison, histoire de la folie à l'âge classique*, sendo posteriormente intitulada *Histoire de la folie à l'âge classique*, simplesmente.

Resta claro, portanto, que a denúncia realizada pelo autor em sua obra é a de que a insanidade não é algo ontológico, pelo contrário, em diferentes momentos da história se convencionou o que seria considerado loucura. Esta nada mais é do que o produto cultural de um tempo e de uma sociedade, isto é, “cada cultura tem a loucura que merece” (Foucault, 2002a, p. 164).

Esta síntese por si só parece ser fundamental à presente investigação porque a partir dela é possível propor deslocamentos ao olhar estabelecido e naturalizado em relação ao considerado louco. Questionar as categorias e conceitos tomados como regimes de verdade no campo da saúde mental parece ser o primeiro passo no sentido de operar alguma mudança na lógica manicomial e entender que a loucura pode ser outra coisa, que não necessariamente perigosa, que não naturalmente violenta, é algo fundamental para começar a promover rupturas no âmbito das medidas de segurança e construir políticas efetivamente desinstitucionalizadoras.

2.1.1. A Loucura na Idade Média

Embora Foucault se posicione contrariamente a este entendimento⁵, na Idade Média, a insanidade era considerada sagrada. Na Renascença, diferentemente, passou a ser vista como sabedoria e verdade, uma forma especial de irônica razão superior. É exatamente nesse período – a fim de dissipar as angústias geradas pela loucura, e acalmar os anseios – que emergirá um símbolo significativo: “(...) *es la Nef des Fous, la nave de los locos, extraño barco ébrio que navega por los ríos*” (Foucault, 2003, v. 1, p.21).

Assim, no primeiro capítulo desta obra, nominado “*Stultífera vis*”, Foucault toma a nau dos insensatos não apenas como prática real, comum no século XV, mas sobretudo como metáfora de uma nova relação, ambígua e contraditória entre a Renascença, a loucura e os loucos (Passos, 2009, p. 47).

Ainda que a figura da nau dos loucos fosse mais licença poética ou literária do que realidade concreta, tendo em vista que muito poucos existiram (Foucault, 2003a, p. 21), em

⁵ Foucault explica não haver nada mais falso do que entender o louco como sagrado, na Idade Média, porque possuído por demônios e espíritos malignos. O insano era sagrado, sobretudo, porque para a caridade medieval participava dos poderes obscuros da miséria, pois, mais que ninguém, ele a exaltava (Foucault, 2003, v.1, p. 100).

Importante referir que as generalizações sobre os períodos históricos seguem a narrativa foucaultiana, embora evidentemente não se possa falar em uma única idade média ou qualquer outro período histórico.

tese, os insanos “eram embarcados em navios e enviados pelos rios da Europa em busca de sua sanidade” (Dreyfus e Rabinow, 2010, p. 04). Eram afastados dos demais membros da comunidade, eles e o mal que os acometia deviam ser deportados, isolados e, preferencialmente, esquecidos. Eram “prisioneiros absolutos da passagem. Seu lugar era aquele da mais absoluta liberdade” (Estellita-Lins, 2012, p. 57).

El agua y la navegación tienen por cierto este papel. Encerrado en el navío de donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de mil brazos, al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo. Está prisionero en medio de la más libre y abierta de las rutas: está sólidamente encadenado a la encrucijada infinita (Foucault, 2003, v. 1, p.26).

A forma como era percebida a loucura pela sociedade medieval, “encontra-se com a ideia de alteridade pura, o homem mais verdadeiro e integral, experiência originária” (Amarante, 2013, p. 23). Farge explica que, no século XVI, a loucura fascina, a nau dos loucos passeia seus personagens por uma odisseia comum, em que a visão cósmica de um mundo secreto une-se à experiência trágica, a fim de extrair a verdade da necessidade do mundo (Farge, 1999, p. 54). A loucura era uma espécie de fonte de saber e de verdade.

Neste momento, a questão da desordem era trazida como excesso e irregularidade, não como qualquer espécie de disfunção médica ou corporal (Dreyfus e Rabinow, 2010, p. 04).

No Renascimento, em geral vigora uma hospitalidade para com a loucura, que a liga a todas as experiências importantes da época, às grandes forças trágicas do mundo, permitindo que Shakespeare e Cervantes deem testemunho de uma experiência trágica da loucura nascida no século XV (...). Apesar dessa constatação, Foucault também detecta um incipiente controle da loucura presente nessa época através de uma crítica moral que a situa como miragem, sonho, ilusão (Machado, 2005, p.28).

A marginalização da loucura, nesta época, não se justificava, portanto, por ser considerada perigosa, ela estava incorporada ao corpo social “como um fato estético ou cotidiano” (Foucault, 2002a, p. 163); era permitida sua existência na sociedade da Idade Média e do Renascimento europeus (Foucault, 2002a, p. 265) e se pode considerar que esteve vinculada a todos os principais eventos de tal época (Farge, 1999, p. 53).

O que ocorria era que o padrão moral vigente rotulava determinadas pessoas e condutas de prejudiciais e, imediatamente, as vinculava à noção de insanidade. Vício, crime, libertinagem, vandalismo e vagabundagem, por exemplo, estavam, indubitavelmente, englobados no conceito de anormalidade, e aos barcos ébrios, então, seus destinos seriam reservados (Merquior, 1985, p. 28).

Não encontramos na Idade Média uma teoria da loucura como um mal em si, e sim uma teoria sobre o mal. Exemplo: o possesso poderia fazer o mal, mesmo assim ele não era mau em si, entendido que foi a vontade obstinada do mal dos demônios que agiu nele. Vinha de fora dele (Barros-Brisset, 2011, p. 43).

Havia inúmeras ligações entre a razão e o desvario e para o homem de tal época “a loucura participava da verdade” (Merquior, 1985, p. 28). A ideia era a de que, ao atribuir uma dada função à loucura, a sociedade Renascentista se mantinha familiarizada a ela.

Não obstante, é nesse momento que o mal passa a ser entendido como questão moral e, portanto, pode ser encontrado em qualquer pessoa. É possível dizer que “os medievos deixam como legado, dentre tantas outras coisas, um sistema de moralidades e mecanismos para identificar e eliminar o mal” (Barros-Brisset, 2011, p. 43), sistema este que permanece até hoje e parece ser forte característica da lógica voltada ao louco infrator. A forma de eliminação do mal seria, pois, a internação no manicômio judiciário, tendo em vista que não é raro a pessoa ficar enclausurada no manicômio judiciário perpetuamente.

2.1.2. A Loucura na Idade Clássica⁶

Especificamente no início da Idade Clássica, a loucura ainda era entendida como algo pertencente ao cotidiano, convivia naturalmente com o corpo social e os loucos só poderiam ser separados dos demais quando a insanidade passava a assumir formas extremas ou perigosas (Foucault, 2005, p. 386).

No século XVII, num primeiro momento, a loucura é entendida como desorganização familiar, social e perigo para o Estado e, assim, isolada junto a outros ‘desvios’ de comportamento. Toma o aspecto de um fato humano, de uma variedade espontânea no campo das espécies sociais (Foucault, 2003a, p. 163).

⁶ Período que corresponde, no sentido francês (e Foucaultiano), aos séculos XVII e XVIII.

Neste momento, há um outro entendimento e a loucura se abre em um universo moral no qual a doença é uma falha (Farge, 1999, p.54). Passa a ser identificada como desrazão (objeto de uma percepção social), ou seja, o contrário absoluto da razão (Gros, 2000, p. 44). E foi o Racionalismo, de René Descartes, o que efetivamente contribuiu para que a loucura fosse entendida desta forma.

2.1.3. René Descartes e a loucura desarrazoada

Desde o final do séc. XVI, instigados pelo ceticismo de Michel de Montaigne (1533-1592) – que acabara de afirmar que o homem nada sabe, porque nada é, e que o mundo está povoado apenas de opiniões, sendo a certeza aparentemente inatingível –, os pensadores deveriam encontrar o “caminho certo, aquele que se impusesse a todos os demais como único legítimo porque o único capaz de escapar ao labirinto das incertezas (...)” (Descartes, p. 09).

Assim sendo, simultaneamente à perspectiva empirista de Francis Bacon, Descartes cria o racionalismo moderno, buscando “na razão – que as matemáticas encarnavam de maneira exemplar – os recursos para a recuperação da certeza científica” (Descartes, p. 10). Lança, então, em 1637, o “Discurso do Método”, em que pretende romper, definitivamente, com qualquer herança advinda da Idade Média e ‘suas crenças’.

Através do preceito metodológico segundo o qual só é considerado verdadeiro o que é evidente, o filósofo acaba concluindo que a única convicção que se pode ter é a da existência da dúvida (Descartes, p. 20). Explica o autor:

Por desejar então dedicar-me apenas à pesquisa da verdade, achei que deveria agir exatamente ao contrário, e rejeitar como absolutamente falso tudo aquilo em que pudesse supor a menor dúvida, com o intuito de ver se, depois disso, não restaria algo em meu crédito que fosse completamente incontestável (Descartes, p. 61).

Desenvolvendo sua premissa, Descartes chegará, então, à descoberta do *Cogito*: “Penso, logo existo (*Cogito ergo sum*)”, cuja conotação explana ser a única certeza possível, a da existência do eu como ser pensante. Qualquer possibilidade de existência se constitui como absolutamente dependente do pensamento: “se deixasse de pensar, deixaria totalmente de existir” (Descartes, p. 61).

Este foi identificado pelo próprio autor como o primeiro princípio da filosofia cartesiana, tendo em vista que a considerou uma verdade sólida, impossível de ser abalada até pelas premissas dos céticos (Descartes, p. 62).

(...) compreendi, então, que eu era uma substância cuja essência ou natureza consiste apenas no pensar, e que, para ser, não necessita de lugar algum, nem depende de qualquer coisa material. De maneira que esse eu, ou seja, a alma, por causa da qual sou o que sou, é completamente distinta do corpo e, também, que é mais fácil de conhecer do que ele, e, mesmo que este nada fosse, ela não deixaria de ser tudo o que é” (Descartes, p. 62).

Percebe-se claramente, desta forma, o conceito dualista imposto pela filosofia cartesiana. O corpo não pensante (*res extensa*) e o pensamento (*res cogitans*) são entendidos como categorias totalmente distintas, estranhas uma a outra. Sua única semelhança se daria pelo fato de ambas coabitarem o ser humano, uma através do corpo e outra através da alma.

Tendo o filósofo estabelecido a identidade entre consciência e existência, a pergunta “onde se situa e como é entendida a loucura” restaria de tal premissa. Se razão é sinônimo de existência, seria o louco um “não-ser”? Ou – desde outra perspectiva – a insanidade poderia ser percebida como algum tipo diferente de consciência?

Segundo Foucault, Descartes – ao entender a loucura como impossibilidade do pensamento – alocou-a ao lado do sonho e das demais formas de erro, ou seja, ela desapareceria a partir do exercício da razão (Foucault, 2003a, pp. 76/77). E, em 1625, Félix Plater funda o termo alienação mental, referindo-se ao insensato como possuidor de uma desposseção da razão (Barros-Brisset, 2011, p. 44).

Explica Foucault,

No es la permanencia de una verdad la que asegura al pensamiento contra la locura, como le permitiría librarse de un error o salir de un sueño; es una imposibilidad de estar loco, esencial no al objeto del pensamiento, sino al sujeto pensante (Foucault, 2003a, p. 77).

Como referido, nessa época há uma incompatibilidade absoluta entre loucura e pensamento, pois a insânia só pode ser pensada em relação à razão. Não fosse pelas obras de Cervantes e Shakespeare, nos séculos XVI e XVII, a linguagem da insanidade estaria totalmente reduzida ao silêncio (Estellita-Lins, 2012, p. 58).

Era o caso que o elmo, cavalo e cavaleiro, que D. Quixote via, nisto se cifravam: de dois lugares, que havia naquele contorno, um era tão pequeno, que não tinha nem botica nem barbeiro; o outro, que lhe ficava próximo, esse sim; e por isso o barbeiro do maior era também afreguesado no outro. Deu o caso que um enfermo deste lugar menor necessitou de ser sangrado, e outro da barba feita. Para esses dois serviços é que o barbeiro vinha, e trazia a sua bacia de latão. Como no caminho lhe começou a chover, receoso ele de que lhe estragasse o chapéu, que naturalmente seria novo, pôs-lhe por cima a bacia, que, por estar areada de pouco tempo, resplandecia a meia légua de distância.

Vinha montado num asno pardo, como Sancho dissera, e esse é que ao fidalgo se figurou cavalo ruço rodado; o mestre, cavaleiro; e a bacia, elmo de ouro. (Tinha isso de si: quantas coisas via, logo pelo ar as acomodava às suas desvairadas cavalarias e descaminhados sonhos) (Cervantes, 2005, p. 118).

É importante referir que nos séculos XVII e XVIII a percepção do louco e o conhecimento da loucura são duas questões divergentes, não se tocam, em princípio. Porém não é absoluta a separação entre ambas, pois há um único e importante ponto de convergência: a razão. Seja pensando o louco como negatividade pura, o outro do pensamento e da moral, ausência total de razão, “seja no caso da loucura, definida como espécie patológica a partir do olhar da razão analítica e classificatória, característica de uma das modalidades do conhecimento científico da época, a razão é sempre referência necessária e primordial” (Machado, 2007, p. 63).

Neste contexto, afastada de qualquer noção de enfermidade mental, a insânia confinou mendigos, prostitutas, criminosos e insensatos em locais destinados àqueles que poderiam vir a ‘contaminar’ e prejudicar a ‘sociedade de bem’.

Se nel '200 è la lebbra la causa dell'esclusione sociale, nel '400 e '500 saranno le malatie veneree, mentre nel '600 e '700 quelle mentali (D'Alessandro, 2008, p. 120).

Após a ocupação dos espaços anteriormente destinados à lepra, criam-se em toda a Europa vários hospitais destinados à reclusão. No fim da Idade Média, os antigos leprosários europeus foram esvaziados de maneira abrupta e dramática. Porém “o espaço físico de segregação social e de obrigação moral não ficaria desocupado. Ao contrário, seria sucessivamente preenchido por novos ocupantes, com novos signos e novas formas sociais” (Dreyfus e Rabinow, 2010, p. 03).

Assim, a Idade Clássica impôs o internamento, como a Idade Média havia segregado os leprosos (Foucault, 2003a, p.86).

El internamiento queda así doblemente justificado en un equívoco indisoluble, a título de beneficio y a título de castigo. Es al mismo tiempo recompensa y castigo, según el valor moral de aquellos a quienes se impone. Hasta el fin de la época clásica, la práctica del internamiento será víctima de este equívoco; tendrá esa extraña reversibilidad que le hace cambiar de sentido según los méritos de aquellos a quienes se aplique. Los pobres buenos hacen de él un gesto de asistencia y una obra de reconfortamiento; los malos – por el solo hecho de serlo – lo transforman en una empresa de represión (Foucault, 2003a, p.98).

No classicismo,

La locura pierde así aquella libertad imaginaria que la hacía desarrollarse todavía en los cielos del Renacimiento. No hacía aún mucho tiempo, se debatía en pleno día: era el Rey Lear, era Don Quijote. Pero en menos de medio siglo, se encontró recluida ya dentro de la fortaleza del confinamiento, ligada a la Razón, a las reglas de la moral y a sus noches monótonas (Foucault, 2003a, p.125).

E esta é, pois, a situação que influenciará o Grande Enclausuramento tão enunciado pelo autor. Ele ensina que é um importante fenômeno a invenção de um lugar de enclausuramento obrigatório onde a moral pode castigar de forma cruel por força de uma atribuição administrativa. Pela primeira vez são criados estabelecimentos de moralidade, onde se realiza uma assombrosa síntese entre obrigação moral e lei civil (Foucault, 2003a , p. 119, tradução livre da autora).

Foucault, ao narrar o Grande Enclausuramento, estaria retratando logicamente, a sua terra pátria, descrevendo os esforços realizados para manter sob controle as classes e categorias desviadas. Hospitais foram construídos e os antigos leprosários foram transformados, fazendo de Paris uma cidade segura para a burguesia. Foucault diz que nesta época 1% da população parisiense foi confinada (Christie, s/d, p. 88).

O autor explicita

como o grande enclausuramento clássico constitui, produz uma população que para nossos olhos modernos, medicalizados, antropologizados, humanizados, aparece como heterogênea, mas que para a percepção da época é perfeitamente coerente, porque agrupa o que aparece como outro, como diferente, como estrangeiro aos olhos

da razão e da moral e classifica como desrazão, desatino, o que pretende desclassificar” (Machado, 2005, p. 17).

Deste modo, neste momento histórico, foram vítimas de internação quatro espécies de ‘desvios’: a perversão sexual, a “desordem do coração”, a libertinagem e, por último, a loucura (Machado, 2005, p. 17).

Segundo Foucault, as principais condições que a criação das casas de internamento tornou possível e necessária foram o trabalho como um imperativo social e moral e os perigos que a desocupação e a mendicidade causavam à cidade. Além disso, o aparecimento de uma nova forma de organização econômica fez com que a rede de corporações enfraquecesse, trazendo mudança social. Assim, “enquanto nos períodos anteriores, de pleno desemprego, a cidade se protegia dos bandos de vagabundos colocando guardas nas portas, agora constrói casas de internamento intramuros” (Dreyfus e Rabinow, 2010, p. 07).

Em cada um desses locais, a vida pode ser comparada a de um convento: cheia de leituras, pregações e meditações. Exercendo o papel de ajuda e repressão, estes hospícios estão destinados a socorrer os pobres, mas quase todos possuem celas e alas onde são encerrados os internos (Foucault, 2003a, p. 85).

O mais importante dos acontecimentos no período do Grande Enclausuramento – processo de dominação da loucura pela razão – é a criação do Hospital Geral, por Luís XIV, em 1656, na cidade de Paris. La Salpêtrière, Bicêtre e outros estabelecimentos (Machado, 2007, p. 57) são agrupados e podem ser considerados os precursores das instituições totais estudadas por Goffman três séculos depois (D’Alessandro, 2008, p. 115).

O local é identificado como estrutura semijurídica, espécie de entidade administrativa, que ao lado dos poderes de antemão constituídos e fora dos tribunais decide, julga e executa. Sua função, definitivamente, não é terapêutica, mas de correção e contenção. Intenta-se inculcar no cidadão apanhado pelo sistema uma (nova) moral, gerida como o comércio ou a economia (Foucault, 2003a, p.119, tradução livre da autora).

O Hospital Geral, lugar de internamento e onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc., é ainda, em meados do séc. XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece (Foucault, 2004a, p. 102).

O decreto real disciplinava que

todos os pobres, de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade e nascimento, em qualquer estado em que possam estar, úteis ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis, tinham o direito de ser alimentados, vestidos, acolhidos e assistidos de modo geral. Um novo corpo de administradores de alto nível foi nomeado pelo rei, passando a ter jurisdição não apenas sobre os pobres confinados nessas construções, mas também sobre toda a cidade de Paris (Dreyfus e Rabinow, 2010, p. 05).

Nesse período da história, o hospício pode ser comparado a uma hospedaria, ou seja, “os hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia representam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça à lei e à ordem social” (Amarante, 2013, p. 24). Significa dizer que não há qualquer diferença entre a loucura e as demais categorias marginais, mas a exclusão de todos estes se dá por um critério de desrazão e não médico.

Apesar de vários médicos exercerem uma função de ronda em tais estabelecimentos, Foucault pretende demonstrar que “o súbito aparecimento do ‘Grande Internamento’ não deve ser compreendido como a emergência confusa e pré-científica do que viriam a ser nossos hospitais mentais e clínicas médicas” (Dreyfus e Rabinow, 2010, p. 05). A finalidade da internação era a de tratar os loucos de alguma maneira, mas, sobretudo, separar os desarrazoados e incuráveis de outros internos que seriam reaproveitados, posteriormente, pelo sistema produtivo. Este é o processo que dá margem ao surgimento da psiquiatria como área do saber que irá se apoderar do espaço asilar e da loucura (Passos, 2013, pp. 65/66).

Neste sentido, Machado chama a atenção para o fato de que “as categorias da desrazão estão presentes na própria objetivação da loucura pelo saber teórico da medicina clássica. Fazer da loucura delírio ou paixão, dar-lhe características de cegueira, ofuscamento, erro, desordem ou falta moral é produzi-la como desrazão” (Machado, 2007, p. 64).

Em outras palavras, a loucura é sempre produto social e epistemológico da razão, o que não quer dizer que haja homogeneidade entre conhecimento médico e percepção social. Não obstante, antes do surgimento da psiquiatria, haverá certa transformação da realidade e da conceituação de loucura, que lhe conferirá autonomia e individualidade perante a desrazão, ao mesmo tempo em que indicará os fundamentos a partir dos quais emergirá a categoria de doença mental. Tal distinção entre loucura e desrazão começa a surgir na

segunda metade do século XVIII e redundará em uma definitiva ruptura entre ambas as categorias (Machado, 2007, p. 65).

O século XVIII estreia, então, um novo momento na concepção de loucura. A divisão explícita entre razão e desrazão – cuja maior expressão era o internamento – se desfaz. Revela-se assim uma loucura determinada pela natureza humana, uma espécie de abandono do homem a si próprio. A loucura deixa de ser a ausência de razão e passa a ser a perda da natureza própria do homem, transformando sua sensibilidade, imaginação e desejos. O argumento de Foucault é o de que “deixando de ser desrazão, a loucura, relacionada à sociedade e considerada perda da natureza, antes de ser doença mental torna-se alienação” (Machado, 2007, p 65).

Deste modo, a individualização da loucura resultará na criação de instituições destinadas unicamente aos loucos. Porém é importante perceber que essa alteração em relação ao espaço de internamento não é fruto exclusivamente da medicina, mas de questões econômicas, políticas e sociais. Significa dizer que é através da crítica ao Grande Enclausuramento que se configura a nova realidade institucional da loucura do século XVIII (Machado, 2007, p. 66).

A crítica interna é no sentido de que os outros institucionalizados – fundamentalmente os criminosos – são confundidos e misturados aos loucos, tendo de conviver com estes. Neste fato haveria profunda violação de categorias, o que promoveria certa indignação social. Segundo Foucault, a presença dos loucos representava uma injustiça, mas para os outros (Dreyfus e Rabinow, 2010, p. 08).

A crítica externa argumenta que as internações seriam um grande equívoco do ponto de vista econômico, tendo em vista que os reclusos deixam de participar da vida econômica. E com o nascimento do capitalismo,

a pobreza, que até então tinha sido considerada um vício e um perigo para o corpo social, era agora vista como uma vantagem oculta, porém fundamental, para a nação. (...) A noção de população aparece como uma fonte econômica e social crucial a ser considerada, organizada e tornada produtiva (Dreyfus e Rabinow, 2010, p. 09).

Por tudo isso, então, os alienados deste século sairão destes lugares em que eram isolados (prisões, torres e casas de força) e serão encaminhados aos hospitais gerais (Barros-Brisset, 2011, p. 44). Estes seriam os lugares destinados exclusivamente aos loucos que

passam – a partir da desconstrução da categoria da desrazão – a ficar solitários nestes estabelecimentos, tendo em vista a impossibilidade para o trabalho e assistência à domicílio e também a periculosidade peculiar, sobretudo se forem mantidos livremente (Machado, 2007, p. 68).

Então,

desse novo tipo de reclusão que vai atingir e dominar o louco resulta um novo estatuto da loucura que antecede e prepara a ‘revolução psiquiátrica’ do século XIX e permite estabelecer suas verdadeiras dimensões. É assim que, privilegiando o aspecto da percepção, e não o do conhecimento da loucura, Michel Foucault vai analisar, no nível das instituições, da vida social, como o louco foi relacionado, nesse momento, com o novo espaço de reclusão, com seus guardiões e com a questão do crime no tribunal; três ‘estruturas’, três ‘figuras’ que vão constituir, pela primeira vez na história e antes mesmo da psiquiatria, a loucura como interioridade psicológica através de um processo que a medicaliza, objetiva e inocenta (Machado, 2007, p. 68).

Todavia não se deve incorrer no equívoco de pensar que o que houve nesse momento de medicalização da loucura tenha sido pura e simplesmente a importação da teoria médica para dentro das instituições de internação dos loucos; em realidade, antes de mais nada, ocorreu “a reestruturação interna das instituições de reclusão do louco que, paulatinamente, por um efeito próprio à reorganização de seu espaço, vai lhes dar uma significação intrinsecamente médica de agente terapêutico” (Machado, 2007, p. 68). Medicalização deve ser entendida, portanto, como a caracterização da reclusão como terapêutica. Eis aí a novidade sobre estes espaços, que na época clássica, possuíam somente a função de exclusão e correção.

Mais do que isso, é a própria instituição – através de seus observadores (magistrados, advogados, médicos ou homens experientes) – que oferece à loucura a neutralidade necessária para que seja avaliada da forma mais adequada. Ela passa a ser objeto de conhecimento do próprio espaço de confinamento, passa a ser indagada por uma mirada neutra que só a instituição pode proporcionar (Machado, 2007, p. 69).

Assim, a partir desta nova forma de entender a insanidade, de seu novo estatuto, tanto no que concerne à percepção quanto ao conhecimento, está iniciado o trajeto que culminará no nascimento da psiquiatria. Não sendo mais elemento da desrazão do classicismo, “o louco já pode se metamorfosear no alienado da figura moderna da medicina mental, isto é, em

doente mental” (Machado, 2007, p. 71). E esta categoria será igualmente analisada tanto em relação ao conhecimento como à percepção.

Não obstante, o efetivo surgimento da psiquiatria só pode ser demonstrado a partir de suas práticas, dos modos de intervenção que adota. Em outros termos, pode-se dizer que é a instância da percepção, e não a do conhecimento, a fundamental para o estabelecimento das condições de possibilidade deste novo ramo da medicina (Machado, 2007, p. 71).

2.2.O Surgimento da psiquiatria

Para Foucault, o Grande Enclausuramento teria propiciado o nascimento da psiquiatria, a partir da segunda metade do séc. XVIII, como uma prática de higiene pública e não como um ramo da medicina. Não era ainda uma especialidade dessa ciência, tendo se institucionalizado como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que pudessem estar vinculados direta ou indiretamente à doença (Foucault, 2002b, p. 148).

Ao tematizar a loucura, a medicina não se distancia totalmente dos critérios prescritos para o conhecimento médico “nem lhe integra a percepção social. Há sempre inadequação: procura formular-se no interior do pensamento nosográfico, mas é incapaz de permanecer coerente com suas regras, transgredindo assim seus princípios” (Machado, 2007, p. 64).

Em vez de homogeneidade, o que caracteriza o conhecimento médico da loucura é a oscilação entre a nosografia e a percepção social: quando é uma coisa não é outra (Machado, 2007, p. 64).

Com Phillipe Pinel (1745-1826), a psiquiatria surge como cura da doença mental (e não mais loucura, note-se), pois orientado pelos preceitos iluministas, atribui a questões morais caráter científico (Codato, 2013, pp. 59/60). O médico afirmava que nos alienados se encontravam a lesão (moral) e a tendência ao mal, unindo, portanto, a ideia de déficit permanente (interpretações galênicas⁷ sobre as afecções mentais) às manifestações do mal moral (classificações patológicas dos manuais dos inquisidores) (Barros-Brisset, 2011, p. 44).

A ideia de uma experiência fundamental da loucura está finalmente (ou será inicialmente?) encoberta por uma nova conceituação: ‘doença mental’. Ao discursar sobre a loucura e ao investir sobre o

⁷ “Foi Claude Galeno (129/210 d.C.) quem apagou a ideia de uma doença episódica ao recobri-la com a noção de lesão permanente. Para esse médico, as afecções mentais comportariam um *déficit orgânico* permanente” (Barros-Brisset, 2011, p. 40).

louco, a psiquiatria produz seu objeto na superfície do saber médico-psiquiátrico. A psiquiatria se constitui partindo da experiência médica moderna, da experiência clínica e, como tal, tem como categoria central de análise a ‘doença’, rótulo encobridor e objeto criado sobre o silêncio forçado à experiência trágica da loucura. O louco, de desarrazoado à Idade Clássica e despossuído de razão pelo alienismo, vai sendo transformado, por sucessivos golpes de força, em ‘doente mental’ (Carvalho e Amarante, 2012, p. 44).

Segundo Foucault essa nova realidade sobre a loucura possui um caráter antropológico expressivo, na medida em que “o conhecimento da verdade do homem passa pelo alienado” (Machado, 2007, p. 71). Em outros termos, no interior do homem há algo inalienável e que é trazido à tona “pela psiquiatria em termos de natureza, verdade, razão, moral social, etc.” (Machado, 2007, p. 73).

Em todo esse contexto, “a alienação mental e, por extensão, a doença mental, constitui-se categoria do negativo: a negação necessária à constituição de uma funcionalidade ‘positiva’ que se afirmava como norma” (Carvalho e Amarante, 2012, p. 44). Isto é, “a psiquiatria mostra uma tendência indiscutível para interpretar, como doença mental, todos os tipos de comportamento divergente ou extraordinário” (Szasz, 1984, p.32).

“Não raro verifica-se um antagonismo social e um pessimismo geral quanto ao futuro.” O que será que eles querem dizer com “antagonismo social”? Apoiar os cotovelos na mesa? Recusar um emprego de protética? Frustrar os anseios de meus pais, que queriam que eu cursasse uma universidade de primeira linha? Como eles não definem “antagonismo social”, e eu não saberia defini-lo, acho que devia ser retirado da lista (Kaysen, 2013, p. 171).

Nota-se, assim, que no conceito de alienação mental de Pinel é forte a ideia de que os alienados possuiriam um déficit moral intrínseco do qual se presumiria como sintomas dessa doença manifestações de violência, crueldade, maldade. Eles não seriam responsáveis, mas doentes (Barros-Brisset, 2011, p. 44), diferentemente do que temos hoje no Brasil, em que são considerados irresponsáveis do ponto de vista jurídico.

Isso é o que se pode observar desta passagem do *Tratado Médico-Filosófico sobre a alienação mental ou mania*, de Pinel:

Eu poderia citar alguns exemplos de alienados, conhecidos por uma honestidade rígida nos seus intervalos de calma, mas que durante seus acessos tornavam-se notáveis por uma tendência irresistível de roubar e de trapacear. Um outro insano, de natureza pacífica e muito

suave, durante seus acessos parecia inspirado pelo demônio da malícia; ficava permanentemente numa atividade nociva: trancava seus companheiros nos alojamentos, provocava-os, batia neles e suscitava querelas e rixas de todas as formas (Pinel, 2004, p. 119).

Pode-se dizer, portanto, que foi com Pinel que “de fato se inaugurou a ideia de uma loucura perigosa por si; isso é possível porque sua teoria refundou o conceito de alienação mental com base na tese do déficit moral” (Barros-Brisset, 2011, p. 45). Desde esse momento passa-se a ter a ideia de uma loucura perigosa, violenta, imprevisível, sem culpa e desarrazoada.

Neste sentido, a fúria de que podem ser acometidos esses indivíduos resta exemplificada ainda neste trecho da obra pineliana:

Existem, também, entre estes furiosos, aqueles cuja imaginação não está absolutamente lesada e que sentem uma propensão cega e feroz de mergulhar suas mãos no sangue e de rasgar as entranhas de seus semelhantes. É uma confissão que eu ouvi, tremendo, da própria boca de um desses insanos, em seus intervalos de tranquilidade. Enfim, para completar esse quadro de uma atrocidade evidente, posso citar o exemplo de um alienado que voltava seu furor ilimitado contra si e contra os outros. Ele amputou sua própria mão com um cutelo, antes de chegar em Bicêtre, e apesar de suas amarras, tentava aproximar seus dentes da coxa para devorá-la (Pinel, 2004, p. 119).

Esta periculosidade pensada por Pinel parece ser ainda a mesma em tempos atuais. Como se verá mais adiante, na questão da perícia psiquiátrica como grande regime de verdade na aferição da periculosidade, pode-se perceber que o conceito permanece com as mesmas características. A ideia, ainda hoje, é a de que o sujeito louco é alguém com uma periculosidade inerente, que está sempre à espreita, esperando o momento possível de se manifestar em ato violento.

Aos poucos, a psiquiatria vai se afirmando como ciência capaz de enxergar o que ninguém mais pode: a loucura e seu grau intrínseco de perigo. Estabelece para si necessidade de participação em toda a sociedade, pretende proteger a comunidade dos perigos que esta área do saber – e somente ela – é apta a constatar (Rauter, 2003, p. 41).

Importa chamar a atenção para o fato de que determinada representação só se torna visível em uma formação discursiva específica. Deste modo, a medicina utiliza o conceito de doença como dispositivo de análise e “reorganiza o universo mental e seus elementos

heterogêneos sob o método clínico experimental e sob o arsenal teórico-prático que constitui a medicina científica e a psiquiatria” (Carvalho e Amarante, 2012, p. 45). A loucura se confunde, portanto, com a conduta desviada. Qualquer traço de imoralidade identificaria também a loucura.

Neste sentido, o conceito de doença mental pode ser entendido como uma construção discursiva que pode ser representado graficamente, segundo Carvalho e Amarante, da seguinte forma:

Imagine-se o saber-fazer médico-psiquiátrico como um espaço de representações que configura, de acordo com sua especificidade, um cenário de acontecimentos discursivos e não discursivos. Que se pense a loucura como força exterior, em princípio, ao espaço médico. Imagine-se essa força sendo enclausurada, encapsulada pelo plano discursivo psiquiátrico. Nesse processo – que envolve forças – a loucura imprime dobras, elevações e profundidades na superfície. Produz-se um espaço da loucura que só pode ser lido, compreendido e analisado a partir das impressões que provoca na superfície de um dado campo discursivo. Quando a loucura é encoberta, produz um desenho especial no látex que a envolve, imprime suas curvas. Estas curvas são lidas, descritas, compreendidas, enfim, percebidas num contexto de regras de formação discursiva. Ou seja, quando emerge na superfície médico-psiquiátrica (em sua constituição histórica moderna), aparece como ‘doença’ (construto teórico referencial de análise clínica). Assim, passa a ser percebida e enunciada: objeto emergente num campo de enunciações possíveis, conceitualmente coerente e devidamente tematizada/teorizada (Carvalho e Amarante, 2012, p. 46).

O que estava implicado nesta relação de poder era o direito da não-loucura sobre a loucura, em que a primeira teria a incumbência de corrigir os erros de normalidade (ilusões, alucinações, fantasmas). E o sujeito que sofria desta doença encontrava-se desqualificado como louco, ou seja, destituído de qualquer poder ou saber sobre o ‘mal que o acometia’. É como se o psiquiatra dissesse ao considerado louco:

Sabemos sobre a sua doença e singularidade coisas suficientes, das quais você nem sequer desconfia, para reconhecer que se trata de uma doença; mas desta doença conhecemos o bastante para saber que você não pode exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. Sua loucura, nossa ciência permite que a chamemos doença e daí em diante, nós, médicos, estamos qualificados para intervir e diagnosticar uma loucura que lhe impede de ser um doente como os outros: você será um doente mental (Foucault, 2004a, p. 127).

E, evidentemente, sendo uma doença exigiria cura, que se daria, então, através do tratamento moral, de Pinel. Este “era um jogo entre a natureza, a doença e o médico, que desempenhava o papel de prognosticador, árbitro e aliado da natureza contra a doença” (Foucault, 2004a, p. 102).

O tratamento moral é o procedimento nuclear para a cura dos alienados, sendo os outros meios uma forma de operacionalizar, de uma outra maneira, a ação moralizante da Medicina mental. Com efeito, podemos distinguir o tratamento moral num sentido estrito, como aquele que atua primariamente nas paixões e na inteligência dos alienados, do tratamento moral num sentido amplo, como aquele que atinge a produção mental do alienado por vias indiretas, pelo corpo ou pela disposição física (Birman, 1978, p. 355).

E os procedimentos utilizados no hospício para curar o cidadão eram

a religião, purificada de suas formas imaginárias e reduzida a seu conteúdo essencial; o medo, que deve incutir culpa e responsabilidade; o trabalho, que cria o hábito da regularidade, da atenção e da obrigação; o olhar dos outros, que deve produzir autocontenção e é desmistificador; a infantilização; o julgamento perpétuo, que faz do hospício um microcosmo jurídico e do louco um personagem em processo; e *last but not least* o médico, responsável pela internação e a autoridade mais importante no interior do asilo (Machado, 2007, p. 72).

Em suma, as quatro técnicas do tratamento moral de Pinel com o objetivo de “remodelar os reclusos recém-libertados dos grilhões do hospital geral” (Passos, 2009, p. 50) eram: a) esvaziamento dos delírios através do isolamento e silenciamento do louco, b) introjeção da culpa e da loucura c) ridicularização da loucura e d) autoridade máxima do médico quanto ao saber acerca da loucura (Passos, 2009, pp. 50/51).

Para tanto, faziam parte do tratamento moral episódios de “curas físicas”, em que inomináveis violências eram legitimadas pelo discurso terapêutico. Exemplo disto é o *Oleum cephalicum*, óleo inventado por um médico que acreditava que, na insanidade, vapores escuros tampavam os vasos muito finos pelos quais os espíritos animais deveriam passar. Com isso, o sangue ficava sem direção entupindo as veias do cérebro, onde estagnava, a menos que fosse agitado por um movimento confuso que embaralhava as ideias. O medicamento possuía a função de criar pústulas na cabeça a fim de que os vapores negros escapassem do cérebro, desanuviando-o (Merquior, 1985, p. 30).

Observa-se, portanto, que “a ação do psiquiatra é moral e social, e não depende, necessariamente, para sua eficácia, de competência científica: desalienar é instaurar uma ordem moral. A medicina mental é uma terapêutica, uma educação moral, característica que, até nossos dias, ainda o acompanha” (Machado, 2007, p. 72).

Em outras palavras, pode-se dizer que sendo a loucura alienação, a forma de trazer a cura ao indivíduo é o retorno ao inalienável através do manicômio. É, assim, iniciada não só para o louco, mas para todos, a “era do patológico” (Machado, 2007, p. 73).

Não obstante, com a chegada dos microscópios aos estabelecimentos de internação, começam – devido aos estudos neurológicos – a ser questionados os métodos pouco científicos utilizados até então pelo tratamento moral.

Quando el poder médico expulsa por completo de la escena asilar al del no médico, comienza efectivamente la decadencia del tratamiento moral que, como lo ha demostrado Robert Castel, se convierte en particular con François Leuret en una simple “pedagogía médica”, a lo sumo en una educación especializada (Postel e Bing, 1999, p. 49).

Os considerados loucos são isolados dos demais pacientes e assim permanecem até ocorrer o movimento de reforma psiquiátrica, impulsionado por Tuke e Pinel. Pela primeira vez seriam excluídos do convívio com seus colegas de infortúnio e receberiam tratamento psiquiátrico sistemático (Resende, 2001, p. 25).

Segundo o ponto de vista tradicional dos historiadores, foi no final do século XVIII, ou seja, em 1793, na França, que Pinel liberou os loucos de suas correntes, e foi mais ou menos na mesma época, na Inglaterra, que Tuke, um quacre, criou um hospital psiquiátrico. Considera-se que os loucos eram tratados até então como criminosos e que Pinel e Tuke os qualificaram, pela primeira vez, de doentes (Foucault, 2002a, p. 262).

Há, no entanto, outros autores que acreditam que o rompimento das correntes físicas não passa de um mito lançado em 1805 pelo discípulo de Pinel, Esquirol, e reconstruído como narrativa pelo filho de Pinel, “quando este, já afastado de suas atividades e ameaçado pela projeção e prestígio do ex-discípulo, busca, e consegue, consagrar-se como o filantropo que desacorrentou os loucos” (Passos, 2013, p. 65).

Independentemente de tal divergência, segundo Foucault, as práticas psiquiátricas começam, assim, a abrir as portas do hospício. No entanto, se reinam hoje nestas instituições

não é pela força de sua filantropia ou seu afã de objetividade científica, é porque o internamento mesmo, pouco a pouco, cobrava um valor terapêutico (Foucault, 2003a, p. 151).

Foucault percebe nessa liberação do corpo um aprisionamento maior e ainda mais sufocante: o enclausuramento da mente.

(...) a tortura moral torna-se a lei da tirania da razão sobre a loucura. No mundo do hospício, argumenta Foucault, antes das reformas psiquiátricas de Pinel e outros, os doidos na verdade gozavam de mais liberdade do que as terapias modernas lhes permitem, uma vez que o tratamento pela “internação clássica” não visava a mudar-lhes a consciência. Seus corpos estavam presos por correntes, mas suas mentes tinham asas - mais tarde cortadas pelo despotismo da razão (Merquior, 1985, p. 32).

Conforme Foucault o saber médico adentrou de maneira decisiva a instituição hospitalar, ambos (saber médico e instituição hospitalar) totalmente empenhados no fenômeno da disciplinarização – assunto ainda a ser tratado na tese –, que, nos séculos XVII e XVIII, afirmou-se expressivamente. O autor observa que

assim se estabelece a função muito curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta.(...) tudo isto tinha por função fazer do personagem do médico o “mestre da loucura” (...) (Foucault, 2004a, p. 122).

Deste modo, na segunda metade do século XIX, a psiquiatria passa a ser um “imperativo de ordenação dos sujeitos” (Amarante, 2013, p. 26), ou seja, será orientada pela metodologia das ciências naturais, assumindo caráter eminentemente positivista. Assim, passará a ser “um modelo centrado na medicina biológica que se limita a observar e descrever os distúrbios nervosos intencionando um conhecimento objetivo do homem” (Amarante, 2013, p. 26).

Uma nova concepção de loucura, em que o homem se perde em si próprio, nas suas convicções e não mais nos padrões morais – como se entendia na Idade Clássica - “*la ‘psiquiatria científica’ del siglo XIX a llegado a ser posible*” (Foucault, 2003a, p.461).

2.2.1. A apropriação do discurso psiquiátrico pelo direito penal

Até o século XVIII, a natureza do autor do delito era uma questão não levantada, irrelevante. Como explica Foucault,

é como sujeito detentor da verdade que o criminoso deve ser investido pelo saber do juiz; não é nunca como criminoso, como quem cometeu o crime. Porque ao confessar, todo esse saber se torna, nesse mesmo instante, inútil para a determinação do castigo. Não é o sujeito criminoso, é o sujeito sábio que é assim investido por esse saber (Foucault, 2002b, p. 107).

Bastava que o réu confessasse seu delito/pecado para que fosse condenado e seu corpo supliciado. O objetivo do castigo era chocar e, assim, convencer a população de que a falha não seria perdoada.

A partir do século XVIII, porém, esse cenário se altera. O poder soberano será substituído por uma rede de micropoderes que se espalha por toda a sociedade. É a disciplinarização (Foucault, 2004b), cujo resultado é a normalização de todas as áreas do corpo social, como se verá.

Tornar-se-á importante, então, descobrir uma unidade de medida entre o crime e a punição, capaz de torná-la razoável, almejando única e exclusivamente a prevenção de novos crimes. Esta medida será chamada de interesse ou razão de ser do crime⁸ e a nova perspectiva pretende investigar a racionalidade que está por trás da infração. O crime tem uma natureza e o criminoso é um ser natural caracterizado por sua criminalidade (Foucault, 2002b, p. 102).

No século XIX, o saber jurídico depara-se com o crime desprovido de racionalidade e a questão a ser enfrentada é como se deve lidar com o delito que não possui inteligibilidade. É que “entre os criminosos haveria muitos alienados mentais que não realizavam estes atos intencionalmente. Seriam levados a este resultado motivados por impulsos incontroláveis” (Birman, 1978, p. 285).

E este fato ia de encontro a toda lógica da filosofia iluminista que, baseada na noção de contrato social, entendia que o homem era dotado de racionalidade e que o crime nada

⁸ “(...) o interesse é ao mesmo tempo uma espécie de racionalidade interna do crime, que o torna eligível, e é ao mesmo tempo o que vai justificar as ações punitivas que se exercerão sobre ele, o que vai poder se exercer sobre o crime ou sobre todos os crimes semelhantes: o que o torna punível” (Foucault, 2002b, p. 143).

mais era do que uma má escolha. É como se, na posse do seu livre arbítrio, ao invés de atuar conforme o direito, a pessoa optasse por praticar o crime, razão pela qual receberia uma pena proporcional à sua capacidade de autodeterminação.

Assim, o que começa a inquietar os estudiosos do tema é a forma de tratar os sujeitos que cometem crimes, mas, em tese, não possuem capacidade para compreender suas próprias ações. O que se pergunta é: “O que fazer com o insensato? Como definir a presença ou ausência da razão com fins de determinar os limites do livre-arbítrio? Eis um problema para o Direito, rapidamente respondido com um arsenal técnico e teórico pela incipiente psiquiatria nascente no século XIX” (Hoenisch, 2002, p. 35).

2.3.Direito penal e psiquiatria: a origem da lógica periculosista

No princípio do século XIX, começam a entrelaçar-se direito e psiquiatria, por força da presença da demência na reforma do Código dos delitos e das penas, na França, em 1810. Seu art. 64 afirmava que a demência anulava o crime, exatamente como Pinel havia indicado (Barros-Brisset, 2011, p. 45).

Qual seria o lugar para realizar a reforma do indivíduo fora da norma? Presídio ou hospício? Se a sua natureza comportar um déficit moral, vai para o hospício, e se, por outro lado, o crime for o resultado de um desvio moral, vai para o presídio (Barros-Brisset, 2011, p. 45).

Como referido na introdução, e como será aprofundado ao longo do texto – tendo em vista que esta discussão acabou por constituir-se em questão central da tese – parece que Foucault, ao criar a metáfora da porta giratória, na aula de 15 de janeiro de 1975, em “Os Anormais”, baseou-se nas premissas do referido Código Penal, pois afirma que:

a loucura apaga o crime, a loucura não pode ser o lugar do crime e, inversamente, o crime não pode ser, em si, um ato que se arraiga na loucura. **Princípio da porta giratória: quando o patológico entra em cena, a criminalidade, nos termos da lei, deve desaparecer.** A instituição médica, em caso de loucura, deve tomar o lugar da instituição judiciária (Foucault, 2002, pp. 39/40).

A discussão que nos propomos a fazer, principalmente nos capítulos subsequentes é justamente se, nos tempos atuais, no Brasil, a loucura efetivamente tem apagado o crime. O que parece acontecer é que há não exatamente a sobreposição da loucura face às demais características do sujeito, mas talvez a criminalidade prepondere quando se fala da união entre dois estigmas tão fortes: delito e insanidade. De qualquer modo, neste momento, o intuito é somente apresentar que há nesta imagem que move a presente tese, a porta giratória criada por Foucault, relação direta com o Código Penal francês, em que quando constatada a loucura excluir-se-ia o delito.

O período em que começam a unirem-se direito e psiquiatria poderia ser dividido em três grandes momentos: a) entre 1810 e 1835 se tem a ideia de uma loucura raciocinante, em que o agente do delito parece absolutamente “normal” antes e depois do crime. A psiquiatria de Esquirol explica tal situação com base na monomania homicida, ou seja, “um déficit moral intrínseco, visível apenas no crime mesmo” (Barros-Brisset, 2011, p. 46). Tais casos seriam resolvidos não pelo direito, mas sim pela psiquiatria, através do tratamento moral pineliano; b) entre 1840 e 1870 cabe ao Estado a missão de proteger a sociedade dos perigosos que não respondem ao tratamento penal. Nesse sentido, Morel indica que é possível à medicina mental classificar os degenerados através de seus graus de perigos e identificá-los antes mesmo de qualquer prática delitativa; c) entre 1876 e 1910, “Lombroso (1876) fez o giro da chave e acabou de apertar a rosca: não havia mais diferença entre demência e delinquência. Só havia demência, o delinquente é um doente que precisaria mais de médicos do que de direito penal” (Barros-Brisset, 2011, p. 46).

Nesta direção, Barros-Brisset, citando Foucault, identifica o conceito de periculosidade como uma das mais fortes expressões da vinculação entre o direito e a psiquiatria, ou seja, “a parceria entre a psiquiatria e o direito, motivada por necessidades diferentes, foi a incubadora responsável pela gestação e concepção da noção de indivíduo perigoso” (Barros-Brisset, 2011, p. 38).

Deste modo, “a periculosidade torna-se o principal atributo do louco, paradoxalmente vai produzir ícones poderosos como a diferenciação entre imputabilidade e inimputabilidade, necessidade de segregação por meio da ‘defesa social’ e o aparecimento das medidas de segurança no final do século XIX” (Mattos, 2006, p. 35).

Assim, “o nó entre defesa social e periculosidade criminal normatiza a parceria direito-psiquiatria, criando uma nova tecnologia de controle desses casos: a medida de

segurança – uma precaução ao estado perigoso do indivíduo portador do déficit moral” (Barros-Brisset, 2011, pp. 47).

Note-se, portanto, que o saber penal busca na psiquiatria o alento necessário àquilo que não pode responder. A psiquiatria, por sua vez, encontra na intersecção crime/loucura/perigo a chance de ser reconhecida, visto que o louco é entendido como um criminoso em potencial (Rauter, 2003).

Esta dependência do direito com a psiquiatria, vivenciada até hoje – como veremos ao tratar das perícias psiquiátricas – pode ser atribuída ao significado do instinto, teria “toda uma nova maneira de colocar o problema do que é patológico na ordem da loucura” (Foucault, 2002b, p. 166).

Esse elemento misto que pode funcionar em dois registros ou, se quiserem, é essa espécie de engrenagem que permite que dois mecanismos de poder engrenem um no outro: o mecanismo penal e o mecanismo psiquiátrico; ou, mais precisamente ainda, esse mecanismo de poder, que é o sistema penal e que tem seus requisitos de saber, consegue engatar no mecanismo de saber que é a psiquiatria e que tem, de seu lado, seus requisitos de poder (Foucault, 2002b, p. 174).

Conforme Foucault, é graças ao instinto que ambas as engrenagens conseguirão se vincular de uma vez por todas, sendo seus efeitos produtivos não só na ordem da penalidade, como também na da psiquiatria (Foucault, 2002b, p. 174). Seu papel político no controle social é, pois, importantíssimo. É ele quem poderá delegar à psiquiatria o poder de identificar na pessoa tendência para o delito, ou a sua loucura, o que é equivalente. Agora a insânia já não é estampada nos semblantes perturbados dos enfermos, é velada, pois o “anormal” (Foucault, 2002b) é o possuidor de um instinto oculto que pode vir a sobressair em algum instante, prejudicando o corpo social (Foucault, 2002b, pp. 163/165).

Assim, para a psiquiatria, o crime sem razão é importante fator de legitimação de sua ciência, “é a prova de seu saber e a justificação de seu poder” (Foucault, 2002b, pp. 153/154) e fonte imprescindível do entrelaçamento entre a psiquiatria e o direito, como demonstra Foucault, ao criar ironicamente o diálogo que poderia existir entre ambos os saberes:

De um lado, o poder penal não vai parar de dizer ao saber médico: “Olhe, estou diante de um ato sem razão. Então, por favor, ou me encontre razões para esse ato, e com isso meu poder de punir poderá

se exercer, ou, então, se não encontrar, é que o ato será louco. Dê-me uma demonstração da demência e eu não aplicarei meu direito de punir. Em outras palavras, dê-me elementos com os quais eu possa exercer meu poder de punir, ou com os quais deixe de aplicar meu direito de punir”. Eis a questão levada pelo aparelho penal ao saber médico. E o saber-poder médico vai responder: “Está vendo como a minha ciência é indispensável, pois sou capaz de farejar o perigo onde nenhuma razão é capaz de fazê-lo aparecer. Mostre-me todos os crimes com que você tem de lidar e eu sou capaz de lhe mostrar que, por trás de muitos desses crimes, muitos haverá em que eu encontrarei uma ausência de razão. Ou seja, sou capaz de lhe mostrar que, no fundo de toda loucura, há a virtualidade de um crime e, por conseguinte, justificação do meu poder” (Foucault, 2002, pp. 153/154).

Consolida-se, então, o conceito de que a criminalidade carrega em si a predisposição à loucura e que todo o criminoso é, em realidade, um louco em potencial, pois perigoso.

A partir desta premissa, buscar-se-ão maneiras de lidar com a nova constatação. São necessários artifícios que auxiliem na identificação da loucura/crime e meios para, de igual forma, conter a patologia e preservar a sociedade dos riscos por ela oferecidos. Entende-se, então, que entre loucura e responsabilidade criminal há relações variáveis que requerem a avaliação do psiquiatra para sua determinação (Rauter, 2003, p. 41). Não existe mais a dicotomia: loucura/hospício, crime/prisão.

Desta forma a psiquiatria, ao fazer da loucura seu objeto de estudo, pretende dar novo destino aos loucos criminosos: devem ser excluídos não porque infringiram as regras sociais, mas porque necessitam de tratamento para sua doença, pois é “justamente esta incapacidade para o contrato social, esta ausência de razão que os torna perigosos para o convívio com a sociedade” (Rauter, 2003, p. 43).

E a afirmação da psiquiatria como ciência única que detém o poder para falar sobre a loucura, mantém-se até hoje, pois o direito internaliza suas avaliações como verdades absolutas. O trabalho tratará desta questão quando as perícias psiquiátricas forem discutidas.

A psiquiatria passa, assim, a lutar pela competência exclusiva no que se refere aos distúrbios mentais e o direito penal, por seu turno, fortalece tal sentimento na medida em que se utiliza do discurso médico, da cura, para encarcerar os ‘insanos’.

Saliente-se, ainda, que o fato de o homem ter passado a ser objeto de ciência, indubitavelmente organizou o direito e a medicina mental a fim de que se produzisse um

campo de conhecimento no âmbito de sua própria competência, e assim o fizeram. Em outros termos “a psiquiatria e o direito penal não existiam antes do marco desta nova episteme, são especialidades fundadas a partir dessa necessidade, gerando uma nova forma de punir e uma nova forma de tratar a loucura” (Barros-Brisset, 2011, p. 47).

Deste modo, pode-se dizer que a relação entre o direito penal e a psiquiatria se constituiu em tempos históricos diversos, ao longo do século XIX e início do século XX. A tensão é a marca desta relação no início da modernidade, mas, no final do século XIX, acabou pairando a harmonia entre ambos os saberes. Tal se fez possível devido à incorporação da leitura psiquiátrica da culpa e da responsabilidade ao direito penal. Porém foram as mudanças sociais processadas no âmbito do direito civil que permitiram ao direito penal inserir sem muita resistência os enunciados psiquiátricos na esfera penal (Birman, 2011, p. 96), situação que persiste até hoje, como se verá.

2.4. A psiquiatria tomada pela criminologia

De Pinel a Lombroso passaram-se cem anos, e a exceção dos dementes foi se tornando a regra de todos os delinquentes, e o que não mudará nesse discurso, seja nos monomaníacos, seja nos degenerados ou no homem delinquente, é a ideia pineliana de um déficit moral intrínseco na loucura, o que faz dos loucos indivíduos intrinsecamente perigosos (Barros-Brisset, 2011, p. 46).

No ano de 1876, Cesare Lombroso publica, na Itália, *L’Uomo delinquente*, obra reconhecida como fundadora da criminologia, apesar de outros autores terem anteriormente se ocupado do estudo do delito através dos métodos das ciências naturais. Todavia o médico italiano foi o primeiro a desenvolver um conjunto de ideias a fim de explicar a delinquência com viés naturalista (Luisi, 2001, pp.8/9), motivo pelo qual a ele foi atribuído o mérito do “esperado câmbio epistemológico nas ciências criminais” (Carvalho, 2003, p 60).

O positivismo, por seu *status* científico, estudava o homem como um objeto determinado por uma série de leis causais similares às que regiam o mundo da física. Produziu-se uma equação entre as ciências naturais e as ciências sociais, (Larrauri, 1991. p. 18), em que o homem criminoso foi, “considerado como diferente e como tal clinicamente observável” (Baratta, 2002, p. 29).

Segundo Pavarini,

como paradigma en el estudio de la criminalidad, el positivismo destaca la *naturaleza determinada* del actuar humano; el comportamiento humano no es más que el resultado de las relaciones de causa-efecto entre los individuos y algunos aspectos de su ambiente, y estas relaciones se presentan con la constante de *verdaderas leyes*. Y todavía más: se asume que estas leyes del comportamiento humano son válidas para todos; quiere decir que los individuos que tienen similares experiencias tenderán a tener comportamientos también similares (Pavarini, 1988, p. 96).

A partir, então, da identificação dos fatores que interagem nesta relação de causa e efeito, seria sempre possível prever sob que condições seria realizada a conduta delitiva. Significa dizer que “al mismo tiempo, será siempre posible controlar estas condiciones, esto es controlar la misma criminalidad” (Pavarini, 1988, p. 96).

O paradigma etiológico contrariava os postulados da Escola Clássica, que acreditava no pacto social (filosofia política do liberalismo clássico), e entendia que o Direito penal tinha como função preservar a sociedade dos supostos danos causados por alguns indivíduos.

Como referido, os criminosos não eram entendidos como seres diferentes e sem autodeterminação (como na Escola Positiva), pelo contrário, suas atitudes estavam totalmente alicerçadas pela noção de livre arbítrio do ser humano. E do ponto de vista criminológico, o direito penal é considerado um tanto quanto “metafísico e anti-científico” (Rauter, 2003, p. 34), pois não se baseia na observação dos fatos.

É neste sentido a crítica de Lombroso ao direito penal liberal:

Eu acredito (e não apenas eu, mas Holtzendorf, Thompson, Wilson, Despine têm acreditado comigo e antes de mim) que, para resolver o problema de se existe ou não uma verdadeira necessidade do crime e se o homem criminoso pertence a um mundo todo seu, seria preciso deixar de lado todas as teorias filosóficas e estudar, em suma, mais que o crime, os criminosos (Lombroso, 2001. p. 45).

Enquanto Lombroso atribui a anormalidade a causas físicas, concluindo que o criminoso é um ser atávico, Ferri dirá que o delinquente é um anormal moral, ou seja,

A patologia moral é sempre acompanhada do desequilíbrio mental mais ou menos grande, segundo o grau da anomalia entre os seres anormais. Porque o crime e a loucura são dois ramos do tronco único da degenerescência humana, de onde provém ainda a tendência inata

ao suicídio e à prostituição, e todas as formas e todos os graus das neuroses e das psicoses (Ferri, 2001, p. 35).

Seriam os criminosos insensíveis, imprevidentes, covardes, preguiçosos, vaidosos e mentirosos. Teriam tendências à homossexualidade, apetite sexual exagerado e incapacidade para o amor. Trata-se, como se vê, de uma anormalidade relacionada à degeneração moral e não à enfermidade (Rauter, 2003, p. 34).

E a partir de tais características surgiria a periculosidade do sujeito. Não, bem entendida, a periculosidade do fato, perigo objetivo de causar dano a um determinado bem jurídico tutelado, como desejavam os autores da Escola Clássica, mas uma periculosidade intrínseca a este ser criminoso. Ferri explica que

De fato, a periculosidade do delinquente é frequentemente independente do perigo objetivo. Pode subsistir mesmo na falta deste perigo, como no caso da tentativa de crime, que seja impossível, ou pelos meios empregados, ou pelo fim que se propôs o delinquente, como veremos a propósito da tentativa (Ferri, 1996, p. 271).

A fim de explicar seu posicionamento, o autor cita o exemplo de um pai perverso que, por motivos de interesse, pretende matar seu filho e prepara a espingarda para quando este voltar da escola. Mas desconfiado, o filho consegue desmuniar a arma sem que o pai veja e quando, à tardinha, retorna da escola, o pai dispara contra ele a dois passos de distância e só não o fere porque a arma está descarregada. Aos olhos da teoria objetiva da tentativa este é um ato imoral, mas não um crime, já que jamais estaria consumado a partir do momento em que a arma não continha mais balas (Ferri, 1996, p. 271).

Ferri dirá que não há dano ou perigo objetivamente considerado neste exemplo, todavia, existe a periculosidade do criminoso, “pelo que se torna moral e juridicamente evidente a necessidade de uma sanção repressiva contra ele” (Ferri, 1996, p. 272). Resumindo: “a periculosidade do delinquente é o critério (subjetivo) fundamental que se substituía ao critério clássico (objetivo) da entidade do crime” (Ferri, 1996, p. 272).

Raffaello Garofalo – a terceira grande referência do positivismo penal – arrisca-se a ir além e elabora a teoria do delito natural. As nuances da conduta variariam ao longo do tempo, embora sua essência permanecesse exatamente a mesma. Significa dizer que haveria um

núcleo imutável do delito natural que acompanharia o ser humano através dos tempos (Freitas, 2002 , p. 110). Explica Garofalo:

O elemento de moralidade necessário para que a consciência pública qualifique de criminosa uma ação é a ofensa feita à parte do senso moral formado pelos sentimentos altruístas de piedade e de probidade – não, bem entendido, a parte superior e mais delicada deste sentimento, mas a mais comum a que considera patrimônio moral indispensável de todos os indivíduos em sociedade. Essa ofensa é precisamente o que nós chamaremos de delito natural (Garofalo, 1997, p. 29).

Assim, a criminologia amplia sua abrangência, não mais se encarregando somente do corpo do ‘delinquente’, mas produzindo efeitos em sua alma (Rauter, 2003, p. 35). Acabam de ganhar contornos duas ideias fundamentais à criminologia: a periculosidade e os novos procedimentos de classificação dos criminosos.

Neste sentido, explicam Jorge de Figueiredo Dias e Manuel da Costa Andrade que as três obras dos grandes autores do positivismo italiano divergiram de forma expressiva. Todavia importante ter presente de que se trata de autores que “chegaram à ‘criminologia científica’ oriundos de diferentes áreas do saber; e, também, que a praticaram no decurso de currículos pessoais muito díspares.” (Dias e Andrade, 1992, p. 15).

É no início do século XX que a psiquiatria como ciência ganha força dentro da criminologia, solidificando o vínculo entre ambas. Explica Cristina Rauter esta relação que desde o século XIX se estabeleceu:

Se a criminologia buscou, a partir de Lombroso, estabelecer entre crime e anormalidade uma relação estável, por outro lado **apenas a psiquiatria afirmou de modo inequívoco que o criminoso é quase sempre um doente mental**. Embora buscando causas mórbidas para o crime, a criminologia não deixou de tematizá-lo enquanto tal, enquanto a psiquiatria pretendeu colocá-lo como mais uma dentre outras manifestações de loucura, medicalizando a noção de crime e transferindo-a para a esfera da psiquiatria (Rauter, 2003, p. 41). (grifei)

Aqui, portanto, pode-se observar a consolidação da construção da lógica voltada ao “anormal” (Foucault, 2002b), racionalidade esta que alicerça até hoje as práticas realizadas nos manicômios judiciais. Parte-se do pressuposto de que o louco carrega em si esta

periculosidade e que nada pode ser feito a não ser a sua internação, sob o falacioso rótulo de ‘tratamento’.

2.5.O surgimento da psiquiatria e da criminologia no Brasil

Com o desenvolvimento do processo de medicalização (e disciplinarização) de todos os setores da sociedade brasileira e com a herança das noções europeias de crime/doença, as prisões passam a ser olhadas desde um prisma terapêutico. Abre-se cada vez mais espaço para a inserção do discurso criminológico-positivista na realidade brasileira: junto às prisões – cuja explícita finalidade era a de excluir e castigar o criminoso, protegendo as comunidades – surgem os primeiros estabelecimentos destinados à cura, visto que o crime é entendido agora também como enfermidade que precisa ser tratada.

No entanto, apesar das críticas sofridas pelo Código Penal de 1830 – por ser pouco específico quanto à loucura e à falta de caráter científico –, o Código Penal de 1890⁹ nada trouxe de novo às questões psiquiátricas. Talvez pelos reflexos da disputa travada entre o direito penal e a psiquiatria, o CP não tenha incorporado qualquer mudança significativa.

Em relação ao tratamento da loucura no Brasil, diferentemente do que diz Foucault acerca da loucura na Antiguidade e Medievo Europeus, nosso país não reservou à insanidade qualquer conotação apoteótica; a insanidade permanece inexpressiva durante muito tempo.

A organização política e econômica do Brasil colonial era bastante propícia à formação de uma classe social ‘tendente à loucura’. A economia era baseada na produção de cana-de-açúcar e seus agricultores eram majoritariamente os escravos negros (Freitas, 2002, p. 216). Forma-se, então, entre senhores e escravos uma classe ociosa, composta por pessoas que não possuem atividade laboral, desprovidas de destino e de ocupação. Ao mesmo tempo gera-se uma forte cultura de repúdio ao trabalho, pois quem trabalha é o negro (escravo) e a ele ninguém deseja ser equiparado.

Está montado um cenário bastante semelhante àquele que propiciou o *grande internamento* na Europa e, embora se diferenciem quanto à origem, assemelham-se nas diversas características de desordem social. É o caos instaurado – exatamente como se deu na

⁹ O art. 27, § 3º e §4º do CP de 1890, disciplinava não serem considerados criminosos os que por imbecilidade nativa fossem absolutamente incapazes de imputação e os que se achassem em completa privação dos sentidos e de inteligência no ato de cometer o crime. O art. 29 do mesmo diploma legal ditava: “os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues às suas famílias, ou recolhidos a hospitaes de alienados, si o seu estado mental assim exigir para segurança do público.”

‘epidemia’ de internação retratada por Foucault – que parece suplicar pela contenção dos indivíduos prejudiciais aos demais ‘cidadãos de bem’.

Durante todo o período do Brasil Colônia e quase todo o Império, ou seja, mais de três séculos, a situação dos loucos se aproximaria à situação dos loucos europeus da Idade Média (Passos, 2009, p. 103), no sentido de que a loucura era sobretudo silenciada.

No Brasil o doente mental faz sua aparição na cena das cidades, igualmente em meio a um contexto de desordem e ameaça à paz social, mas diferentemente do que se observou na Europa, em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, tradicionalmente pouco discriminativa para a diferença. Ou seja, aquelas condições classicamente invocadas como determinantes de um corte a partir do qual o insano torna-se ‘um problema’ – a industrialização, a urbanização maciça e suas consequências – e que levaram muitos autores do século passado a admitir a doença mental como corolário inevitável do ‘progresso’ ainda não se tinha instalado no Brasil e já a circulação de doentes pelas cidades pedia providências das autoridades (Resende, 2001, p. 30).

Somente com a chegada da Família Real ao Brasil é que a loucura começa a ser objeto de ingerência estatal. Fazia-se necessária a organização da sociedade que estava a se desenvolver e urgia fossem controladas as populações em franca reprodução. A medicina foi, então, convocada a atuar na reconfiguração social, e passa a estruturar o projeto do qual emergiu a psiquiatria brasileira (Amarante, 1994, p. 74).

A partir do diagnóstico realizado por uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro acerca da situação dos loucos na cidade, em 1830, houve o reconhecimento da loucura como enfermidade mental. Com o lançamento do slogan *aos loucos, o hospício*, impôs-se que os insanos fossem recolhidos a tais estabelecimentos específicos, objetivando-se, num primeiro momento, encarcerar a população marginalizada e, posteriormente, incutir-lhes terapia através do trabalho.

À semelhança do *grande internamento* na Europa, os médicos, nesta época, eram, em verdade, bastante inexpressivos no quadro das instituições hospitalares brasileiras: não as administravam e suas práticas terapêuticas também se revelavam ínfimas. O Hospital Geral, em Paris, anteriormente citado – grande marco de tais instituições – era “uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece” (Foucault, 2004b, p. 102). E exatamente como na Europa, os

manicômios no Brasil não surgiram dotados de caráter científico, e tampouco eram destinados à cura dos pacientes.

Até o século XVIII, os asilos no Brasil tinham por objetivo a assistência e a exclusão dos mais pobres, atuando em uma dupla função de recolhê-los e proteger o corpo social (Guareschi, Reis e Oliven, 2008). Em 1841 foi criado o primeiro hospício brasileiro na cidade do Rio de Janeiro, o Hospício Dom Pedro II, que foi inaugurado em 1852. Havia no Hospício a “total ausência de um corpo médico, sendo os loucos, e um contingente de órfãs ali abrigadas, cuidados por irmãs de caridade e umas poucas enfermeiras trazidas da Europa” (Passos, 2009, p. 106). Apenas em 1881, quando é fundada a cadeira de “Doenças Nervosas e Mentais”, um médico generalista, assume a direção da instituição (Costa, 2006, p. 34).

O panorama se altera no momento em que a psiquiatria começa a ser reconhecida como ciência. Seu efetivo reconhecimento aconteceu com a promulgação da Lei dos Alienados, Decreto lei nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que objetivava reorganizar a assistência a estes indivíduos. Em seu art. 11, a legislação disciplinava: “Enquanto não possuírem os estados manicômios criminais, os alienados delinquentes e condenados alienados somente poderão permanecer em asilos públicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem” (Costa, 2006, p. 38).

Resta determinado, pois, que esses espaços identificados como hospícios devem ser o único local em que os loucos poderão ser recolhidos, delegando ao psiquiatra a providência da internação quando julgar necessário.

A psiquiatria torna-se especialidade médica autônoma em 1912 – ao desvincular-se da neurologia e da medicina mental – e desta data até 1920 há um expressivo aumento no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais. É nesse período que será criado o manicômio judiciário, por exemplo (Costa, 2006, p. 35).

Foi rápida a multiplicação dos hospícios ao longo da segunda metade do século XIX e da primeira metade do século XX. Entre 1841 e 1954, são criadas 56 dessas instituições, concentradas principalmente nas regiões sudeste (e nela, nas duas maiores cidades, Rio de Janeiro e São Paulo), nordeste e norte (Passos, 2009, p. 107).

Em 1923, é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, orientada por ideias eugenistas, ou seja, “para o pensamento psiquiátrico da LBHM, a causalidade biológica em

Psiquiatria, como, aliás, em política, moral, etc., tornou-se um elemento apriorístico” (Costa, 2006, p. 35). Costa explica que

por falta de uma tradição científica mais sólida, este empreendimento não vai atingir seus objetivos. Os psiquiatras obtiveram o reconhecimento jurídico da Psiquiatria, o desenvolvimento da pesquisa psiquiátrica, a consolidação dos mecanismos institucionais de formação de outros psiquiatras (é com eles que começa o internato psiquiátrico) etc., mas, ao lado desses sucessos, mostraram uma extrema vulnerabilidade diante dos preconceitos culturais da época. Os sinais dessa fragilidade são numerosos e, entre eles, podemos citar aquele que nos parece mais importante, a dificuldade que eles tinham em delimitar o campo próprio à Psiquiatria (Costa, 2006, p. 36)

Em 1934, é promulgado o Decreto nº 24.559 de 3 de julho, segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais. Dispõe “sobre prophylaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psychiatricos”(sic) (Maia *apud* Costa, 2006, p. 35).

Observe-se, portanto, que a exemplo do que ocorreu na Europa, no Brasil houve indiscutida “precedência do asilo em relação ao saber especializado” (Passos, 2009, p. 107) e, mais do que isso, certa confusão em relação ao seu campo de atuação parecia caracterizar a psiquiatria brasileira. À medida que importou as teorias europeias, acabou perdendo, em certo sentido, a sua identidade, tentando de alguma forma afirmá-la com a criação da LBHM, porém crivada de características ideológicas e de evidente eugenia.

2.5.1. A Criminologia brasileira

Formalmente a criminologia é inaugurada no Brasil, em 1896, com *Criminologia*, de Clóvis Beviláqua, “cuja pesquisa sobre a distribuição geográfica da criminalidade, em especial no Ceará, inaugura uma nova metodologia de estudo do crime no Brasil” (Carvalho, 2008, p. 63). Na obra, o autor se propôs a estudar os confrontos étnicos e históricos da delinquência, a partir da premissa de que a mestiçagem brasileira teria importante influência na violência, como se observa:

Esses caboclos, de que aqui se fala, não são índios, mas descendentes delles, em cujas veias correm gottas diluidas de sangue alienigena, sejam cruzamentos primarios como os chamados mamelucos sejam cruzamentos secundarios. Os pretos tambem não são de raça pura; haverá alguma causa de sangue indigena (curibocas, cafuzos); haverá

mesmo uns longes de elemento aryano despercebido na trevosidade das granulações do pigmento. Quando o preto se combina com o branco (mulato), a inclinação criminosa baixa; mas, si há um retorno á fonte negra (cabra), se realça aquella inclinação (*sic*) (Beviláqua, 1983, p.94).

Apesar da forte tendência positivista no pensamento de Beviláqua, foi Raimundo Nina Rodrigues quem difundiu as ideias da Escola Positiva nacionalmente. Em sua primeira obra, publicada em 1894, – *As Raças Humanas e a Responsabilidade Penal no Brasil*, “conjunto de suas lições de Medicina Legal na Faculdade de Medicina da Bahia” (Corrêa, 2006, p. 61) – o médico expôs sua teoria sobre a inferioridade das raças, em que critica a estrutura legislativa brasileira e propõe um programa político-criminal baseado na ideia de defesa social que, em realidade, legitima uma estrutura persecutória de proteção “da minoria da raça branca contra a degenerescência” (Carvalho, 2003, p. 67).

Nos países regidos segundo as formulas das civilizações européias, os negros conservam-se negativos ou atrasados, sempre em eminência de conflito. Não sentem e não compreendem a modo dos arianos, assim como anatomicamente não são constituídos a modo deles. Não podem absorver, assimilar, senão uma certa porção da raça *soi disant* regeneradora que se lhes oferece generosa...e ineptamente: o resto é muito indigesto para eles e provoca reações, que multiplicam o delito e o crime (*sic*) (Nina Rodrigues, s/d, p. 116).

Em virtude de seu posicionamento, o autor chegou a defender a existência de quatro códigos penais no Brasil, pois considerava equivocado o país possuir um único código que não observava as diversidades raciais e regionais. O autor

ao criar tipologias diferenciadas entre os brasileiros (descendente europeu, negro, índio, mulato e mestiços – superiores, comuns e degenerados), assume as premissas evolucionistas que geraram desde concepções jurídicas baseadas na inimputabilidade das raças inferiores devido ao seu inferior grau de civilização e inteligência, até propostas politico-racistas genocidas fundadas no atavismo do ‘selvagem’ e na limpeza social (Carvalho, 2008, p. 66).

O opositor das ideias positivistas no Brasil foi Tobias Barreto, que “foi chefe da “Escola de Recife”, em todos os períodos – poético, crítico-filosófico e jurídico. Pontificou

na advocacia criminal, sobretudo no Júri. Estudou e ensinou, entre outras disciplinas, Direito penal e processual penal na Faculdade de Direito do Recife” (Lyra, 1974, p. 30).

Embora não fosse contemporâneo de Nina Rodrigues, Barreto acabou se tornando seu maior contestador. Em sua obra, *Menores e Loucos*, publicada em 1884, “ironiza a proposta etiológica, afirmando propugnarem seus adeptos a substituição da cadeia pelo manicômio criminal. Se assim fosse, talvez seria necessário colocar no hospital a humanidade inteira” (Carvalho, 2008, p. 67).

Ambos os autores tinham como objeto de estudo a responsabilidade penal, embora com pontos de vista absolutamente distintos.¹⁰ Nesta esteira, enfatiza Tobias Barreto quanto à teoria lombrosiana:

(...) importa reconhecer que a ideia capital de Lombroso não é de todo isenta de um certo sabor de paradoxia. Reduzindo o crime às proporções de um fato natural, incorrigível, inevitável, tão natural e incorrigível como a doença, ele parece julgar inútil a função da justiça pública (Barreto, 1991, p. 72).

Não obstante as críticas de Tobias Barreto, a criminologia brasileira foi crivada, no momento de seu surgimento, de toda essa carga racista e eugenista trazida pela criminologia positivista europeia. A fusão entre ambos os campos do saber será objeto do próximo capítulo, em que se pretende demonstrar a forma como as premissas psiquiátricas passam a ser incorporadas pelo direito penal pátrio e de que maneira, a partir de então, se fundem as áreas *jus* e *psi*, a fim de constituir um sólido e convincente discurso face aos “anormais” (Foucault, 2002b).

¹⁰ Sobre o tema da criminologia brasileira e sua conotação racista, conferir Duarte, 2011. Especificamente sobre a obra de Nina Rodrigues, conferir Revista Gazeta Médica da Bahia, número em homenagem ao centenário do autor, dezembro de 2006.

3. O ESTATUTO JURÍDICO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

Meu irmão Jule tinha voltado da escola. Aproveitando essa oportunidade apanhei a foíce, e entrei na casa de minha mãe e cometi esse crime horrível, começando pela minha mãe, e em seguida minha irmã e meu irmãozinho, depois disso redobrei os golpes, Maria, sogra de Nativel, entrou: Ah, que fazes, disse-me ela, saia daqui, disse-lhe eu, ou lhe farei a mesma coisa (...).

Pierre Rivière

O emblemático caso Pierre Rivière – em que o jovem de 20 anos degolou sua mãe, sua irmã e seu irmão no ano de 1835 – não foi o primeiro a chamar a atenção para a questão do sujeito que não é nem propriamente louco, nem propriamente doente. Rivière sabia perfeitamente o que estava fazendo, era lúcido, orientado e premeditou seu ato em cada pormenor. Daí a confusão que criou para os profissionais da ciência médica e da ciência jurídica. Como pôde cometer tamanha atrocidade e, ainda assim, parecer totalmente racional?

O caso do camponês francês explicita a interiorização do discurso psiquiátrico pelo Direito, a interdependência observada até hoje quando se fala em crimes praticados por doentes mentais. Rivière é um forte símbolo da união entre ambas as disciplinas, direito e psiquiatria, e demonstra perfeitamente as porosas e violentas fronteiras que se fundem nesse discurso voltado aos anormais. E tal questão parecer ter despertado o interesse de Foucault em coordenar um dossiê sobre o fato:

Documentos como estes do caso Rivière devem permitir analisar a formação e o jogo de um saber (como o da medicina, da psiquiatria, da psicopatologia) em suas relações com instituições e os papéis que são aí prescritos (como a instituição judiciária com o perito, o acusado, o louco-criminoso etc.) (Foucault, 2007, p. XIII).

Afinal, era Rivière um doente ou um ‘criminoso da pior espécie’?

Não, Pierre Rivière não era nem monstro, nem mártir; era um ser infeliz, doente, incompleto; era um agente que não tinha toda a consciência de seus atos, e que, por conseguinte, não devia ter sobre eles toda a responsabilidade. Médicos viram nele um louco comum; outros não puderam reconhecer em seu organismo traços de alienação já constatados. E, porque seu gênero de doença era ignorado e novo, porque não havia uma palavra na língua para exprimir esta imperfeição da natureza e esta deplorável

especialidade, qualificaram-no de monstro, monstro de instintos ferozes, do qual a sociedade deveria ser livre (Foucault, 2007, p. 150).

Assim, a partir do caso Pierre Rivière e do que foi demonstrado no capítulo anterior, a intersecção entre as áreas *jus* e *psi*, parece imprescindível descrever como são regulamentadas e se legitimam as medidas de segurança, ou seja, o modelo de sanção pensado especificamente para “o anormal” (Foucault, 2002b). Evidentemente não será realizada uma interpretação meramente legalista sobre o tema, mas a ideia é a de compreender a racionalidade que move a legalidade, apresentando o engendramento da verdade jurídica e as provas passíveis de serem produzidas em busca dessa verdade perseguida pelo processo judicial. Só assim será possível compreender o porquê de a perícia psiquiátrica realizada em alguém suspeito de ser louco e criminoso constituir-se em peça fundamental desse quebra-cabeça que aprisiona o sujeito. É o que passo a examinar.

3.1. Fundamentos e sistemas de responsabilização penal no Brasil

A Constituição estabelece formas distintas de responsabilização pela prática de condutas definidas em Lei como crime. O art. 5º, XXXIX da Constituição, molda o sistema jurídico-penal a partir do princípio da legalidade, fixando a *pena* como resposta ao ilícito – “*não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal*”.

Como consequência da prática de um delito, a pena tem como destinatário o sujeito capaz (imputável). A personificação do ilícito impõe e limita a sanção: “*nenhuma pena passará da pessoa do condenado (...)*” (art. 5º, XLV, da Constituição).

Legalidade e pessoalidade, portanto, são os princípios centrais que orientam o sistema de responsabilização penal e representam os pilares de sustentação do sistema de garantias dos direitos fundamentais. Com o fechamento do horizonte de incriminação em uma lei penal prévia e taxativa, o vínculo entre a conduta delitativa e a sanção penal se estabelece a partir da identificação do autor do fato punível. A imputação recai apenas sobre aquele sujeito imputável que deu causa ao resultado ilícito (art. 13, *caput*, Código Penal), a

partir de uma ação ou omissão dolosa ou culposa¹¹ (imputação subjetiva do resultado – art. 18, Código Penal).

A ideia moderna de responsabilidade penal é um dos desdobramentos jurídicos da teoria do contrato social, cujo pressuposto é que o sujeito da obrigação tenha *capacidade* de opção livre e consciente dos ônus decorrentes da sua conduta (pena). A definição dos critérios de capacidade (imputabilidade) penal no ordenamento jurídico brasileiro segue dois parâmetros normativos: o *etário* e o *psíquico*. Embora a doutrina utilize a terminologia da inimputabilidade *biopsicológica*, de forma a diferenciar os transtornos mentais de origem orgânica daqueles psicológicos, adota-se a classificação sugerida por Paulo Queiroz: “*é de convir, inclusive, quanto à impropriedade da expressão ‘método biopsicológico’, porque em realidade nem o estado é biológico – se em alguns casos o fato está biologicamente fundamentado – nem a capacidade é psicológica – mas uma construção normativa, de sorte que se trata, mais exatamente, de um método psíquico-normativo ou psicológico-normativo: o psicológico se refere aos estados psíquicos capazes de comprometer a capacidade de compreensão, enquanto o normativo diz respeito à capacidade, que não é um estado psíquico, mas uma atribuição*” (Queiroz, 2011, p. 324).

Assim, a imputabilidade do sujeito – *imputabilidade* entendida como *capacidade para a culpabilidade*¹² – compreende a ultrapassagem dos limites etários legais e a ausência de sofrimento psíquico que obstaculize a consciência do ilícito ou impossibilite uma conduta adequada às normas legais. Para Juarez Tavares “a imputabilidade é um juízo político sobre a capacidade de entendimento e a autodeterminação do agente frente às normas criminalizadoras” (Tavares, 2015, p. 97).

Neste sentido, determina o *caput* do art. 26 do Código Penal que “*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 compreender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.*” Às hipóteses de inimputabilidade psíquica é agregada a inimputabilidade etária: “*os menores de 18 (dezoito anos) são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial.*” (art. 27, Código Penal).

¹¹ Crime doloso é aquele praticado com consciência e vontade por parte do agente e crime culposos é aquele não desejado, mas que ocorre por falta de cuidado. Acaba sendo praticado o crime porque o autor do fato agiu de maneira imprudente, imperita ou negligente.

¹² Culpabilidade, neste sentido, é a reprovação do Estado penal face à conduta praticada pelo agente.

No âmbito constitucional, cujo texto é posterior à Reforma do Código Penal de 1984, houve a reprodução dos critérios de inimputabilidade etária no art. 228, padecendo de injustificável omissão em relação à inimputabilidade psíquica.

3.1.1. Espécies de penas e medidas no sistema normativo brasileiro

O art. 5º, XLVI, da Constituição, impõe a necessidade da individualização das penas após a condenação do imputável e define as espécies de sanções criminais adotadas no Brasil – *“a lei regulará a individualização da pena e adotará, entre outras, as seguintes: a) privação ou restrição da liberdade; b) perda de bens; c) multa; d) prestação social alternativa; e) suspensão ou interdição de direitos.”*

A projeção constitucional é realizada a partir da lógica de punição direcionada aos adultos (imputabilidade etária) não portadores de sofrimento psíquico (imputabilidade psíquica). Todavia, em razão da lacuna constitucional em relação às formas de sanção aplicáveis aos inimputáveis etários (jovens em conflito com a lei) e psíquicos (portadores de sofrimento psíquico) que praticaram atos ilícitos, as espécies de sanção e, sobretudo, os limites impostos às práticas punitivas se traduzem em princípios reitores ou de orientação.

O art. 5º, XLVII, da Constituição, estabelece que *“não haverá penas: a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX; b) de caráter perpétuo; c) de trabalhos forçados; d) de banimento; e) cruéis.”*

Neste cenário, é possível verificar claramente dois comandos constitucionais em relação às penas, às medidas socioeducativas e às medidas de segurança. O primeiro relacionado à privação de liberdade como última opção a ser imposta (princípio da excepcionalidade ou da intervenção mínima). A Constituição, ao estabelecer as formas de sanção, apresenta a privação de liberdade como uma dentre as penas aplicáveis, isto é, a pena de prisão compõe um sistema integrado por formas alternativas de punição juntamente com a prestação social, a suspensão ou interdição de direitos, a multa e a perda de bens. Mas, para além da previsão das formas alternativas de penas, o preceito constitucional é aberto (*“dentre outras”*), possibilitando que o legislador crie novas formas de resposta penal ao delito.

O *segundo* comando constitucional relativo às penas, às medidas socioeducativas e às medidas de segurança, que se harmoniza com o princípio da excepcionalidade, é a

necessidade de efetivação de formas humanitárias de sanção, situação jurídica definida pela doutrina através do princípio da humanidade (art. 5º, XLVII, Constituição).

O Código Penal de 1940, ainda imerso na ideia da prisão como sanção criminal por excelência, previa como penas principais a reclusão, a detenção e a multa (art. 28). A Reforma de 1984, com o objetivo de alinhar o sistema jurídico brasileiro aos preceitos humanizadores do direito penal garantista e ciente dos malefícios do encarceramento denunciados pela criminologia crítica nas décadas de 60 e 70, unificou a reclusão e a detenção sob o rótulo de pena privativa de liberdade e incorporou, junto com a multa, a pena restritiva de direitos como sanção autônoma (art. 32, II, Código Penal), porém substitutiva (art. 59, IV, Código Penal¹³). Ao regrar as espécies de penas restritivas, previu a prestação de serviço à comunidade, a interdição temporária de direitos e a limitação de final de semana (art. 43, I, II e III, Código Penal). As hipóteses de aplicação substitutiva das penas restritivas de direito foram posteriormente ampliadas pela Lei 9.714/98.

É possível, portanto, após a descrição dos preceitos legais relativos às distintas áreas de intervenção, apresentar as espécies de penas e medidas, previstas no sistema jurídico brasileiro, aplicadas aos autores de atos ilícitos:

Quadro Comparativo: Espécies de sanções previstas para imputáveis e inimputáveis

Destinatários →	Imputáveis	Inimputáveis Psíquicos (Portadores de Sofrimento Psíquico)	Inimputáveis Etários (Adolescentes em Conflito com a Lei)
Espécies de Sanções ↓			
Sanções Privativas de	Pena de reclusão ou de detenção (art. 33, <i>caput</i> , CP) em	(a) Internação em hospital de custódia e tratamento	(a) Internação em estabelecimento educacional (art. 112,

¹³ “O juiz, atendendo à culpabilidade, aos antecedentes, à conduta social, à personalidade do agente, aos motivos, às circunstâncias e consequências do crime, bem como ao comportamento da vítima, estabelecerá, conforme seja necessário e suficiente para reprovação e prevenção do crime: I – as penas aplicáveis dentre as cominadas; II – a quantidade de pena aplicável, dentro dos limites previstos; III – o regime inicial de cumprimento da pena privativa de liberdade; IV – a substituição da pena privativa da liberdade aplicada, por outra espécie de pena, se cabível” (art. 59, Código Penal).

Liberdade	regime: (a) fechado (art. 33, § 1º, a, CP); (b) semiaberto (art. 33, § 1º, b, CP); ou (c) aberto (art. 33, § 1º, c, CP)	psiquiátrico (art. 96, II, CP).	VI, Lei 8.069/90); (b) Regime de semiliberdade (art. 112, V, Lei 8.069/90)
Sanções Restritivas de Direitos	(a) Prestação de serviço à comunidade ou a entidades públicas (art. 43, IV, CP); (b) Interdição temporária de direitos (art. 43, V, CP); (c) Limitação de final de semana (art. 43, VI, CP)	(a) Sujeição a tratamento ambulatorial (96, II, CP).	(a) Advertência (art. 112, I, ECA); (b) Prestação de serviços à comunidade (art. 112, III, ECA); (c) Liberdade assistida (art. 112, IV, ECA); (d) Encaminhamento aos pais (art. 101, I, ECA); (e) Orientação, apoio e acompanhamento (art. 101, II, ECA); (f) Frequência em estabelecimento de ensino (art. 101, III, ECA); (g) Inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio (art. 101, IV, ECA).
Sanções Pecuniárias	(a) Multa (art. 49, CP); (b) Prestação pecuniária (art. 43, I, CP); (c) Perda de bens (art. 43, II, CP). ¹⁴	Sem previsão.	(a) Reparação do dano (art. 112, I, ECA).

¹⁴Embora o art. 43 do Código Penal classifique a prestação pecuniária e a perda de bens e valores como penas restritivas de direito, o caráter monetário das sanções permite identificá-las com a multa. Todavia importante referir que diferentemente da multa, que é paga ao Fundo Penitenciário Nacional (art. 49, Código Penal), ou seja, possui destinação pública, a prestação pecuniária é destinada à vítima, nos termos do art. 45, § 1º, Código Penal.

É necessário observar que na exposição de motivos do Código Penal – material que é também utilizado para a avaliação da maneira como opera a racionalidade periculosista no cumprimento das medidas de segurança – o tratamento ambulatorial é considerado como medida restritiva, distinta da detentiva (internação): *“duas espécies de medida de segurança consagra o Projeto: a detentiva e a restritiva. A detentiva consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (...). O Projeto consagra significativa inovação ao prever a medida de segurança restritiva, consistente na sujeição do agente a tratamento ambulatorial, cumprindo-lhe comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico, a fim de ser submetido à modalidade terapêutica prescrita”* (§§ 89 e 90, Exposição de Motivos da Reforma do Código Penal, 1984).

É preciso lembrar que estas espécies de sanções referidas acima – que revelam a tensão existente no interior do sistema jurídico entre as formas privativas de liberdade e as alternativas desinstitucionalizantes – são aplicáveis ao ato decisório que constata a prática de ato ilícito. Trata-se de possibilidades sancionatórias que o ordenamento jurídico fornece ao juiz no momento da sentença final, seja o processo penal (adultos) ou infracional (adolescentes).

Em outros termos, pode-se afirmar que há, no Brasil, duas formas de responsabilização penal, uma de penas e outra de medidas, que se subdividem em socioeducativas e de segurança. O modelo de penas se liga ao paradigma racionalista, em que cada pessoa possui livre-arbítrio e ao praticar um delito deve receber uma pena proporcional ao mal causado pelo seu crime (rompimento do pacto social). Tal punição é aplicada pelo fato praticado e não pelo que a pessoa é ou pensa, o que configura uma ideia de direito penal do fato.

Em contraponto, o sistema de medidas (de segurança) tem como conceito-chave a periculosidade, liga-se, pois, ao paradigma etiológico, punindo não porque a pessoa possui livre-arbítrio e age contrariamente ao direito, mas porque o sujeito não tem capacidade de autodeterminar-se já que é doente/perigosa. Claro fica, portanto, que a medida de segurança acaba por castigar o agente pelo que ele é (perigoso) e não efetivamente pelo ato praticado.

Realizado este panorama geral do sistema de responsabilização penal no Brasil, passo ao estudo mais específico de como se dá a produção da verdade jurídica, ou seja, os sistemas processuais existentes e de que maneira ocorre a busca pela verdade nos processos judiciais, ou seja, sistema de provas. Parece imprescindível compreender como e porque a

perícia (laudo psiquiátrico) possui importância extremada no processo penal, sobretudo no que concerne à decisão sobre a imputabilidade que, por sua vez, resultará em pena ou medida de segurança.

Para tanto, torna-se igualmente relevante demonstrar que nem mesmo do ponto de vista do direito penal a perícia poderia ser utilizada da forma como o é. Tal uso parece contribuir muito para a lógica perversa que captura o considerado louco e infrator, é um dos elementos fundamentais dessa rede que o apreende.

Neste sentido, também ficará claro porque um sistema de produção da verdade jurídica e de provas adequa-se melhor à aplicação das medidas de segurança e outro ao modelo de aplicação de penas.

3.2. A Produção da verdade jurídica: sistemas processuais e a produção da prova

Avalio, a seguir, o ritual de responsabilização do suposto autor do crime, isto é, as formas que a ciência jurídica encontra para chegar a uma suposta verdade e, em cada uma dessas formas (sistemas processuais), o modo pelo qual se produz a prova em busca da verdade que o processo pode revelar (sistemas de provas). Tal análise se torna relevante para o que se propõe na tese, mapear a racionalidade voltada ao “anormal” (Foucault, 2002b), porque ajuda a compreender como o laudo pericial torna-se fundamental na perpetuação da periculosidade como conceito-chave, naturalizado no que concerne às amarras que aprisionam o considerado louco infrator.

3.2.1. Sistema Inquisitório e a Prova Tarifada

Antecipadamente à abordagem que será feita a respeito dos sistemas processuais e suas características, é importante salientar que é impensável um sistema jurídico misto ou híbrido. Significa dizer que o que caracteriza qualquer sistema é o fato de que mantém um determinado núcleo rígido, que contém princípios unificadores. Não é possível haver a fusão dos sistemas ou dos paradigmas, ou seja, “o modelo jurídico é garantista ou antigarantista. O sistema processual é acusatório ou inquisitório. O sistema executivo é jurisdicional ou administrativo (Carvalho, 2003, p. 172)”. O que pode, evidentemente acontecer, é um sistema apresentar características do outro, mas isso não faz dele híbrido ou misto.

Historicamente pode-se dizer que, até o século XII, a produção da verdade nos processos penais é realizada através do sistema acusatório, sistema processual penal atualmente inserido em nosso ordenamento (apreciado posteriormente). A partir desta data até o século XIV, houve alterações nessa configuração, sendo incorporado o sistema inquisitório.

Esse foi o modelo processual adotado na Idade Média, momento em que os tribunais do Santo Ofício – instituídos no século XIII – caçavam bruxas e hereges e todos os que, como eles, se opusessem às normas da Santa Igreja, ou seja, ao ‘saber oficial’.

Esse sistema tem como orientador o princípio inquisitivo, também chamado de princípio de investigação, que é aquele que supõe que o tribunal investiga por si mesmo os fatos da causa. Assim, o tribunal não está limitado aos requerimentos de prova: pode e deve recorrer de ofício¹⁵ a outros meios de prova não solicitados pelo Ministério Público ou pelo acusado. Tal princípio vige em todas as etapas do processo (Roxin, 2000, p. 99-100).

Inquisitorial é todo o sistema processual em que o juiz procede de ofício a busca e valoração das provas, chegando ao juízo depois de um processo escrito e secreto, do qual estão excluídos ou restam limitadas as garantias do acusado, seus direitos de defesa. Neste sistema,

a Igreja passa a enxergar no crime não só uma questão de interesse privado mas, principalmente, um problema de salvação da alma, requisitando-se o magistério punitivo como forma de expiação das culpas. O arrependimento não é mais suficiente. É necessária a penitência, motivo por que cumpre à Igreja investigar um significativo número de infrações, ratificando-se, politicamente, sua autoridade (Prado, 2001, p. 96).

O objetivo é o de alcançar a verdade substancial, configurada como uma verdade máxima, perseguida sem qualquer limite normativo quanto aos meios de aquisição das provas e cuja maior expressão era a confissão do acusado. Cordero sustenta que o juiz decide antes e vai em busca das provas necessárias para confirmar sua hipótese depois, ou seja, o julgador desenvolve um quadro mental paranoico a partir do primado das hipóteses sobre os fatos (Cordero, 2000, p. 26). O objetivo era o de atingir a chamada verdade real e para tanto qualquer meio era admitido, sendo lícito, inclusive, torturar-se o acusado.

¹⁵ “De ofício” é uma expressão recorrentemente utilizada pela linguagem jurídica, que significa que o juiz agirá sem que ninguém tenha solicitado. Mesmo que nenhuma das partes processuais requeira qualquer providência judicial, o magistrado, por sua iniciativa, realizará o ato processual.

Indubitavelmente a questão da verdade é uma das discussões mais férteis e polêmicas que os campos teóricos podem propor, passível de ser analisada sob inúmeras perspectivas do conhecimento. Entretanto, por não ser este o objeto do presente trabalho, apenas faz-se menção às inquietações suscitadas por Francesco Carnelutti, grande processualista italiano.

Para Carnelutti, a verdade é inatingível ao homem, pois

a coisa é uma parte; ela é e não é; pode ser comparada a uma moeda sobre cuja cara está gravada o seu ser e, sobre sua coroa, o seu não ser. Mas para conhecer a verdade da coisa, ou digamos, precisamente, da parte, necessita-se conhecer, tanto a sua cara, quanto à sua coroa (Carnelutti, p. 161).

O autor entende que a verdade é inacessível pelo fato de não sermos capazes de perceber sua existência como um todo, ficando nossa visão limitada. É justamente essa restrição que impossibilita ao ser humano conhecer a verdade (que é um todo), visto que, ao reconhecer unicamente parcela da coisa, ele não possui mecanismos para atingir sua verdade.

A verdade estaria, pois, no todo, mas este não pode ser apreensível pelo homem a não ser por uma ou várias das partes que o constituem. Para exemplificar, Coutinho compara a verdade a um polígono: todas as suas faces não podem ser vistas simultaneamente, mas nem por isso se deve acreditar que a única parte vislumbrada compõe a integralidade do polígono ou, em outras palavras, que os demais lados dessa figura geométrica não a compõem como totalidade. Devido a essa constatação, Carnelutti afirma que o processo judicial não pode significar a busca da verdade, mas deve ser a verificação (ou investigação) da certeza. Afirma o autor:

El trabajo del juez, para juzgar, consiste, después de todo, en una confrontación entre el modelo preparado por el legislador y el hecho ocurrido en la realidad, confrontación de la cual nace un sí o un no: existe o no existe un delito. El resultado de este trabajo se llama declaración de certeza del delito (Carnelutti, 1950, p. 146).

Não obstante, para atingir a verdade real, o sistema inquisitório utiliza-se do acusado como objeto de investigação e a ele não reserva qualquer garantia processual. Qualquer ínfima suspeita bastava para que a investigação se iniciasse com “seus particulares métodos de averiguação” (Lopes Júnior, 2004, p. 161). O acusado era, invariavelmente, preso, ficando à disposição para ser interrogado e, em geral, torturado, até o momento em que o magistrado

se desse por satisfeito, tivesse extorquido de sua ‘fonte’ os elementos ensejadores da (tão desejada) condenação.

el inquisidor investiga, tratando de buscar signos del delito, y labora sobre los acusados, porque, culpables o inocentes, saben todo lo que se requiere para decisiones perfectas; todo está en hacérselo decir (Cordero, 2000, p. 29).

Trata-se, pois, de regime extremamente autoritário, que pratica punições de cunho moral e de conotações subjetivas, como, por exemplo, juízos sobre a personalidade do acusado. Realiza-se perante o suposto autor do fato um modelo de direito penal do autor, ou seja, a hipótese de desvio é, simultaneamente, sem ação e sem fato ofensivo. A lei, neste caso, não proíbe nem regula comportamentos, apenas configura *status* objetivos diretamente incrimináveis: não tem função regulativa, senão constitutiva dos pressupostos da pena; não é observável ou violável pela omissão ou comissão de fatos contrários a ela, senão que é constitutivamente observada ou violada por condições pessoais conformes ou contrárias (Ferrajoli, 2001, p.100-101).

Assim, argumentos ou opiniões são aptos a condenar pessoas a um regime de prisão. O delito confunde-se com o pecado e a essência do crime está na alma, entranhada no ser do desviante. O juiz, por sua vez, ocupa, ao mesmo tempo, a posição de acusador e julgador, atuando em causa própria e contaminando o processo com subjetividade e parcialidade.

3.2.2. A prova pré-valorada: o sistema da Prova Tarifada

Antes de se analisar a prova tarifada – característica do sistema inquisitório – convém fazer algumas observações quanto à prova no processo penal brasileiro. A doutrina não consegue definir o que seja prova de uma maneira unívoca e é bastante comum a confusão entre os conceitos de ‘prova’ e de ‘provar’.

Provar é, antes de mais nada, estabelecer a existência da verdade; e as provas são os meios pelos quais se procura estabelecê-la. Entende-se, também, por prova, de ordinário, os elementos produzidos pelas partes ou pelo próprio Juiz visando a estabelecer, dentro do processo, a existência de certos fatos. É o instrumento de verificação do *thema probandum* (Tourinho Filho, 2004, p. 370).

Segundo Luigi Ferrajoli, prova, em linhas gerais, é o “*hecho probatorio experimentado en el presente del que se infiere el delito u outro hechodelpasado (...)*.”(Ferrajoli, 2001, p. 130). Muitos, porém, ainda pensam a prova como se ela contivesse a fórmula mágica de desvelar o delito e responder aos anseios sociais, materializando aos olhos do julgador a mais pura e concreta verdade, como se de fato ela existisse.

O método das provas legais (ou tarifadas) acompanhou durante cinco séculos – desde o fim do século XIII até a Revolução Francesa – a experiência processual da Inquisição, desenvolvida em toda a Europa continental (Ferrajoli, 2001, p. 135). Através desse sistema o legislador tinha a esperança de excluir a arbitrariedade judicial, na medida em que cada prova trazia um peso preestabelecido, não se tratava de incumbência do juiz, portanto.

Codificara-se uma tarifa (ou tabela) de provas que atribuía presumidamente determinados valores aos distintos tipos de provas admitidos no processo. De acordo com cálculos aritméticos preestabelecidos, as provas ganhavam contornos de mais ou menos relevância, criando assim uma hierarquia em cujo topo estava, invariavelmente, a confissão como a “rainha das provas (*regina probationum*)” (Coutinho, 2001, p. 50).

Esse tipo de prova encontra no sistema inquisitivo campo extremamente fértil para sua efetivação. Sobressai como forma de fazer desse um sistema processual infalível, na medida em que todos os suspeitos são ‘devidamente punidos’. Ferrajoli define as provas legais como

datos probatorios que permiten deducir inopugnablemente la conclusión fáctica gracias a su conjunción con premisas legalmente presumidas como verdaderas que por lo general conectan el tipo de hecho experimentado como prueba y el tipo de hecho considerado probado. Estas premisas son, evidentemente, normas jurídicas (Ferrajoli, p. 134).

Essa se tornava condição imprescindível para o convencimento do magistrado, sempre que os meios tradicionais não propiciassem a certeza necessária à condenação (Gomes Filho, 1997. p. 24). Portanto, “havia as provas completas e as provas incompletas, as provas plenas e as provas semiplenas, as provas inteiras, as semiprovas, os indícios, os adminículos” (Foucault, 2002, p. 09).

A ideia da prova como suficiente, graças a sua adequação com uma norma, é idêntica à que fundamenta as provas irracionais do tipo mágico e arcaico: o ordálio, o duelo judicial, o juramento, a adivinhação. Ferrajoli explica que

en estas pruebas mágicas, que caracterizan a las experiencias procesales primitivas y, en particular, a la romano-germánica de la Alta Edad Media, un echo natural — como el resultado de una prueba física del acusado con la naturaleza o con la parte ofendida, la provocación del castigo divino en caso de mentira o, directamente, cualquier signo de la naturaleza —viene considerado por una norma como prueba o como signo suficiente de culpabilidad o de inocencia (Ferrajoli, p. 135).

Visto que o objetivo desse tipo de prova seria encontrar um culpado (sempre), várias pessoas eram punidas pelo simples fato de terem sido transformadas em suspeitas. De maneira alguma se almejava (e se permitia) a absolvição do réu e, caso ‘constatada’, por exemplo, a parcial culpa do sujeito, ele teria sua pena atenuada dentro da proporcionalidade dos cálculos aritméticos e de acordo com a tabela legal. As semi-provas e os quartos de provas legais aparecem sempre como sinais de algo: se não da culpabilidade, de uma semi ou menos que semi-culpabilidade que comporta uma semi-pena ou uma pena reduzida (Ferrajoli, 2001, p. 136).

O entendimento era o de que ninguém seria suspeito sem que tivesse ensejado, efetivamente, motivos para a acusação. E esta é a principal característica que fazia do inquisitório um sistema processual penal infalível.

Como em seguida se verá, pode-se afirmar que, atualmente, no Brasil, temos utilizado o laudo psiquiátrico como a rainha de todas as provas, como o elemento probatório que maior valor possui no momento de se decidir sobre a (in)imputabilidade do réu. Dessa maneira, estar-se-ia abandonando o modelo de prova de livre apreciação do julgador para adotar uma espécie de prova tarifada.

3.2.3. O Sistema Acusatório¹⁶ e a Livre Apreciação das Provas

A partir do pensamento Iluminista e da Revolução Francesa, há o declínio do sistema inquisitório e, conseqüentemente, das provas legais.

¹⁶ Geraldo Prado sustenta uma específica diferenciação entre sistema e princípio acusatório. O sistema compreenderia princípios e normas ordenados a partir do principal princípio, qual seja, o acusatório. O princípio acusatório, por sua vez, seria um “processo de partes, visto, quer do ponto de vista estático por meio da análise das funções significativamente designadas aos três principais sujeitos, quer do ponto de vista dinâmico, ou seja, pela observação do modo como relacionam-se juridicamente autor, réu, e seu defensor, e juiz, no exercício das mencionadas funções” (Prado, 2001, pp. 125-126).

El decreto de la Asamblea constituyente de 8-9 de octubre de 1789 reformó radicalmente los principios del procedimiento inquisitivo codificados por la Ordonnance criminelle de 1670, imponiendo la publicidad y la defensa del imputado en todos los grados del juicio. Y dos años después el decreto de 16-19 de septiembre de 1791 suprimió por completo el viejo sistema al introducir desde la fase sumarial el rito acusatorio, al instituir el jurado popular, al abolir todo tipo de secreto, al vincular el proceso a la oralidad y la inmediación y, en fin, al suprimir las pruebas legales y consagrar el principio de la libre convicción del juez (...) (Ferrajoli, 2001, p. 136-139).

A separação rígida e intransponível entre acusação, defesa e o juiz seria o mais importante dos elementos constitutivos do modelo teórico acusatório, como pressuposto estrutural e lógico de todos os demais. A garantia da separação representa condição essencial para a imparcialidade do magistrado quanto às partes processuais (Ferrajoli, p. 567).

A iniciativa de apresentar a prova no processo, portanto, cabe às partes e não ao juiz – pois que terceiro na relação processual – porquanto atua somente por instigação, assumindo posição nitidamente passiva. Estabelece-se, assim, a configuração do processo penal como uma relação triangular entre os sujeitos, *“dos de los cuales estan como partes en la causa, y el tercer o super partes: el acusador, el defensor y el juez”*(Ferrajoli, 2001, p. 581).

Outra importante maneira de diferenciar o Sistema Processual Acusatório e o Inquisitório é através da análise da produção e do manuseio de suas respectivas provas. Jacinto Coutinho ressalta que a diferenciação dos dois sistemas processuais penais faz-se de acordo com os princípios unificadores – inquisitivo e dispositivo – determinados pelo critério de gestão da prova. Se o processo tem como um de seus objetivos a reconstituição de um fato pretérito, o crime, a maneira como se administra a prova, na forma pela qual ela é produzida, identifica o princípio unificador (Coutinho, 2001, p. 28).

Ao contrário do Sistema Inquisitório, o Sistema Acusatório tem por base um regime democrático, com preocupações de punir somente a ação do agente. Liga-se, pois a um modelo de direito penal do fato, ou seja, um direito penal que pune o ato praticado pelo agente e não o seu ser. Respeitando a ideia de estado laico, de secularização do direito, este modelo de direito penal não analisaria qualquer característica do sujeito, somente puniria o fato cometido, sem estabelecer qualquer juízo moral sobre ele.

Assim, no Sistema Acusatório, as únicas ações puníveis são as determinadas por lei, excluindo-se qualquer possibilidade ontológica ou extralegal. Significa dizer que a punição está desvinculada de qualquer juízo moral, não sendo papel do Direito impor comportamentos ou hábitos. Somente a lei disciplina o que é relevante em matéria criminal, estando esta limitada justamente pelos comportamentos empíricos predeterminados.

Neste sentido, este modelo de sistema pretende a máxima racionalização e limitação do poder arbitrário tanto do Estado quanto de particulares. O delito, neste contexto, para ser entendido como tal, necessariamente deve ultrapassar duas etapas: no caráter formal, *nulla poena et nullum crimen sine lege* - só é punível a situação anteriormente descrita na lei, e, no caráter empírico, *nulla poena sine crimine et sine culpa* – só existirá crime se houver uma prova concreta de sua ocorrência, com a consequente atribuição de culpa a um agente (Ferrajoli, 2001, p.34).

Enquanto um sistema zela pela posição passiva do juiz e pela verificação e refutação das provas de forma empírica – tendendo à limitação máxima do poder – o outro admite provas baseadas em probabilidades e subjetividades.

Além disso, o sistema de provas tem como Princípios-base a ampla defesa e o contraditório e, sempre que os mesmos forem desrespeitados, haverá a nulidade do processo por descumprimento do chamado “devido processo legal¹⁷”.

O contraditório pode ser inicialmente tratado como um método de confrontação da prova e comprovação da verdade, fundando-se não mais sobre um juízo potestativo, mas sobre o conflito, disciplinado e ritualizado, entre partes contrapostas: a acusação (expressão do interesse punitivo do Estado) e a defesa (expressão do interesse do acusado [e da sociedade] em ficar livre de acusações infundadas e imune a penas arbitrárias e desproporcionadas). É imprescindível para a própria existência da estrutura dialética do processo (Lopes Júnior, 2004, p. 66).

A efetividade desse Princípio depende da possibilidade de verificação concreta das hipóteses trazidas pelas provas coletadas ao longo do processo. Devem ser suscetíveis de controle empírico, assim, a assertiva se manifestará como verdadeira ou falsa, como válida ou inválida. No sistema de garantias processuais, o ponto principal está relacionado à ‘verdade’

¹⁷ O Devido Processo Legal é o conjunto de regras a serem seguidas quando da realização do ritual de responsabilização criminal do réu (processo penal). A ideia que o norteia é a de que só se chegará a uma sentença ‘justa’ se todas as garantias do acusado tiverem sido respeitadas, direitos estes que compõem o devido processo legal.

fática, implicando dois elementos básicos: a verificabilidade e a verificação. O primeiro elemento consiste na possibilidade de se fazer uma referência empírica, ou seja, a prova para ser objeto de refutação prescinde de comprovação empírica, uma alteração no plano fático. A prova necessita, pois, de uma lei que descreva situações futuras nas quais poderão incorrer os cidadãos.

A incidência da lei, num Sistema Acusatório, nunca pode depender de um juízo absolutamente subjetivo, pois as assertivas desde o ponto de vista da moral são inobserváveis, não podendo ser consideradas falsas ou verdadeiras. Quando a lei abre lacunas que somente podem ser preenchidas por juízos de valor (do julgador), viola-se o sistema acusatório/garantista.

Significa dizer que, no Sistema Garantista, as provas devem ser comprováveis empiricamente, objetivando uma adequada refutação. Só assim o acusado exercerá efetivamente sua ampla defesa.

3.2.3.1. A Livre Apreciação das Provas

Neste cenário, então, é utilizado o sistema de provas da livre apreciação. Trata-se de uma das alterações humanitárias, originadas no Iluminismo, ocorridas no século XVIII, em que todos os meios de prova são aceitos e suscetíveis à livre valoração do julgador; entretanto ele não pode decidir com base em conhecimentos obtidos fora do processo judicial e, se houver conhecimento de algum elemento relevante ao esclarecimento da verdade, deve ordenar que sejam trazidas ao processo as provas necessárias (Tourinho Filho, p. 308).

O princípio da livre apreciação, considerado um meio termo entre a prova legal e a íntima convicção,¹⁸ significa: a) não presunção legal de culpabilidade na presença de tipos de prova abstratamente previstos pela lei; b) presunção de inocência na ausência de provas concretamente convincentes; c) a tarefa da acusação de exhibir tais provas, o direito da defesa de refutá-las e o dever do juiz de motivar, de acordo com elas, a própria convicção em caso de condenação; d) a questionabilidade de qualquer prova, que sempre justifica a dúvida como hábito profissional do juiz e, devido a isso, permite a absolvição.

¹⁸ Tal sistema vigora no Brasil, atualmente, na figura do tribunal do júri, onde os jurados, pessoas da sociedade, decidem de acordo com suas próprias percepções sobre a realidade. Eles não precisam, sequer, fundamentar o voto, explicar os motivos que os levaram a condenar ou absolver, estão completamente livres, portanto, para se utilizar de qualquer sentimento para absorver a situação apresentada e, assim, decidir. Além disso, o voto é sigiloso e nunca se fica(rá) sabendo se votaram contra ou a favor daquele réu.

Desta forma, embora o juiz esteja apto a proferir as decisões de acordo com critérios que ele identifique como os mais adequados, não está livre de expressar claramente os motivos que o conduziram à determinada sentença (fundamentação). Além disso, deve mencionar os elementos de prova que foram levados em conta para chegar à decisão e a valoração crítica dada a elas.

O projeto abandonou radicalmente o sistema chamado da certeza legal (...). Não serão atendíveis as restrições à prova estabelecidas pela lei civil, salvo quanto ao estado das pessoas; nem é prefixada uma hierarquia de provas; na livre apreciação desta, o juiz formará, honesta e lealmente, a sua convicção(...) **Todas as provas são relativas; nenhuma delas terá, ex vi legis, valor decisivo, ou necessariamente maior prestígio que outra** (grifou-se).

Este é o sistema adotado pelo atual Código de Processo Penal Brasileiro, que no seu artigo 157 estabelece: “O juiz formará sua convicção pela livre apreciação da prova”. Além disso, pela exposição de motivos do mesmo Código pode-se constatar o que deveria ser o abandono do sistema da prova legal ou tarifada.

Saliente-se, todavia, que a mesma exposição de motivos que disciplina a adoção do sistema da livre apreciação das provas – característica do sistema acusatório/garantista – em detrimento das provas tarifadas – vinculadas ao sistema inquisitivo – também enfatiza que o juiz abandonará sua posição passiva quanto à produção das provas: “sua intervenção na atividade processual é permitida, não somente para dirigir a marcha da ação penal e julgar a final, mas também para ordenar, de ofício, as provas que lhe parecerem úteis ao esclarecimento da verdade” (Coutinho, 2001, p.27).

Está, portanto, desde sua origem, adotando um determinado sistema processual (o acusatório) e, simultaneamente facultando ao juiz a possibilidade de atuar de modo totalmente vinculado ao sistema que (o CPP) diz estar abandonando, qual seja, o inquisitorial. Como já citado, o juiz ator, que coleta provas ou as suscita de alguma maneira, tem característica explicitamente inquisitiva, não se admitindo que o magistrado do sistema acusatório (o mesmo da livre apreciação das provas) desfaça-se de sua posição de espectador e, menos ainda, que vá em busca de qualquer meio de prova.

Contudo é exatamente esta a atuação que o art. 149 do CPP autoriza ao juiz ao disciplinar que ordene de ofício a realização do exame médico-legal do acusado quando

houver dúvida sobre suas faculdades mentais. O magistrado está apto, portanto, a determinar a realização do incidente de insanidade mental – o processo que é instaurado a fim de apurar a imputabilidade do réu, como se verá em seguida – quando entender necessário, inclusive se nenhuma das pessoas autorizadas pelo Código – Ministério Público, defensor, curador, ascendente, descendente, irmão ou cônjuge – levantar tal possibilidade.

Neste sentido,

Eis a primeira violência ao sistema acusatório: a oficiosidade do magistrado em arguir o incidente, rompendo com a base principiológica democrática do referido sistema: o princípio dispositivo impositor de constante distanciamento do julgador para com as atribuições persecutórias próprias do acusador em qualquer momento do jogo processual (Souto, 2004, p. 356).

Como se verifica, portanto, o problema parece iniciar antes mesmo do enclausuramento no manicômio, ou seja, quando o magistrado – como se acusador fosse – recebe autorização –legitimado pelo (sempre presente) discurso psiquiátrico/criminológico – para requerer o exame do que é mais inviolável na pessoa, o seu pensar. Desse modo, o juiz que produz a prova é o mesmo que julga, exatamente como funciona(va) no sistema inquisitorial.

Enfim, parece fundamental deixar que as partes persigam a verdade processual e que, portanto, seja delas a iniciativa em relação às provas apresentadas. E o Código de Processo Penal insinua essa possibilidade, mas, em seguida, abre a possibilidade para o juiz ir em busca da prova para dirimir dúvida sobre algum ponto relevante (art. 156 CPP) (Coutinho, 2001, p. 38).

Percebe-se, assim, nos artigos 149 e 156, segunda parte, do CPP, absoluta inconstitucionalidade, pois violam o sistema acusatório/garantista. Tendo a Constituição Federal optado pela tutela dos direitos fundamentais, é imprescindível que a estrutura processual penal acompanhe suas orientações. E isso não só face aos direitos de defesa, mas também aos direitos de ação e à segurança, por exemplo. Devem, portanto, os que aplicam as leis vigentes dar efetividade à Constituição Federal (Prado, 2001, pp. 59/60).

3.2.3.2. Produção da verdade processual: a prova pericial

O processo judicial admite três espécies de provas: testemunhal, documental e pericial. Prova testemunhal é a que se obtém através do relato prestado em juízo, por pessoas que conhecem o fato. Contudo só é considerada prova testemunhal a que é coletada com as garantias que cercam o depoimento oral, que obrigatoriamente se faz em audiência na presença do juiz e das partes, sob compromisso legal de dizer a verdade.

A prova documental é aquela trazida ao processo por meio de um documento. Em sentido lato, documento não é apenas o escrito, mas qualquer elemento que transmita diretamente o registro físico de um fato, como desenhos, fotografias, gravações sonoras, etc. No entanto o Código de Processo Penal pareceu privilegiar a forma escrita pela forma como redigiu seu artigo 232: “Consideram-se documentos quaisquer escritos, instrumentos ou papéis, públicos ou particulares”.

As perícias, por sua vez, são constatações realizadas por pessoas com conhecimentos científicos ou artísticos e o juiz, por sua específica preparação jurídica, pode delas necessitar. São chamadas ao processo judicial para apreciar algum fato ou circunstância que tenha sido adquirido anteriormente por outro meio de averiguação e seja de interesse ou necessidade para a investigação.

Segundo o Código de Processo Penal brasileiro, art. 159, “os exames de corpo de delito e as outras perícias serão feitos por dois peritos oficiais,” escolhidos à confiança do magistrado. Na falta destes poderão ser substituídos por pessoas cujo perfil se enquadre no disciplinado pelo art. 159, §1º do CPP, ou seja, “pessoas idôneas, portadoras de diploma de curso superior, escolhidas, de preferência, entre as que tiverem habilitação técnica relacionada à natureza do exame”.

Além disso, baseando-se no princípio do contraditório, à parte contrária também é permitido apresentar um especialista que, igualmente inquirido como testemunha, pode contrariar as opiniões dos peritos. Ao magistrado – de acordo com o sistema da livre apreciação das provas – caberá rejeitar ou acolher a contra-prova então oferecida. Se permanecer em dúvida, ainda poderá requerer nova perícia, a qual deverá solver o conflito gerado pelas perícias anteriores.

Em nosso ordenamento, contudo, embora haja a possibilidade do contraditório posterior, geralmente, as informações técnico-científicas não ensejam discussão equilibrada

entre os interessados, o que faz com que prevaleça uma única versão sobre os fatos examinados, aceita de modo acrítico, não só pelo julgador como pelas partes do processo.

Os quesitos poderão ser formulados pelas partes ou autoridade judicial (art. 176 CPP), podendo a perícia ocorrer tanto na fase do inquérito quanto, posteriormente, no curso do processo.

Essa espécie de prova abarca uma parte descritiva, em que os peritos relatam o que exatamente foi constatado pelo especialista, e outra conclusiva, em que responderão a perguntas específicas, aplicando as regras técnicas cabíveis (art. 160 CPP). Contudo nesse momento de conclusão em tese, como em qualquer prova, o laudo deve limitar-se ao plano fático, não podendo o perito invadir a esfera do juiz no sentido de realizar qualquer conclusão jurídica.

Foi feita breve ilustração das espécies de prova existentes no Brasil, especialmente a pericial para que se compreenda como age a perícia psiquiátrica perante o processo penal. Para verificação da possível loucura do acusado, recorre-se ao incidente processual penal de insanidade mental almejando-se determinar o grau de imputabilidade do cidadão.

3.3. A Produção da verdade psiquiátrica: o laudo

Se, do ponto de vista jurídico, o laudo pericial tem uma finalidade muito clara dentro do processo penal, é uma das provas mais importantes a embasar a decisão do juiz, parece interessante notar o que a psiquiatria pretende extrair desse mesmo laudo. Desde a ciência médica há também determinados regimes de verdade que se constroem e são construídos através dessa perícia e parece importante perceber agora a verdade perseguida pela psiquiatria quando a realiza.

Segundo as regras da psiquiatria acerca do parecer emitido no incidente de insanidade mental, seu objetivo central é o de analisar se o periciando apresentava, no momento da prática delitiva, condições de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (Paz, 2004, p. 16). Note-se que esta é a demanda feita pelo código penal ao referir que a inimputabilidade se dá exatamente quando o sujeito não tem condições de entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento, ou seja, trata-se evidentemente de uma demanda jurídica e não de uma indagação da e no campo da psiquiatria.

Assim, a redação utilizada no parecer deve evitar “jargões da psiquiatria (p. ex., atuação), bem como o uso de termos técnicos com conteúdo abstrato (p. ex., inconsciente)” (Paz, 2004, p. 16). É preciso ser o mais claro possível, sabendo-se que aquele laudo é endereçado a alguém não médico. Em outros termos, é preciso levar em consideração que “o laudo deve tentar auxiliar o juiz a ter uma ideia clara quanto a se o sujeito avaliado é ou não imputável e o porquê. Julgamentos morais jamais devem fazer parte de um laudo pericial psiquiátrico” (Paz, 2004, p. 16).

Neste sentido,

Quanto mais objetiva e clara for a avaliação, melhor será a conclusão do laudo pericial. A história clínica pregressa pode ser muito útil quando da formulação de um diagnóstico psiquiátrico. ‘A fruta em geral não caiu muito longe do pé’, ou seja, o sujeito que tenha cometido um crime e tenha alguma espécie de transtorno psiquiátrico em geral não enlouqueceu do dia para noite e tenha um histórico clínico-psiquiátrico (Paz, 2004, p. 16).

Deste modo, o exame pericial deverá ser constituído especificamente das seguintes partes: a) identificação, b) condições do exame, c) histórico e antecedentes, d) exame clínico, e) exames complementares (se houver), f) diagnóstico e g) conclusões médico-legais.

Na identificação o periciando deve ser identificado da forma mais precisa possível, e para tanto poderá ser descrito fisicamente, ter verificados seus documentos, ter referidos sexo, idade, filiação, data de nascimento. Melhor ainda se puder ser anexada foto recente e impressão digital do sujeito.

Na segunda parte deve-se fazer breve relato das condições no momento do exame, citando o local, se mais alguém da família, por exemplo, foi ouvido e quais os medicamentos utilizados pelo examinado naquele momento.

No histórico devem constar os antecedentes neuropsíquicos com implicações em sua atividade mental, bem como eventuais tratamentos psiquiátricos anteriores. Ademais “ênfatizam-se os momentos de eventuais crises existenciais e a maneira como o examinado reagiu a elas, os padrões habituais de comportamento familiar, social e profissional. Alguns autores valorizam a história psiquiátrica e familiar” (Paz, 2004, p. 19).

Em relação ao exame clínico, deve ser realizado o exame físico e mental do sujeito, ou seja, exame clínico, neurológico e psicopatológico, baseado em dados do exame e na

entrevista. Tal relato “deve ser objetivo, inteligível, sucinto e deve evitar divagações” (Paz, 2004, p. 20). Se houver exames complementares deverão ser tratados na próxima parte e estes poderão ser exames de laboratório, resultados de exames funcionais ou de imagem e de testes que porventura tenham sido realizados. Todos deverão ser inteligíveis ao leitor não médico.

No momento do diagnóstico, o médico deverá retratar com precisão o que verificou e apresentar conclusões técnicas a respeito. Preferencialmente, sempre que possível, o perito deverá usar uma classificação de diagnósticos conhecida internacionalmente e aceita pela comunidade científica. Evidentemente que o diagnóstico não precisa ser único e deverá incluir as diversas comorbidades, quando houver, realizando, inclusive, comentários sobre o prognóstico das alterações psíquicas encontradas.

Nas conclusões o perito deve indicar claramente seu diagnóstico ou suas hipóteses e, em determinados casos, pode agregar sugestões que acredite pertinentes a fim de orientar o juiz.

Nessas conclusões a objetividade deve ser uma preocupação sempre presente. Para evitar longos trechos fortemente carregados de descrições e considerações acadêmicas, o perito deve ter em mente que sua missão é ilustrar, orientar e esclarecer a justiça da melhor forma possível (Paz, 2004, p. 20).

Contudo é fundamental ilustrar as conclusões com dados da literatura psiquiátrica, nunca se esquecendo de tentar traduzir a linguagem. Em outros termos, a conclusão ou o relatório médico-legal é “a comunicação escrita do perito à justiça, consoante e fiel às suas observações e, desejavelmente, acompanhado de comentários profissionais, bem como das respostas aos quesitos formulados pelo juiz” (Paz, 2004, p. 20).

Ademais, “tendo-se chegado a um diagnóstico psiquiátrico claro e objetivo, o psiquiatra pode sugerir, ou não, a medida de segurança, pois o fato de o periciando ser portador de transtorno mental não significa, conseqüentemente, que o mesmo seja inimputável” (Breier, Paz e Gauer, 2001, p. 157). Porém, se a periculosidade é o fundamento da imposição da medida de segurança no Brasil, para que o réu possa ser encaminhado ao manicômio judiciário, este sujeito deve ser considerado portador de periculosidade, isto é, a inimputabilidade do sujeito está sim atrelada à característica da periculosidade.

Diante do exposto, parece ficar claro que a psiquiatria não tem sua própria demanda em relação a essa perícia e já espelha sua fusão com o direito, haja vista que se apropria do

conceito jurídico de imputabilidade considerando-o como o objetivo do laudo. Significa dizer que um conceito normativo (imputabilidade ou responsabilidade penal) é o que orienta a análise do perito psiquiatra. Não são as características do portador de sofrimento mental e os efeitos advindos desse sofrimento que estão em causa, mas responder a pergunta que a ciência *jus* faz para a ciência *psi*. Sem essa indagação o laudo se esvazia do ponto de vista da psiquiatria, perde o objeto, não tem nenhuma razão de ser.

“Trama-se pois, pouco a pouco, essa espécie de *continuum* médico-judiciário, cujos efeitos podemos ver e cuja institucionalização-mestra vemos no exame médico-legal” (Foucault, 2002b, p. 40). Afirmar que há, de um lado, o direito fazendo suas perguntas à medicina, que irá respondê-las com base em sua epistemologia para que sejam decodificadas pelo juiz, que tomará decisões, é uma grande falácia. O que existe é a psiquiatria a serviço do direito, e tal submissão é justamente o que descaracteriza a técnica psiquiátrica. Ao se encontrar submetida ao requerimento do juiz para versar sobre um conceito normativo, a psiquiatria deixa de agir segundo seu conhecimento próprio e conclui fora da esfera de seu campo. A psiquiatria torna-se o grande instrumento que serve ao direito para o embasamento de suas decisões judiciais e, o que é inacreditável, com legitimidade científica.

O exame psiquiátrico é, portanto, estranho

tanto em relação à instituição judiciária como em relação à normatividade interna do saber médico; e não apenas estranho, mas ridículo. O exame médico viola a lei desde o início; o exame psiquiátrico em matéria penal ridiculariza o saber médico e psiquiátrico desde a sua primeira palavra. Ele não é homogêneo nem ao direito e nem à medicina (...) No fim das contas, é de outra coisa que se trata. É de outra parte que vem o exame médico-legal. Ele não deriva do direito, não deriva da medicina. Nenhuma prova histórica de derivação do exame penal remeteria nem à evolução do direito, nem à evolução da medicina, nem mesmo à evolução geminada de ambos. É algo que vem se inserir entre eles, assegurar sua junção, mas que vem de outra parte, com termos outros, normas outras, regras de formação outras (Foucault, 2002b, p.52).

Não há, a partir dos laudos, a separação entre poder médico e poder judiciário, mas a união de ambos resultando em um terceiro elemento normalizador. “No exame médico-legal, a justiça e psiquiatria são ambas adulteradas” (Foucault, 2002b, p.52), pois o exame

traz consigo técnicas que são outras e que formam uma espécie de terceiro termo insidioso e oculto, cuidadosamente encoberto, à direita e à esquerda, de um lado e do outro, pelas noções jurídicas de

‘delinquência’, de ‘reincidência’, etc., e os conceitos médicos de ‘doença’, etc. Ele propõe, na verdade, um terceiro termo (...) (Foucault, 2002b, p.52).

Segundo Foucault (2002b), o exame médico-legal seria o melhor exemplo da “insidiosa invasão da instituição judiciária e da instituição médica, exatamente na fronteira entre as duas, por certo mecanismo que, justamente, não é médico, não é judiciário” (Foucault, 2002, p. 51). Conforme o autor, o exame pericial cumpre a função de costura entre os saberes *jus* e *psi*, sendo, portanto, instrumento de normalização dos “anormais”.

E o discurso que daí se origina se organiza em muito em torno do perigo social, que tem como função detectá-lo e opor-se a ele. Trata-se de um discurso do medo e da moralização, um discurso infantil “cuja organização epistemológica, toda ela comandada pelo medo e pela moralização, não pode deixar de ser ridícula, mesmo em relação à loucura” (Foucault, 2002, p. 44). Assim, o controle psiquiátrico e a investigação tendem a deslocar-se “do que pensa o doente para o que ele faz, do que ele é capaz de compreender para o que ele é capaz de cometer, do que ele pode conscientemente querer para o que poderia acontecer de involuntário em seu comportamento” (Foucault, 2002, p. 179).

Os laudos seriam, pois, regimes de verdade que viriam ao processo penal a fim de resolver qualquer possível dúvida frente ao acusado, sua sanidade e a devida sanção.

No ponto em que se encontram o tribunal e o cientista, onde se cruzam a instituição judiciária e o saber médico ou científico em geral, nesse ponto são formulados enunciados que possuem o estatuto de discursos verdadeiros, que detêm efeitos judiciários consideráveis e que têm, no entanto, a curiosa propriedade de ser alheios a todas as regras, mesmo as mais elementares, de formação de um discurso científico (...) (Foucault, 2002b, p. 14).

Importante notar que, para além de toda essa crítica, nem mesmo do ponto de vista da dogmática do direito, essa prática é autorizada. O que se verifica no caso do incidente de insanidade mental é que o magistrado, embora devesse atuar de acordo com a livre apreciação das provas, acaba agindo conforme o sistema (medieval/inquisitivo) da prova taxada ou tarifada, na medida em que dá maior valor à perícia psiquiátrica do que a qualquer outra prova. E isto é absolutamente vedado do ponto de vista da Constituição Federal, que pretende sejam respeitados os direitos do réu, dentre os quais a apreciação de cada uma das provas sem qualquer pré-valorização, sem que uma decida o processo de maneira determinante.

Do contrário, o juiz está delegando ao perito sua imprescindível tarefa de julgar, pois que simplesmente se vincula ao parecer e faz dele o grande argumento de sua sentença. É com base nessa prática que se afirma a “administrativização” da decisão do incidente de insanidade mental e a decorrente afronta ao modelo constitucional, que prima pelo caráter eminentemente jurisdicional do processo.

Por tudo isso se pode verificar que os laudos, símbolos importantes da maquinaria voltada ao sujeito perigoso, e a forma como vêm sendo utilizados, geram dispositivos de violência ainda mais intensos no cumprimento das medidas de segurança, porque nos espaços manicomial está-se frente àquele que não é nem propriamente doente nem propriamente criminoso, mas “anormal” (Foucault, 2002).

Com o exame, tem-se uma prática que diz respeito aos anormais, que faz intervir certo poder de normalização e que tende, pouco a pouco, por sua força própria, pelos efeitos de junção que ele proporciona entre o médico e o judiciário, a transformar tanto o poder judiciário como o saber psiquiátrico, a se constituir como instância de controle do anormal. E é na medida em que constitui o médico-judiciário como instância de controle, não do crime, não da doença, mas do anormal, do indivíduo anormal, é nisso que ele é ao mesmo tempo um problema teórico e político importante.

Por não estarem mais subordinados aos limites – ainda que porosos – que se autoimpõem quando atuam isoladamente, é que penso ser possível dizer que o produto da fusão entre psiquiatria e direito é, definitivamente, um terceiro termo mais violento.

3.4. Estatuto jurídico da Medida de Segurança

Apresentada a discussão referente aos sistemas processuais no Brasil, com o intuito de aclarar o fato de que a perícia psiquiátrica, de acordo com a legislação penal, é somente mais um dentre os meios de prova em um sistema de livre apreciação do juiz, passo agora ao tema central do capítulo, ou seja, a regulamentação atual das medidas de segurança no Brasil. A ideia, neste ponto, é a de mapear a forma como a técnica do direito penal se propõe a lidar com o sujeito considerado louco e portador de sofrimento psíquico.

O Código Penal brasileiro de 1940 foi o primeiro a trazer para a lei o crescimento do poder médico e a consolidar a identidade entre crime, loucura e perigo (Rauter, 2003, p. 67), disciplinando, pela primeira vez, as medidas de segurança. Atente-se para o fato de que o art.

78 do CP de 1940 enfatiza claramente a conceituação do doente mental como criminoso (perigoso), pois diz, em seu inciso I, que são presumidamente perigosas as pessoas que, nos termos do art. 22, são isentas de pena. É a redação do art. 22: “É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (grifou-se).

Tais mudanças se explicitarão na adoção da medida de segurança¹⁹ tanto para imputáveis quanto para inimputáveis – o assim denominado duplo binário – e na noção de periculosidade na aplicação da pena. É reconhecida a anormalidade do criminoso exatamente através do discurso psiquiátrico, e o poder de encarceramento – embora pareça, à primeira vista, paradoxal, quando se pretende medicar alguém – tornar-se-á mais amplo.

Importante referir que o Código de 1940 foi sancionado na Constituição Federal de 1937, claramente autoritária. Seu sistema de penas e medidas de segurança era, portanto, incompatível com a Constituição de 1946 (Zaffaroni e Pierangeli, 2001, p. 223) e isso pode explicar alguns dispositivos de punição que utilizamos até hoje.

Antes da Reforma do Código Penal, de 1984, o sistema vigente no Brasil em relação à responsabilização penal era o chamado duplo binário em que todos os condenados deveriam cumprir pena e também medida de segurança, a primeira com tempo determinado e, a segunda, por tempo indeterminado. Isto expressa a herança positivista no modelo de aplicação da pena, ou seja, todo o criminoso teria um pouco de loucura, motivo pelo qual também deveria sofrer a medida de segurança. Ela tinha o objetivo ora de complementar a pena, quando aplicada aos considerados responsáveis, ora o de substituir a pena, quando aplicada aos irresponsáveis (Ferrari, 2001, p. 34).

Todavia, na prática, ambas as sanções não possuíam distinção, sendo, inclusive, cumpridas no mesmo estabelecimento. Bitencort explica que “a hipocrisia era tão grande que, quando o sentenciado concluía a pena, continuava no mesmo local, cumprindo a medida de segurança, nas mesmas condições em que acabara de cumprir a pena” (Bitencourt, 2000, p. 639).

A reforma penal de 1984 alterou, então, o sistema do duplo binário para o vicariante, significando que aos imputáveis caberia pena privativa de liberdade – calcada no conceito de

¹⁹ Art. 76: “a aplicação da medida de segurança pressupõe: I – a prática de fato previsto como crime; II – a periculosidade do agente”.

culpabilidade – e aos inimputáveis, medida de segurança, norteadas pela periculosidade. Neste sentido, a exposição de motivos da Lei 7.209/84, alteração ao CP de 1940,

prevê o sistema vicariante para o semi-imputável, como consequência lógica da extinção da medida de segurança para o imputável. Nos casos fronteiriços em que predominar o quadro mórbido, optará o juiz pela medida de segurança. Na hipótese oposta, pela pena reduzida. Adotada, porém, a medida de segurança, dela se extrairão todas as consequências, passando o agente à condição de inimputável (...).

A partir da reforma penal de 1984 passamos, então, a ter o sistema vicariante, modelo que até hoje disciplina a imposição de medidas de segurança no nosso ordenamento.

3.4.1. O Código Penal Atual e a regulação das Medidas de Segurança

Como já referido, conforme o Código Penal (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. Esses indivíduos são chamados de inimputáveis, ou seja, aqueles que não têm capacidade para serem destinatários da lei penal.

Entre a imputabilidade (plenitude de responsabilidade penal) e a inimputabilidade (ausência de responsabilidade penal), o Código Penal prevê hipóteses de semi-imputabilidade. Diferentemente da previsão da incapacidade plena (inteiramente incapaz), o Código cria uma zona intermediária, definindo como semi-imputável o sujeito que no momento da conduta delitiva não era totalmente capaz de compreender a ilicitude e comportar-se conforme a expectativa do direito (art. 26, parágrafo único, Código Penal).

Em razão de a inimputabilidade ser uma causa de exclusão da culpabilidade – e esta um dos elementos do crime –, a conduta praticada pelo autor não pode ser adjetivada como crime, inexistindo, conseqüentemente, possibilidade de aplicação de pena. Não por outra razão, reconhecida a inimputabilidade, o Código de Processo Penal determina seja o réu absolvido. Trata-se, em realidade, na linguagem do processo penal, de uma absolvição *sui generis* ou imprópria, pois apesar de absolvido o sujeito é submetido à medida de segurança, permanecendo, portanto, sob a tutela do Estado penal.

No entanto, se verificada a semi-imputabilidade, poderá o juiz aplicar a pena que seria cabível ao imputável – com a incidência obrigatória de uma causa especial de diminuição da quantidade de sanção– ou impor medida de segurança nos casos em que entender que o condenado necessita de “especial tratamento curativo” (art. 98 do Código Penal).

A classificação do autor do ilícito penal como imputável, semi-imputável ou inimputável decorre fundamentalmente da opção política (ou político-criminal), posteriormente legitimada pela ciência jurídico-penal (dogmática penal), de fragmentar o sistema de responsabilidade criminal em dois fundamentos distintos: culpabilidade e periculosidade, como já apresentado no início do capítulo.

Para a teoria do direito penal, a noção de sujeito responsável decorre da constatação de sua capacidade de compreender os efeitos da sua conduta e, em razão dessa compreensão prévia, optar livremente pelo ilícito. Esta condição de sujeito cognoscente e com liberdade de ação possibilita atribuir culpabilidade ao autor do fato. Ausente a culpabilidade, inexistente delito e, portanto, inaplicável a pena. E apesar de o sentido da pena ter sido alterado desde as fundações do direito penal na modernidade – sobretudo no século passado com a inserção dos postulados ressocializadores pelo correccionalismo –, o caráter retributivo – retribuir o mal do crime com o mal da pena – é o que ainda melhor identifica a forma jurídica da pena criminal.

O sujeito perigoso, ou dotado de periculosidade, é aquele que diferentemente do culpável/imputável não possui condições de discernir a situação em que está envolvido, sendo impossível avaliar a ilicitude do seu ato e, conseqüentemente, atuar conforme as expectativas jurídicas. Em razão da ausência de condições cognitivas para direcionar sua vontade – déficits cognitivos que anulariam a adjetivação da conduta do autor como criminosa –, injustificável, do ponto de vista do discurso jurídico, a aplicação de uma pena marcadamente retributiva, pois a ideia de retribuição está associada fundamentalmente à reprovação jurídica do ato voluntário praticado pelo sujeito. Neste cenário, com a afirmação judicial, através de uma sentença absolutória, da inexistência de delito e da ausência de responsabilidade penal, impõe-se uma medida (de segurança) cuja finalidade precípua é o “tratamento” do paciente.

Como referido, no juízo de constatação da periculosidade que identifica o sujeito como inimputável (incapaz), mais do que em qualquer outra zona de intersecção, o discurso jurídico é entrelaçado ao discurso médico-psiquiátrico. O mecanismo de averiguação desta especial condição do sujeito/autor de ato definido como crime é o incidente de insanidade

mental, que possui como fonte primordial de prova a perícia psiquiátrica. Cabe ao psiquiatra legista, portanto, atestar o grau de periculosidade do periciando, entendendo-se periculosidade como um estado de antissociabilidade, um juízo de probabilidade de delinquência futura baseado na “anomalia” psíquica do agente.

A maneira encontrada pelo Código de Processo Penal vigente para chegar à conclusão de que se trata de suposto doente mental é a perícia psiquiátrica, que, ao identificar a doença e a sanção adequada, decide se o sujeito deve ser enclausurado em instituição manicomial ou penitenciária.

3.4.2. O Incidente de Insanidade Mental: o conteúdo da perícia *Psi* e o discurso de autoridade na decisão judicial

É possível averiguar a capacidade mental do sujeito, ou melhor, é possível categorizar o sujeito em imputável, semi-imputável e inimputável? É o que discutimos a seguir. O direito tem sido atravessado pelos conceitos e diagnósticos psiquiátricos a ponto de internalizá-los no processo penal como regimes de verdade, como dados científicos e, por isso mesmo, não são jamais questionados pelo juiz. A decisão judicial de internação no manicômio judiciário, por exemplo, é entendida como absolutamente legítima, já que respaldada pela ciência. Eis o primeiro passo na lógica manicomial, tomar os dados psiquiátricos como incontestáveis verdades, legitimadoras das decisões judiciais e práticas nas instituições manicomiais.

Assim, importante referir a maneira como ocorre o procedimento que resultará em um laudo psiquiátrico quando há dúvida sobre a loucura/normalidade do acusado. É imprescindível compreender tais mecanismos, porque são eles que nos mostram a constituição da rede que enlaça o sujeito considerado louco e infrator. Como e por que o direito contemporâneo dá margem às violências que açoitam a vida do sujeito desde que paira a primeira incerteza sobre a sua racionalidade.

Explica o art. 149 do CPP que “quando houver dúvida a respeito do discernimento mental do acusado, o juiz, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do mesmo, ordenará seja feito exame médico-legal”. Tal disposição legal parte do pressuposto de que o juiz não tem conhecimento técnico-científico para avaliar a mentalidade do agente delitivo, ou seja, não possui capacidade de auferir juízo de imputabilidade ou inimputabilidade a alguém, visto que se

limita, via de regra, a matérias estritamente jurídicas. A lei delega, então, aos peritos das áreas *psi* que o façam, que se lancem em socorro do Direito Criminal.

Contudo é interessante notar que tais inaptidões do magistrado não são referidas, por exemplo, no momento de aplicação da pena (imputáveis). Pelo contrário, o art. 59 do Código Penal impõe como um dos requisitos que serão considerados na aplicação da pena a personalidade do acusado, devendo esta ser analisada pelo juiz. É sabido, obviamente, que sanidade mental e personalidade são categorias distintas, estando, inclusive, dispostas em diferentes legislações (Código Penal e Código de Processo Penal). Contudo determinar a personalidade de uma pessoa é tarefa tão delicada e complexa quanto dissertar acerca de seu estado mental como um todo, o que significa ser paradoxal o fato de na aplicação da pena o juiz ser competente para avaliar a personalidade e no incidente de insanidade mental seu saber ficar restringido, dependente da perícia psiquiátrica. Seria o medo da periculosidade do louco que exigiria um olhar mais cauteloso, requerendo assim a avaliação minuciosa do especialista?

A resposta parece ser afirmativa; identifica-se nessa manobra realizada pelo direito – requisitar perícia psiquiátrica ao tratar-se de dúvida sobre a sanidade mental, mas ignorar as inaptidões do juiz para avaliar personalidade quando o infrator é, em tese, normal – um dos primeiros mecanismos, um disparador a colocar em marcha a racionalidade voltada ao “anormal” (Foucault, 2002). Observa-se aí o início da fusão entre psiquiatria e direito, pois afirmar que há certo campo em que a medicina é imprescindível ao direito pode ser entendido como o que traz condições de possibilidade à existência do terceiro discurso, aquele que legitima o tratamento ao considerado louco infrator.

A justificativa para que além das partes processuais e o juiz, as demais pessoas elencadas no art. 149 CPP possam requerer o exame psiquiátrico, é dada porque a verificação da sanidade é tema de maior relevância no âmbito da justiça pública, ou seja, é questão de interesse não só do acusado e sua defesa como também de toda a sociedade.

Ordenado pelo juiz por meio de portaria ou a pedido das pessoas citadas no art. 149 CPP, o incidente de insanidade mental pode ser instaurado em qualquer fase do processo e, inclusive, no momento de execução penal (art. 154 CPP). Se o acusado estiver preso, será internado em manicômio judiciário, para fins de exame de insanidade mental. Se estiver solto, os peritos poderão requerer ao magistrado seu encaminhamento a estabelecimento adequado designado pelo juiz (art. 150 CPP).

Há, todavia, situações em que a persecução penal encontra-se em sua primeira fase, a do inquérito policial²⁰. Sobre isto, disciplinaram os artigos 6º, VII e 149, §1º CPP, ser viável, de igual forma, a propositura do incidente por parte da autoridade policial. Porém esta movimentação não pode ser feita de ofício pela autoridade policial; deverá ser apresentada ao juiz, que analisará a propositura.

Concomitantemente à ordem de realização da perícia, o juiz nomeará um curador ao acusado ou indiciado – art. 149, §2º do CPP – donde se subentende que o acusado é considerado incapaz, enquanto persistir a dúvida sobre seu estado mental. Prefere-se que o curador seja profissional habilitado, embora nada impeça que seja nomeado um leigo.

Tanto ao curador quanto ao órgão do Ministério Público será possibilitado elaborar os quesitos que deverão ser respondidos pelos dois peritos eleitos pelo juiz. Não obstante, ao magistrado também é facultado que componha sua própria quesitação, como já citado quando da análise das perícias em geral.

O prazo para a elaboração do laudo médico é, de acordo com o art.150, §1º do CPP, de 45 dias, podendo, entretanto, ser protelado se houver justificada razão por parte dos peritos.

Após a realização do laudo e término da ação incidental de insanidade mental, o processo principal, que estava suspenso, volta a correr até que o juiz sentencie. Considerando-se o réu imputável, ou seja, como alguém que possuía pleno entendimento do caráter ilícito do fato no momento de sua prática, ele será condenado, terá uma pena como consequência do seu crime. Considerando-se o réu inimputável, deverá absolver o sujeito e aplicar-lhe medida de segurança. E se considerado semi-imputável, poderá receber uma pena diminuída ou medida de segurança, conforme anteriormente exposto.

Sendo-lhe imposta a medida de segurança, instaura-se outro processo, não mais o de conhecimento, mas o chamado processo de execução penal. Tudo o que ocorrer em relação ao tratamento penal do sujeito agora estará sob controle de novo magistrado, não mais daquele que prolatou a sentença. Cessada a periculosidade, o novo magistrado poderá liberar o sujeito das amarras da instituição manicomial.

²⁰ O inquérito policial é uma fase anterior ao processo em que o sujeito é somente suspeito, está sendo investigado a fim de averiguar-se se deve contra ele ser oferecida a denúncia.

3.4.3. Execução das Medidas de Segurança

O reconhecimento do estado de periculosidade no processo penal – fundamento da aplicação da medida de segurança – produz significativos efeitos em termos sancionatórios. Em razão de ser a periculosidade entendida no discurso jurídico como um estado ou um atributo natural do sujeito – o indivíduo carrega consigo uma potência delitiva que a qualquer momento pode se concretizar em um ato lesivo contra si ou contra terceiros –, a resposta estatal, baseada no paradigma correccionalista, não pode ser determinada anteriormente. Diferentemente da pena, que em razão do seu sentido preponderantemente retributivo tem a quantidade de tempo determinada pelo juiz na sentença condenatória e é caracterizada pela expressa limitação do seu tempo máximo em trinta anos (art. 75, Código Penal), a finalidade curativa do tratamento realizado durante o cumprimento da medida impede estabelecer prazo máximo.

Desde a lógica discursiva que fundamenta a aplicação das medidas de segurança e que informa a sua execução, é coerente a impossibilidade de definir o tempo do tratamento. Se o sujeito é portador de uma doença que o torna perigoso, a duração do tratamento será estabelecida conforme a resposta positiva ou negativa que o paciente apresentar durante o procedimento curativo. Sendo a medida adequada e a resposta positiva, o resultado é a diminuição ou controle do impulso delitivo com o consequente diagnóstico de cessação da periculosidade, mas inadequada a medida ou negativa a resposta mantém-se o estado perigoso (prognóstico de delinquência futura) e a necessidade de internação.

No entanto, mesmo sem determinar o tempo máximo da medida, situação que possibilita a perpetuidade da sanção, na realidade do sistema manicomial brasileiro, o Código define uma tarifa mínima a ser cumprida. A previsão jurídica desta quantidade mínima de medida demonstra a adoção subliminar de um sentido retributivo da sanção aos doentes mentais que praticam fatos previstos como crimes, visto que mesmo ocorrendo a cessação de periculosidade antes desse prazo, fato que tornaria sem sentido a manutenção da medida em sua finalidade terapêutica, o paciente deve necessariamente seguir submetido ao controle penal.

E a abertura para perpetuidade da medida de segurança ocorre não apenas pelas regras do Código Penal, mas, sobretudo, pela injustificável omissão constitucional no que tange aos limites da medida de segurança. Apesar do extenso rol de princípios e regras constitucionais sobre a forma de delimitação, de aplicação e de execução das penas, a Constituição Federal

eximiu-se de tratar o tema das medidas de segurança, notadamente no que tange aos seus limites – “não haverá penas: a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX; b) de caráter perpétuo; c) de trabalhos forçados; d) de banimento; e) cruéis” (art. 5º, XLVII, Constituição). Nada referiu em relação às medidas de segurança e já que tecnicamente pena e medida não são sinônimos, as medidas estariam excluídas de tal dispositivo constitucional.

Não obstante, os Tribunais têm consolidado entendimento no sentido de estabelecer prazo máximo às medidas de segurança. No Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, em decisões relatadas sobretudo por Amilton Bueno de Carvalho, o indicativo seria o de realizar o cálculo da sanção penal como se o réu fosse efetivamente imputável; posteriormente, seria indicada sua substituição pela medida, que passaria a ser regulada em seu máximo pela quantidade de pena atribuída ao processo concreto. Por outro lado – apesar de ainda operar com o conceito de “doença mental” –, sendo indefinível o prazo terapêutico, o limite mínimo de 01 (um) ano poderia ser abandonado em prol da verificação da cessação da periculosidade. A partir desses critérios dogmáticos, define-se a “fixação do limite máximo pelo total da pena estabelecida em cada caso concreto (igualmente ao que se dá com imputáveis), bem como a fixação do prazo mínimo para a verificação da periculosidade em 1 ano (como não há dogma sobre a cura de um distúrbio mental, melhor que se comece a investigar no menor tempo possível), devendo, cessada a enfermidade mental, ser o apenado posto em liberdade a qualquer tempo” (Carvalho, 2007, p. 197).

As Cortes superiores, porém, definiram primeiramente que o prazo máximo para cumprimento da medida de segurança deveria respeitar o limite geral das penas (30 anos); posteriormente, fixaram como quantidade limite da medida o máximo de pena imposto abstratamente pelo legislador ao delito cometido pelo réu. E muito recentemente o Superior Tribunal de Justiça aprovou a súmula²¹ 527 que exatamente disciplina este entendimento. Refere que “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.”

No Brasil há a previsão de duas espécies de cumprimento das medidas de segurança. A primeira possibilidade é a de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico

²¹ Súmulas são o resumo de entendimentos consolidados nos julgamentos do tribunal. Embora não tenham efeito vinculante, ou seja, não haja a obrigação de que sejam seguidas pelos juízes e desembargadores, servem de orientação a toda a comunidade jurídica sobre a jurisprudência firmada pelo STJ, que tem a missão constitucional de unificar a interpretação das leis federais.

(HCTPs) ou outros estabelecimentos adequados com características similares (art. 96, I, Código Penal). Em realidade, o modelo de internação compulsória, conhecida como medida de segurança detentiva se realiza nos manicômios judiciários. A forma penitenciária dos hospitais de custódia ou manicômios é reforçada na própria Lei de Execução Penal, que não apenas reserva pouco espaço para descrição da estrutura destas instituições como, em relação ao ambiente e à infraestrutura material, remete explicitamente ao modelo carcerário. Na verdade, a mudança na nomenclatura ocorrida na Reforma do Código Penal em 1984 – substituição do termo manicômio judiciário por hospital de custódia e tratamento psiquiátrico – em nada alterou a realidade do sistema de sanção aos inimputáveis, pois as características manicomialis seguem presentes no sistema atual (Bitencourt, 2010, p. 783).

A segunda espécie de medida de segurança é a restritiva, ou seja, aquela que submete o paciente ao tratamento ambulatorial (art. 96, II, Código Penal), cumprindo-lhe comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico, a fim de ser submetido à terapêutica. A característica principal dessa forma de medida de segurança é a imposição do tratamento médico-psiquiátrico sem a obrigatoriedade de que o paciente permaneça internado na instituição.

O critério para definição da forma de execução da medida – detenção em hospital de custódia ou restrição em regime ambulatorial – é fundamentalmente a gravidade do ilícito, visto ser o regime ambulatorial aplicado subsidiariamente ao de internação nos casos em que a conduta praticada pelo agente tenha como previsão a pena de detenção, conforme indica o art. 97 do Código Penal.

Importante notar que diferentemente da pena que tem uma série de regras quando de sua execução, em relação às medidas de segurança nada é referido na legislação e nem mesmo na Constituição Federal. Se entre os considerados normais a pena tem um prazo certo e determinado, há a previsão de progressão de regime e prescrição do delito, em relação às medidas não se previu nada disso.

Tal situação mostrou-se tão insustentável que algumas alternativas foram construídas nos manicômios judiciários brasileiros. Em 1966, foi implantado pela primeira vez no Brasil o regime da Alta Progressiva, no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, em Porto Alegre. A Alta Progressiva “permite aos pacientes saídas controladas e progressivas da instituição” (Projeto Institucional do IPFMC, p. 4), também conhecida como desinternação progressiva. No IPFMC, a alta progressiva pode variar entre meras saídas para o trabalho

externo, como também pode significar visitas do sujeito à sua família, no interior do Estado, por exemplo. Nesses casos, há de haver um familiar que ministre o medicamento e se responsabilize de maneira geral pelo paciente.

Como se percebe, o benefício judicial “tem o objetivo de permitir a reinserção social das pessoas internadas em medidas de segurança na comunidade, na família e no convívio social em geral” (Diniz, 2013, p. 32). A exemplo do Rio Grande do Sul, outros manicômios judiciários do país implementaram a medida, como as unidades de São Paulo e do Amazonas, que é chamada de desinternação progressiva (Diniz, 2013, pp. 32/33).

Independentemente da maneira como se efetiva a alta progressiva, trata-se de uma tentativa de equiparação com a possibilidade de progressão de regime na execução das penas. Tendo em vista a ausência de previsão legal em relação às medidas de segurança, construiu-se na prática essa importante forma de resistir a uma sanção sem qualquer possibilidade de contato com a vida extramuros.

Note-se, todavia, que há na legislação previsão de espécie de “regressão de regime” na medida de segurança, pois “em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos” (art. 97, § 4º, CP). Aqui talvez se pudesse pensar uma vez mais em admissão do caráter retributivo da medida.

Além da lacuna legislativa acerca de algo que propiciasse o contato do paciente judiciário com a sociedade, há ainda outra falha bastante importante em relação aos considerados loucos e infratores. A prescrição, causa de extinção da punibilidade que opera através da pena máxima imposta ou prevista ao delito, simplesmente não foi determinada em relação aos sujeitos em cumprimento de medida de segurança. Seus atos jamais prescreverão, isto é, não se lhes é garantida a possibilidade de que o Estado deixe de persegui-los pelo transcurso de grande lapso temporal desde a prática do fato. Significa dizer que, em tese, diferentemente do que acontece aos considerados normais, em relação ao louco infrator, o Estado teria o direito de puni-lo *ad aeternum*, sem qualquer limitação máxima.

Por esse motivo, foi criada jurisprudencialmente a possibilidade de prescrição da medida de segurança, tendo, inclusive, os tribunais superiores já consolidado tal entendimento. A argumentação é no sentido de que a medida de segurança, por ser sanção

como qualquer outra, deve admitir a possibilidade da prescrição conforme as regras prescricionais relativas aos delitos praticados por imputáveis (art. 109, CP²²).

Neste sentido, são dois os entendimentos consolidados: a) prescrição da medida de segurança se dará pela pena máxima prevista pelo Código Penal ao delito, posicionamento manifestado pelo STF e STJ (como o exemplo trazido) e b) prescrição se dará em relação à pena concreta aplicada ao agente, como se imputável fosse. Essa tendência foi utilizada fundamentalmente em processos do TJRS, de relatoria de Amilton Bueno de Carvalho, como já citado. Fixando-se o prazo máximo da medida de segurança de acordo com a pena concreta imposta ao sujeito se imputável fosse, automaticamente estaria nesta pena atrelado o prazo prescricional, o que, indubitavelmente, é mais benéfico ao agente.

O que fica claro, então, neste segundo capítulo é que, além dos estigmas gerados ao sujeito considerado louco e infrator no cumprimento da medida de segurança, além das péssimas condições oferecidas pelo manicômio judicial e pela potencialidade lesiva de qualquer instituição total (Goffman), há que se responsabilizar a legislação constitucional e infraconstitucional no Brasil pelas lacunas abertas em relação às medidas de segurança. Antes de responsabilizar o Poder Executivo pelos problemas – fundamentalmente as condições materiais dos manicômios judiciários – é preciso responsabilizar o Poder Legislativo, que se isentou de criar um sistema de medidas que fosse, ao menos, equiparado em garantias ao sistema de penas em que são julgados os imputáveis (maiores de 18 anos e considerados normais). Parece que aqui começam os problemas relativos ao considerado louco-infrator e o que se desenha é, portanto, uma lógica perversa em que o sujeito é constantemente impulsionado aos estabelecimentos manicômiais, essas prisões-hospitais de onde é tão difícil sair.

²²Art. 109. A prescrição, antes de transitar em julgado a sentença final, salvo o disposto no § 1o do art. 110 deste Código, regula-se pelo máximo da pena privativa de liberdade cominada ao crime, verificando-se: (Redação dada pela Lei nº 12.234, de 2010).

I - em vinte anos, se o máximo da pena é superior a doze;

II - em dezesseis anos, se o máximo da pena é superior a oito anos e não excede a doze;

III - em doze anos, se o máximo da pena é superior a quatro anos e não excede a oito;

IV - em oito anos, se o máximo da pena é superior a dois anos e não excede a quatro;

V - em quatro anos, se o máximo da pena é igual a um ano ou, sendo superior, não excede a dois;

VI - em dois anos, se o máximo da pena é inferior a um ano.

VI - em 3 (três) anos, se o máximo da pena é inferior a 1 (um) ano. (Redação dada pela Lei nº 12.234, de 2010).

4. MANICÔMIOS JUDICIAIS, DISCIPLINAS E BIOPOLÍTICA: O (DES)INVESTIMENTO NA VIDA E A REVERSIBILIDADE DO DISCURSO DOS DIREITOS HUMANOS

[*O Hospício Georg Rosenberg*] era uma casa para eliminar os mistérios (...). [*Nele*] Havia como que um arredondamento da existência, o que era excessivo transformava-se em alvo médico: tentava eliminar-se essa coisa, pôr de fora, colocá-la *para além* desse arredondamento. Como se cada existência, exactamente como um compartimento, tivesse um caixote do lixo, um sítio específico, com formas adequadas, para onde se deveriam atirar os hábitos, acções e, se possível, os pensamentos que *não interessavam*. Neste caso que não interessavam a quem vigiava: os médicos. O que era atirado para o caixote de lixo de cada indivíduo não era, pois, seleccionado pelo próprio, mas sim, pela terapêutica. (...) o difícil era que a caixa de resíduos perigosos – assim eram considerados – de uma determinada existência fosse esquecida. (Tavares, 2006, p. 92).

Apresentada, no capítulo anterior, a regulação jurídica das medidas de segurança, como se inserem as perícias psiquiátricas de verificação de periculosidade do agente, de que maneira este laudo repercute e atua como importante dispositivo na decisão de internação em manicômio judiciário ou prisão, fundamental refletir, neste capítulo, sobre o que representam e como se configuram os manicômios judiciais. É para lá que as pessoas são enviadas quando o juiz conclui que o sujeito é inimputável, quando há o diagnóstico de uma doença mental que o impossibilitou, no momento do delito, de ter clareza do ato que cometia. Assim, segundo o direito, não resta opção ao Estado que não a de internar o sujeito para tratá-lo até que consiga curar ou controlar a sua doença e, por consequência, a sua periculosidade.

Assim, partindo da análise das práticas realizadas nesses estabelecimentos, pretendo, no final do capítulo, problematizar as reformas psiquiátricas como alternativas à lógica asilar. Ter clareza desses movimentos parece imprescindível, pois uma das principais questões da tese é o fato de que a lei e qualquer movimento alternativo à psiquiatria convencional parecem simplesmente não tocar o universo dos loucos que são considerados infratores.

Gostaria de iniciar a discussão sobre o que representam essas instituições totais, lembrando que Foucault, ao demonstrar como a psiquiatria, no século XIX, toma para si a legitimidade acerca do estudo e tratamento dos loucos, diz que uma das formas mais impressionantes de docilização e normalização dos corpos – tema por ele trabalhado fundamentalmente em *Vigiar e Punir* (Foucault, 2004) – teve lugar nos hospitais

psiquiátricos. A medicina, nesses estabelecimentos, mostraria a vontade de classificação, de adestramento dos considerados doentes mentais.

Esforçara-se por aprender de novo a contactar com as pessoas normais, e não apenas isso: também com os dias normais: os dias que esperam pelo humano para que este decida o que fazer deles. É que durante anos fora treinado no instinto contrário: o instinto de aceitação, de disciplina total, de ordem: o dia surgia-lhe à frente já preparado, medicado, dir-se-ia – não no sentido farmacêutico, mas num sentido quase de engenharia: o dia seguinte estava já resolvido, construído, as perturbações e os exageros haviam sido afastados, a rotina diária era uma simplificação impressionante da existência. Os dias eram isso mesmo: medicados. (Tavares, 2006, p. 184).

O que se pode observar nessa passagem do romance português, *Jerusalém*, sobre um paciente retomando a liberdade é o efeito dessa normalização vivenciada pelos internos do manicômio, algo que os assujeita de maneira perversa, que acaba por moldar um sujeito não sujeito de sua própria vida. Exatamente o mesmo se passa com um antigo paciente do hospital psiquiátrico Colônia, em Barbacena, Minas Gerais, recém-alocado em um residencial terapêutico:

— A que horas as luzes se apagam aqui? — perguntou na primeira noite liberto do cativo. Retirado do convívio social por quase meio século, ele jamais poderia imaginar que agora era o dono do seu tempo e que tinha ele mesmo o poder de clarear ou escurecer o ambiente com um simples toque no interruptor. Além de nunca ter visto um apagador de luz, ser dono de si era uma novidade para quem viveu décadas de institucionalização. Para Antônio, no entanto, se desvencilhar do Colônia foi tão difícil quanto mudar de endereço. O hospital estava ali, marcado não só em seu corpo, mas também impregnado em sua alma. Por isso, os pesadelos tornavam seu sono sobressaltado e se repetiam noite após noite. Acordava com o suor umedecendo o pijama e sempre com a mesma sensação de terror. Olhava ao redor para ver onde estava e descobria que os eletrochoques com os quais sonhava ainda o mantinham prisioneiro do Colônia (Arbex, 2013, p. 35).

Não obstante, o que ocorre atualmente nos manicômios judiciais brasileiros parece não ser tanto uma forma de normalização dos corpos. Ainda que evidentemente haja resquícios da técnica disciplinar parece haver muito mais uma gestão da loucura, o que se liga fortemente à noção de biopoder e de biopolítica (e não tanto à de disciplinarização). Neste caso não se trata mais do Foucault de *Vigiar e Punir* (2004b), mas sim do Foucault de *Em Defesa da Sociedade* (2010), por exemplo.

Nesta última, como em várias outras obras, o autor explica que o biopoder se subdivide em duas facetas: poder sobre a vida (as políticas da sexualidade, por exemplo) e poder sobre a morte (o racismo). O Estado passa, pois, a tutelar a vida biologicamente considerada, o homem como um ser vivente. E isto se dá a partir da época clássica, quando o Ocidente começa a abandonar o antigo direito do soberano de fazer morrer ou deixar viver e paulatinamente o substitui por um poder de fazer viver ou deixar morrer, abandonar à morte.

Em relação ao racismo, Foucault refere que uma primeira forma, biologicista, surgiu no século XIX, por força da teoria da degeneração, isto é, surgiu não como uma ideologia política, mas sim como uma ideologia científica que circulava com Morel e com outros expoentes da teoria da degeneração (Castro, 2009, p. 376).

O racismo biológico e de Estado, a partir da Revolução Francesa, deixa de ser tomado como instrumento de uma classe sobre a outra e passa a ser entendido como uma estratégia global do Estado. Trata-se, portanto, de uma forma de o Estado introduzir um corte entre o que deve viver e o que deve morrer, uma maneira de defasar, dentre a população, determinados grupos em relação a outros. Eis a primeira função do racismo: “fragmentar, fazer cesuras no interior desse contínuo biológico a que se dirige o biopoder” (Foucault, 2010, p. 214).

A primeira função do racismo moderno é introduzir uma ruptura no domínio da vida do qual o poder se fez cargo; ruptura entre o que deve viver e o que deve morrer. A segunda função é fazer funcionar a antiga relação de guerra (“se queres viver é necessário que possas matar”) de uma maneira nova: entre a minha vida e a morte de outro, existe agora uma relação biológica: a morte do outro não é simplesmente condição da minha vida, mas da vida em geral; a morte do “outro” a fará mais saudável e mais pura (Castro, 2009, p. 377).

Por essa lógica, alguns são escolhidos em detrimento de outros, a fim de promover aparentes garantias, encenar o espetáculo. E uma das linhas de corte de atuação do racismo seria o campo da loucura e, mais especificamente, o dos loucos infratores. São pessoas entendidas como “objetos/dejetos de um discurso que precisa tornar os ditos loucos/anormais como uma coisa a ser vigiada, controlada, silenciada, para fazer crer aos outros, ditos normais, que estes estariam protegidos daqueles” (Barros-Brisset, 2012, p. 122).

Explica Foucault (2010, p. 217) que “se a criminalidade foi pensada em termos de racismo foi igualmente a partir do momento em que era preciso tornar possível, num

mecanismo de biopoder, a condenação à morte de um criminoso ou seu isolamento. Mesma coisa com a loucura, mesma coisa com as anomalias diversas.”

É neste sentido que tal conceito parece imprescindível à presente tese, pois o racismo está vinculado diretamente ao moderno exercício do direito de matar, algo que acontece nos manicômios brasileiros. Significa dizer que aquilo que a lógica engendrada pelo terceiro discurso, que, se origina da fusão entre direito e psiquiatria, tem como efeito mais grave a morte dos sujeitos internos nos manicômios judiciários. E esta vida desprezada seria explicada exatamente pelo racismo, ou seja, os loucos (e mais ainda os também infratores) seriam um grupo sobre o qual se quer desinvestir.

Sobre o biopoder, é relevante explicar que a partir dos séculos XVII e XVIII o poder se organizou em torno à vida de duas formas: a) disciplinas ou uma anátomo-política do corpo humano, trabalhado por Foucault em *Vigiar e Punir*(2004b) e b) “uma biopolítica da população, do corpo-espécie, em que o objeto será o corpo vivente, suporte dos processos biológicos (nascimento, mortalidade, saúde, duração da vida)” (Castro, 2009, pp. 57/58). Trata-se, pois, de abandonar a ideia de investimento do poder soberano na morte para passar à “administração dos corpos e à gestão calculista da vida” (Foucault, 2011, p. 152), a “distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade” (Foucault, 2011, p. 157), ou seja, uma forma de governar conforme a tecnologia biopolítica.

Isto ocorreu em virtude das propostas dos fisiocratas no sentido de responder as necessidades de expansão dos mercados. Além da necessidade de intervenções menos autoritárias e pontuais, não havia mais como gerir individualmente a população. Era preciso criar políticas públicas para intervir de maneira global, ou seja, que estas intervenções estatais passassem a direcionar de forma sutil e velada a população aos fins desejados (Guareschi, Lara e Adegas, 2010, p. 335).

É importante frisar ainda que embora sejam conceitos distintos, disciplina e biopolítica não são excludentes de forma alguma. Pode-se dizer inclusive que ao regulamentar as políticas públicas a partir dos direitos humanos, ambas constituem o sujeito de direitos (Guareschi, Lara e Adegas, 2010, p. 337). Em realidade, “as disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida” (Foucault, 2011, p. 153) e juntas caracterizam-no tendo como principal função não mais matar, como no Antigo Regime, mas investir sobre a vida em todos os seus âmbitos.

Para ilustrar a questão de que disciplina e biopolítica não se excluem necessariamente, Foucault cita como exemplo o sexo, afirmando que por um lado “faz parte das disciplinas do corpo: adestramento, intensificação e distribuição das forças, ajustamento e economia das energias” (Foucault, 2011, p. 158) e por outro se vincula ao tema da regulação das populações.

O sexo, diz ele,

insere-se, simultaneamente, nos dois registros; dá lugar a vigilâncias infinitesimais, a controles constantes, a ordenações espaciais de extrema meticulosidade, a exames médicos ou psicológicos infinitos, a todo um micropoder sobre os corpos, mas, também, dá margem a medidas maciças, a estimativas estatísticas, a intervenções que visam todo o corpo social ou grupos tomados globalmente (Foucault, 2011, pp. 158/159).

E o que alicerça todo este jogo estatal de criação de políticas públicas, que busca a potencialização da máxima utilidade da vida, é a noção de direitos humanos, pois ela sustenta a “qualidade de humano na vida dos sujeitos” (Guareschi, Lara e Adegas, 2010, p. 335). No processo de governmentação da população, acontecem “movimentos sociais, de cunho político, jurídico, científico, filosófico e religioso, que se propõem a pensar, debater, resistir e, por fim, universalizar as bases do que nos garante como seres humanos” (Guareschi, Lara e Adegas, 2010, p. 336).

4.1. A Reversibilidade dos direitos humanos

Defendida fundamentalmente através das declarações e tratados internacionais, a elaboração dos direitos humanos “estava claramente interessada em romper com o modo de governo absolutista, para afirmar o desenvolvimento dos Estados modernos e do capitalismo” (Guareschi, Lara e Adegas, 2010, p. 335). Deste modo, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, por exemplo, investiria o homem primeiro de direitos naturais – inerentes à condição de humano – que pretendem garantir a liberdade e igualdade perante a lei e, neste sentido, se oporia às antigas soberanias e primária pela construção do sujeito livre (Guareschi, Lara e Adegas, 2010, p. 336).

Esse entendimento jusnaturalista dos direitos humanos como prerrogativas inalienáveis, naturais e universais, a que teriam direito os homens por força de sua

humanidade, a partir do século XIX, é questionado pelos filósofos. Eles se dão conta de que “nessas condições, os direitos do homem contrapostos aos do cidadão fariam parte do dispositivo jurídico que, ao mesmo tempo, legitima e acoberta as relações de dominação sob a capa da igualdade formal de todos perante a lei universal” (Giacóia Júnior, 2008, p. 277).

Essa tendência progressiva de implementação dos direitos humanos, na linha da titularidade subjetiva dos mesmos, parte de uma especificação inicial abstrata, do “homem” como “cidadão”, passando pelos direitos sociais conferidos a determinadas categorias – por determinações ligadas aos gêneros (diferença entre homem e mulher), às etapas da vida (idosos, crianças, adolescentes, a estados e condições da vida humana (doentes mentais, deficientes físicos) (...) (Giacóia Júnior, 2008, p. 272).

Neste sentido interessante observar que *“los derechos humanos no son categorías normativas que existen en un mundo ideal que espera ser puesto en práctica por la acción social. Los derechos humanos se van creando e recreando a medida que vamos actuando en el proceso de construcción social de la realidad”* (Herrera Flores, 2000, p. 27). E é devido a isso que a chamada inversão ideológica dos direitos humanos acontece, ou seja, um mecanismo que, atuando conforme a lógica biopolítica do Estado, acaba por violar direitos humanos de uns em prol dos direitos humanos de outros.

Davi Rubio explica que a exclusão realizada através do direito penal é importante instrumento utilizado na inversão ideológica dos direitos humanos:

bajo el dispositivo de inversión o reversión ideológica de los derechos humanos consistente en garantizar derechos humanos vulnerando derechos humanos, las clases más poderosas utilizan este mecanismo por medio del derecho penal y a través de todo el sistema punitivo, para consolidar un sistema de control y de dominación estructural racial, clasista y de género (patriarcal), que, previamente, está establecido en el ámbito de la sociabilidad y las relaciones humanas (Rubio, 2012, p. 137).

Significa dizer que o direito penal, ao participar da inversão ideológica dos direitos humanos, acaba por realizar aquilo que a teoria criminológica Criminologia Crítica apontou como funções ocultas ou reais do sistema de punitividade. Estas têm como objetivo “ampliar as malhas de vigilância e de controle, sofisticando as formas de imposição de dor” (Carvalho, 2010, p. 124), sendo ofuscadas pelos discursos de humanização da pena (funções declaradas)

e apresentando ao público consumidor do sistema penal elaborado discurso de legitimação (Carvalho, 2010, p. 124).

Posto isto, parece claro que os internos em cumprimento de medidas de segurança se incluíam neste jogo de inversão ideológica dos direitos humanos, em que se declara a cura e o tratamento para, na verdade, se executar a defesa social dos indivíduos considerados úteis à lógica mercadológica do Estado. Seria possível ver nos pacientes dos manicômios brasileiros uma manifestação do racismo que, a fim de gerir a loucura em nome da salvaguarda de uns, opera cortes populacionais importantes dentre os considerados loucos e infratores.

A fim de exemplificar a questão de maneira bastante contundente cito o fato de que em um dos manicômios mais famosos do Brasil, o Hospital Colônia, em Barbacena, Minas Gerais, entre 1969 e 1980, estabeleceu-se um mercado de corpos entre o hospício e dezessete faculdades de medicina de universidades brasileiras.

Nesse momento recordou-se das histórias que diziam sobre os loucos nos sanatórios de Barbacena que, nas geladas noites da cidade serrana, eram enviados para os pátios, com as vestimentas molhadas, e ali largados para morrer. Então era verdade, pensou. Contemplou de novo a idosa que não teve valor em vida e cujo corpo era disputado por abutres humanos (Arbex, 2013, p. 76).

Nesse período foram comercializados 1.853 corpos numa média de dezesseis mortes ao dia no Colônia, no período de maior lotação. Cada corpo valia aproximadamente cinquenta cruzeiros, o que, atualizado, equivaleria a 200 reais. Entre 04 e 19 de novembro de 1970, venderam-se 45 corpos, cujo lote rendeu cerca de 8.338,59 reais. Em dez anos a venda de cadáveres atingiu cerca de 600 mil reais, fora o valor faturado com o comércio de ossos e órgãos.

O fornecimento de peças anatômicas, aliás, dobrava nos meses de inverno, época em que ocorriam mais falecimentos no Colônia, se comparada ao período do verão. Em junho de 1971, a venda de corpos pela instituição atingiu 137 peças contra sessenta e quatro negociadas em janeiro daquele mesmo ano (Arbex, 2013, p. 77).

Embora se trate de outro período histórico, infelizmente, o quadro de horrores pintado nos estabelecimentos manicomial não é muito diferente hoje em dia. Tanto é assim que a primeira condenação formal contra o Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos foi a de um caso em que a violência a um interno de um hospital psiquiátrico levou-o à morte.

Damião Ximenes Lopes, considerado doente mental, internado pela mãe na Casa de Repouso Guararapes, foi assassinado no estabelecimento que tinha como função controlar a sua doença.

No dia 4 de outubro de 1999, por volta de 9h, a mãe de Damião chegou à Casa de Repouso para visitá-lo e o encontrou sangrando, com hematomas, roupas rasgadas, sujo e cheirando a excrementos, com as mãos amarradas para trás, com dificuldade para respirar, agonizando e pedindo ajuda aos gritos. A mãe pediu ajuda aos funcionários para que banhassem seu filho e procurou um médico que o atendesse. Depois disso, Albertina retornou para sua casa em Varjota. Damião faleceu duas horas depois. Após a morte o médico regressou, examinou o corpo da vítima e fez constar que o cadáver não apresentava qualquer lesão externa e que a causa da morte era uma parada cardiorrespiratória (Borges, 2009, p. 29).

O fato de que a única condenação brasileira em instâncias internacionais até hoje tenha sido em relação às práticas realizadas no campo da segregação pela loucura – dentre tantas violações de direitos humanos praticadas no país – é indicativo expressivo do que vem acontecendo nos manicômios brasileiros, a partir da lógica periculosista. Assim, discordando de Foucault, em *Vigiar e Punir* (2004) e *História da Loucura* (2003), neste ponto, volto a afirmar que os manicômios judiciários não parecem ser atualmente lugares de disciplinarização, mas fundamentalmente de exclusão – ou o que pretendo problematizar a partir de Agamben (2010) – de inclusão para exclusão de seus pacientes, conforme a tecnologia biopolítica.

Cristina Rauter refere quanto a isso que as prisões brasileiras não podem ser consideradas espaços de disciplinas. Em geral, nessas instituições, por exemplo, “o diretor frequentemente não sabe quantos presos têm direito a benefícios, o que configura uma realidade bem pouco panóptica²³” (Rauter, 1997, p. 72). O que acontece é que “na prática, geralmente ficamos com prisões-depósitos, espaços nada disciplinarizados, esquadrinhados, mas espaços habitados por amontoados de humanos, sem número ou uniforme e sem que sejam objeto de uma política clara quanto ao seu futuro” (Rauter, 2005, p. 47).

²³ A estrutura panóptica criada por Jeremy Bentham é a arquitetura cuidadosamente elaborada para um modelo disciplinar, ou seja, o recluso é sempre visto, controlado, mas não pode enxergar onde estão os olhos do vigia. A ideia é “induzir no detento um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder. Fazer com que a vigilância seja permanente em seus efeitos, mesmo se é descontínua em sua ação” (Foucault, 2004b, p. 166).

Frisa a autora, contudo, que o fato de não ser um espaço disciplinar não significa que haja uma situação de vazio de poder, pois a lógica penitenciária no Brasil – na qual se incluem os manicômios judiciários, lembre-se – produz dispositivos importantes de controle social. Combinando-se o poder disciplinar ao poder despótico, que caracteriza a realidade social brasileira, temos um produto que gera o “aumento da repressão exercida pela máquina carcerária” (Rauter, 1997, p. 72).

Apesar da aproximação da lógica manicomial com a tecnologia biopolítica (em detrimento da disciplinar), fica a indagação da possibilidade real de falar-se em biopolítica, na medida em que parece que naquelas vidas não há mais investimento. Elas parecem ser muito mais o resto, aquilo que se pretende simplesmente excluir, neutralizar, apagar, exemplos do que Agamben (2010) nominou de vida nua, como será tratado a seguir.

Complementando a noção de biopolítica de Foucault, Agamben (2010) traz à tona formas de governar a população que são efetivamente práticas de morte, o que o autor chamará de tanatopolítica. Neste sentido, talvez em tais instituições, possa se falar mais em tanatopolítica do que em biopolítica, isto é, o cálculo que o poder estatal faz não sobre a vida, mas sobre a morte daqueles indivíduos, daquelas vidas desqualificadas. Dito de outro modo, em relação às pessoas consideradas loucas e criminosas o que parece haver é mais um desinvestimento do que um investimento na vida.

O que parece ocorrer com os internos dos manicômios judiciários brasileiros é que suas vidas são consideradas matáveis, e “todo o indivíduo que apresenta a condição de matabilidade é de certo modo *sacer*” (Souza, 2011, p. 115), como explicitarei com Agamben no tópico a seguir.

Sempre restam as perguntas sobre o modo como o Estado se articula a partir da falaciosa ideia de proteção dos direitos humanos e funções declaradas do sistema penal e lida com os pacientes judiciários. Dentro da gestão da população para fins de inclusão na lógica capitalista, parece ser possível caracterizar como tanatopolítica o que acontece nos manicômios judiciários:

Se em todo Estado moderno existe uma linha que assinala o ponto em que a decisão sobre a vida torna-se decisão sobre a morte, e a biopolítica pode deste modo converter-se em tanatopolítica, tal linha não mais se apresenta hoje como um confim fixo a dividir duas zonas claramente distintas; ela é, ao contrário, uma linha em movimento que se desloca para zonas sempre mais amplas da vida social, nos quais o soberano entra em simbiose cada vez mais íntima não só com o

jurista, mas também com o médico, com o cientista, com o perito, com o sacerdote (Agamben, 2010, p. 119).

A realidade manicomial brasileira demonstra que a vida produzida nas instituições totais, principalmente naquelas que de alguma forma se vinculam à criminalidade, é nula ou muito pouca. E talvez por isso, quando Mylia, a personagem do romance português, engravida de um interno no manicômio, descumprindo todas as normas sociais e institucionais, este seja entendido como um ato tão subversivo. Desconsiderar o marido psiquiatra que a internara, apaixonar-se por um paciente e produzir como consequência a vida em seu sentido mais literal, é algo que não foi pensado para uma mulher, ainda mais considerada esquizofrênica e sob a tutela da instituição psiquiátrica. Como punição Mylia não pode permanecer com o seu filho.

O que a união entre direito e psiquiatria parece gerar são violências legitimadas por um status de periculosidade que produz uma racionalidade que acredita, por exemplo, que loucas não têm condições de exercer a maternidade, manicômios não são lugares de produção de vida e a violação dessas máximas trará sempre desestabilização, ruptura, exatamente como a flor que, sem que ninguém esperasse, acaba por nascer no asfalto.

4.3. Corpo nu, vida nua: Manicômios no limiar do campo

Em 1979, Franco Basaglia esteve no Brasil e visitou o Hospital Colônia. Após, deveria dar uma conferência em um importante evento e, obviamente, era muito esperado. Basaglia dirigiu-se até o local, mas o único que disse foi que, depois do que tinha visto no hospital Colônia, um verdadeiro campo de concentração, estava muito abalado e não tinha condições de proferir uma palestra. Pediu desculpas e retirou-se (Venturini, dados obtidos de entrevista realizada pela pesquisadora).

Partindo da figura do *homo sacer*, Giorgio Agamben, na obra intitulada *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I* (2010) trabalha a questão da vida nua. O homem sacro, sujeito que existia no direito romano arcaico e cuja vida era desprovida de valor, podia ser morto sem que o autor da conduta houvesse praticado um crime. Sua existência era tão desconsiderada que não tinha direito nem mesmo ao ritual da morte, comum a todos os demais. Este personagem era, portanto, o exemplo mais claro de vida nua, pois sua vida era

matável e insacrificável, ele era incluído no ordenamento somente através de sua exclusão (Agamben, 2010, p. 16).

Agamben (2010, p. 9) começa a explicar a noção de vida nua afirmando que os gregos, sem possuir expressão única para “vida”, utilizavam-se de dois termos: *zoé* e *bíos*. O primeiro indicava o simples fato de viver que todos os seres vivos, independente da espécie, possuem, sem estar, pois, incluídos na *pólis*. O segundo, o modo de viver próprio de um grupo ou indivíduo, isto é, uma vida politizada, qualificada, incluída no mundo clássico da *pólis*.

A *zoé* então dizia respeito à própria vida – e não a de um ser específico, mas à vida em geral; ou seja, referia-se à vida em si mesma, à vida nua. Contudo na *pólis* grega o que interessava era a vida da *bíos*, de modo que a *zoé*, enquanto forma de vida, foi banida da política (Scisleski e Guareschi, 2011, p. 92).

A *zoé* passou a figurar na cena política da modernidade através do biopoder, ou seja, ao gerenciar a vida das populações ocorre este mecanismo de governo que exclui para incluir. Neste sentido, a vida nua seria a vida meramente biológica ou a inclusão da *zoé* na política (Scisleski e Guareschi, 2011, p. 92).

Para ilustrar a questão, Agamben refere a decisão de alguns anos atrás do governo americano de tirar impressões digitais dos estrangeiros que entram nos Estados Unidos como exemplo da nova relação biopolítica entre os indivíduos e o Estado. Tal política não tem como objetivo a participação livre e ativa na esfera pública, somente visa à inscrição e ao fichamento “do que há de mais provado e incomunicável: a vida biológica dos corpos. Trata-se de nos persuadir a aceitar como normais práticas de controle excepcionais e desumanas pelas quais os cidadãos tornam-se indivíduos suspeitos por excelência” (Neri e Cavalcanti, 2005, p. 95).

O paradoxo reside no fato de que a inclusão de tais pessoas se dá através da exclusão, isto é, para ingressar na política a *zoé* teve de ser excluída da *pólis* e somente muitos séculos após ela passa a ser incluída (através do biopoder, como referido) (Scisleski e Guareschi, 2011, p. 92). O questionamento a ser realizado seria por que as políticas do Ocidente se constituíam através de uma exclusão que é simultaneamente uma inclusão (da vida nua)? (Batista, 2002, p. 386).

Uma das chaves de resposta parece ser o fato de que na política moderna a exceção se torna regra e o espaço da vida nua que estava antes à margem do ordenamento progressivamente coincide com o espaço político, “e exclusão e inclusão, externo e interno, *bíos* e *zoé*, direito e fato, entram em uma zona de irreduzível indistinção” (Agamben 2010, p. 16). Deste modo, o estado de exceção em que a vida nua é a um só tempo excluída e capturada pelo ordenamento, sujeito e objeto, constitui na verdade o alicerce de todo sistema político. Ao incluir a vida biopolítica no cerne dos seus cálculos, “o Estado moderno traz à tona o laço secreto que une poder e vida nua, que une o poder moderno e o do *arcana imperii*” (Batista, 2002, p.386).

Como explica Agamben,

se algo caracteriza, portanto, a democracia moderna em relação à clássica, é que ela se apresenta desde o início como uma reivindicação e uma liberação da *zoé*, que ela procura constantemente transformar a mesma vida nua em forma de vida e de encontrar, por assim dizer, o *bíos* da *zoé*. (...) Por trás do longo processo antagonístico que leva ao reconhecimento dos direitos e das liberdades formais está, ainda uma vez, o corpo do homem sacro com o seu duplo soberano, sua vida insacrável e, porém, matável (Agamben 2010, p. 17).

Assim, chamar-se-á “relação de exceção a esta forma extrema da relação que inclui alguma coisa unicamente através de sua exclusão” (Agamben, 2010, p. 25). A estrutura de exceção se articula através da exclusão da vida nua para depois incluí-la. Deste modo a vida se torna objeto da política, exurgindo, então, aquilo que se convencionou chamar de biopolítica (Scisleski e Guareschi, 2011, p. 92).

Viveríamos então, atualmente, não mais o estado soberano em que o chefe de estado gerenciava a morte e tolerava a vida (fazer morrer e deixar viver) (Foucault, 2010, p. 202), mas sim uma outra espécie de estado de exceção, que se disfarça nas políticas públicas ‘bem intencionadas’ da democracia, sem deixar ver que esta nada mais é do que outra forma de estado de exceção, velada, oculta, pois “criou-se como forma legal daquilo que não pode ser legal. Tenta legitimar aquilo que não tem legitimidade jurídica, ou seja, a exceção, e como consequência a arbitrariedade de quem decide a exceção” (Ruiz, 2012, p. 21).

Arrisca-se, pois, com Agamben, a dizer que a democracia é totalitária, ainda que seja necessário não subestimar as diferenças e proporções que afastam ambos os sistemas políticos. O totalitarismo moderno pode ser, então, conceituado como

a instauração por meio do estado de exceção, de uma guerra civil legal que permite a eliminação física não só dos adversários políticos, mas também de categorias inteiras de cidadãos que, por qualquer razão, pareçam não integráveis ao sistema político. Desde então, a criação voluntária de um estado de emergência permanente (ainda que eventualmente não declarado no sentido técnico) tornou-se uma das práticas essenciais dos Estados contemporâneos, inclusive dos chamados democráticos (Agamben, 2004, p. 13).

Desta forma, o estado de exceção tende a ser a forma dominante de governar na política atual. Com efeito, o deslocamento de uma medida excepcional e provisória para uma técnica de governo identifica o estado de exceção como algo que está situado entre a democracia e o absolutismo (Agamben, 2004, p. 13).

Se é assim, é possível que tenhamos instituições estatais com características de estado de exceção ou campo no sentido trabalhado por Agamben em *O que resta de Auschwitz* (2008). Na obra o autor explica, a partir do paradigma do campo de concentração nazista de Auschwitz, que o campo é uma categoria eminentemente de estado de exceção, um dos seus exemplos mais radicais.

O campo é o lugar em que a regra é o estado de exceção, que perdura e que autoriza que um homem privado de seus direitos seja vítima de um crime de homicídio sem que isso seja considerado como tal. O judeu está, pois, excluído das ordens humana e divina e tal exclusão está dentro das normas, pois o soberano impõe seu poder sobre aquele a quem sua lei exclui, a vida nua. É a biopolítica transformando-se em tanatopolítica (Pelbart, 2003, p. 64).

O campo é o espaço onde norma e exceção se tornaram indiferentes, é a estrutura na qual o estado de exceção é realizado normalmente, de maneira estável. O campo é o espaço biopolítico mais puro pois o que ele tem diante de si é a vida nua, a pura vida, sem nenhuma mediação. A questão não é como se pôde cometer crimes tão hediondos contra seres humanos, mas por quais dispositivos jurídicos e políticos seres humanos puderam ser privados de seus direitos e prerrogativas a ponto de que qualquer ato cometido contra eles deixou de aparecer como delituoso (Pelbart, 2003, p. 64).

E neste sentido, ao avaliar especificamente o manicômio judiciário como espaço de violência estatal, pode-se pensar esta instituição total a partir dos referenciais teóricos oferecidos por Foucault e Agamben e considerá-lo como estado de exceção, pois há muita semelhança entre o manicômio e o campo de extermínio.

Nas primeiras páginas de *Homo Sacer*, Agamben parece indicar no mesmo sentido ao referir que:

O próprio estado de exceção, como estrutura política fundamental, em nosso tempo, emerge sempre mais ao primeiro plano e tende, por fim, a tornar-se a regra. Quando nosso tempo procurou dar uma localização visível, permanente a este ilocalizável, o resultado foi o campo de concentração. Não é o cárcere, mas o campo, na realidade, o espaço que corresponde a esta estrutura originária de *nómos*. Isto mostra-se, ademais, no fato de que enquanto o direito carcerário não está fora do ordenamento normal, mas constitui apenas um âmbito particular do direito penal, a constelação jurídica que orienta o campo é, como veremos, a lei marcial ou o estado de sítio. Por isto não é possível inscrever a análise do campo na trilha aberta pelos trabalhos de Foucault, da *História da Loucura a Vigiar e Punir*. O campo, como espaço absoluto de exceção, é topologicamente distinto de um simples espaço de reclusão (Agamben, 2010, pp. 26-27).

Contudo parecem existir no manicômio judiciário violências tais que produzem ranhuras no estado de direito em que vivemos atualmente. Em outros termos, estado de direito e estado de exceção não são modelos puros, totalmente apartados e estanques. E evidentemente há um estatuto jurídico definido acerca dos manicômios judiciários que os isenta desta característica de puro estado de exceção.

No entanto penso ser possível localizar práticas e mecanismos de violência que fogem às leis que pretendem tutelar tais espaços e, por isso, fundamental perceber que há nestes locais características que se assemelham ao campo de concentração, que estendem ao limite a fronteira que separa o que podemos e o que não podemos chamar de estado de exceção.

Deste modo, haveria a possibilidade de pensar que as pessoas consideradas criminosas e loucas somente são incluídas no Estado através de sua exclusão, pois parecem habitar os manicômios e só existir para o corpo social através de suas vidas (mais que) nuas. Assemelham-se ao *homo sacer*, cuja vida não tinha valor e cuja subjetividade podia ser aniquilada sem que alguém respondesse por isso. A vida nua continua incluída na política através de sua exclusão. É um pouco este o formato da cidadania no Brasil, aquilo que se faz em relação aos setores vulneráveis da sociedade (Batista, 2002, p.387) e parece que a questão dos internos em medida de segurança pode ser pensada por esta via.

Assim, é possível aproximar o manicômio judiciário de uma instituição de estado de exceção, no mesmo sentido que o faz Castor Ruiz (2012, pp. 17/18), ao falar da senzala como um espaço sem direito. Ruiz explica que nas senzalas a vida dos escravos, mera vida natural,

está absolutamente nas mãos do proprietário da terra. Propositadamente haveria ali um vazio jurídico que propiciaria esta situação. Ocorreria em relação a tais locais “uma delicada operação jurídica do Estado que a conceitua como espaço fora do direito” (Ruiz, 2012, p.17). Seria operativo na senzala, então, “o dispositivo biopolítico do campo através do qual o Estado conseguiu cercar a vida de determinados grupos sociais num espaço sem direito”.

Para o autor, a senzala seria a primeira experiência jurídico-política de campo, transmutando-se ao longo do tempo nas diversas formas de enclausuramento de populações indesejadas ou consideradas perigosas, como se pode pensar o que acontece nos manicômios judiciários. Significa dizer que, ainda que os HPJs não possam ser considerados efetivos campos no sentido do que Agamben nominou como tal, é possível aproximá-los da noção de senzala, local em que “a partir de uma política de Estado, a vida humana fica abandonada de todo direito e reduzida a mais bárbara condição de *homo sacer*” (Ruiz, 2012, p.18).

A mesma ideia se apresenta quando Pelbart (2003, p. 65) explica que “se a essência do campo consiste na materialização do estado de exceção, e na criação de um espaço para a vida nua enquanto tal, devemos admitir que estamos diante de um campo a cada vez que esse tipo de estrutura é criado, independente dos tipos de crimes aí cometidos.” E baseando-se em Agamben, cita como espaços de exceção “as zonas de espera de aeroportos internacionais em que são detidos os estrangeiros, as instituições para menores infratores, a base de Guantánamo, territórios sob ocupação militar” (Pelbart, 2003, p. 65) e, indubitavelmente, pode-se incluir aqui os manicômios judiciários brasileiros.

Franco Basaglia, grande expoente da Antipsiquiatria explica, a partir de um trecho da obra de Primo Levi, *É Isto um Homem?* (1988), que o processo de desintegração e despersonalização a que estavam submetidos os prisioneiros desde o momento em que entravam no campo de concentração nazista

não parece muito diferente daquele a que é submetido o internado em nossos hospitais psiquiátricos. Se, quanto a este último, ainda não é de todo evidente qual parte coube à doença e qual foi o papel da internação no desenvolvimento de sua síndrome, que podemos definir como de desumanização, o relato de Primo Levi sobre o estado de regressão, de restrição e de enclausuramento, última etapa da trajetória do preso, revela que nos encontramos na presença de um processo idêntico, em cuja gênese a doença mental, como causa primária da regressão, é puramente casual (Basaglia, 2005, p. 52).

Outro ponto interessante a ser tratado é o fato de que nos campos de concentração a figura mais expressiva é aquela batizada de “muçulmano” (Agamben, 2008). Esses homens desnutridos, macilentos, doentes, cabisbaixos, de ombros curvados, em cujo rosto e em cujo olhar não se podia ler o menor pensamento (Levi, 1988, p. 91), receberam esse nome porque quando observados de longe pareciam árabes em oração, pois muitos não eram sequer capazes de mover-se e os que ainda o conseguiam, o faziam em câmera lenta, sem que dobrassem os joelhos (Agamben, 2008, p.51).²⁴

Parece existir no campo de concentração, portanto, um momento em que, apesar da aparência de humano, o homem deixa de sê-lo. “Esse ponto é o “muçulmano” e o campo é, por excelência, o seu lugar” (Agamben, 2008, p.62), um ponto que parece não ter retorno (Agamben, 2008, p.63), em que a humanidade se esvai. São, assim, denominados “mortos-vivos”, “homens-múmia” ou “cadáveres ambulantes” (Agamben, 2008, p. 63).

A história – ou melhor, a não-história – de todos os muçulmano que vão para o gás, é sempre a mesma: simplesmente acompanharam a descida até o fim, como os arroios que vão até o mar. Uma vez dentro do Campo, ou por causa da sua intrínseca incapacidade ou por azar, ou por um banal acidente qualquer, eles foram esmagados antes de conseguir adaptar-se; ficaram para trás, nem começaram a aprender o alemão e a perceber alguma coisa no emaranhado infernal de leis e proibições, a não ser quando seu corpo já desmoronara e nada mais poderia salvá-los da seleção ou da morte por esgotamento. A sua vida é curta, mas seu número é imenso; são eles os muçulmanos (...). Já estão tão vazios, que nem podem realmente sofrer. Hesita-se em chamá-los vivos; hesita-se em chamar “morte” à sua morte, que eles já nem temem, porque estão esgotados demais para poder compreendê-la (Levi, 1988, p. 91).

A partir da explanação dos conceitos trabalhados por Giorgio Agamben, então, entendo ser possível pensar nos doentes mentais em medidas de segurança como os “muçulmanos” (Agamben, 2008) do sistema penal, pois eles, dentre todos os criminalizados, são os únicos que, em tese, têm menos voz para reivindicar suas demandas. Além disso, quando falam podem não ser entendidos, seja por má vontade do interlocutor, seja porque possuem uma racionalidade diferente daquele que o escuta.

²⁴ Esta é a explicação que me pareceu mais adequada para a expressão “muçulmano” de todas as trazidas no livro de Agamben, mas o próprio autor antes de referi-la indica que “sobre as origens do termo *Muselmann* as opiniões são discordantes. Aliás, como acontece com frequência com os jargões, os sinônimos não faltam” (Agamben, 2008, p.52).

Resta evidente que os “muçulmanos” (Agamben, 2008) eram, nos campos de concentração, o que havia de menos humano, alguém que parecia sequer ter o direito de morrer. Um sujeito considerado objeto, sem ética ou estética de um homem. Exatamente por isso, ainda que não possa o louco infrator ser considerado um “muçulmano” (Agamben, 2008) em termos literais, seria possível ao menos pensá-lo como interessante metáfora. Ocorre que em ambos, “muçulmano” (Agamben, 2008) dos campos e interno dos manicômios judiciários, há uma característica importante que parece aproximá-los: o fato de ser o resto desses espaços, de ser o símbolo de todas as violências vividas nessas situações de aniquilamento dos sujeitos.

Além disso, possuem um outro fator que os incapacita se comparados aos considerados ‘criminosos normais’: a imposição do uso de remédios psiquiátricos. A medicação que pretende ‘domar’ o sujeito internado é um fator que facilita a perda dos vínculos com a realidade a sua volta, que o torna ainda mais vulnerável. E essa é uma prática tomada como imprescindível e inquestionável nos hospitais psiquiátricos, como narra Tavares:

A saúde era o inverso do tédio, dos medicamentos que no hospital se confundiam com a alimentação, transformados que estavam numa espécie de segundos alimentos; ou mesmo, em vários casos, a medicação, ela mesma, era o primeiro alimento do louco, ganhando importância ao simples arroz, à carne quase sempre mal passada, dura ou de *sabor indecente*, como por ali repetiam (Tavares, 2006, pp. 156/157).

Apresentada a proximidade entre o “muçulmano” (Agamben, 2008) e o manicomizado, resta ainda, outra indagação: em um universo trágico, de inúmeras violências, o que diferenciaria os internos considerados loucos e criminosos dos só loucos? Os loucos e criminosos possuem uma dupla estigmatização, pois, além de considerados sem racionalidade, possuem ‘defeito ainda mais grave’: praticaram um delito. E distintamente dos reclusos em estabelecimentos prisionais, os internos do manicômio judiciário agregam a vulnerabilidade de serem considerados habitantes de um universo paralelo, o da loucura. Isso faz com que as possibilidades de resistência se tornem ainda mais nefastas, seja porque é efetivamente mais difícil para essas pessoas organizar o raciocínio a fim de protestar contra as condições em que se encontram, seja porque, embora consigam reivindicar qualquer coisa, isso será tomado como algo sem valor, invisível, produto da loucura.

Eu tenho muita vontade de alugar uma pecinha pra mim e sair daqui. O problema é que quando a pessoa passa pelo IPF pode ser culpada de outras coisas lá fora...(depoimento de uma paciente do IPFMC, em oficina de escrita).

Resta evidente que os “muçulmanos” (Agamben, 2008) eram, nos campos de concentração, o que havia de menos humano, alguém que parecia sequer ter o direito de morrer. Um sujeito considerado objeto, sem ética ou estética de um homem. Exatamente por isso, ainda que não possa o louco infrator ser considerado um “muçulmano” (Agamben, 2008) em termos literais, seria possível ao menos pensá-lo como interessante metáfora. Ocorre que em ambos, “muçulmano” (Agamben, 2008) dos campos e interno dos manicômios judiciários, há uma característica importante que os une: o fato de ser o resto desses espaços, de ser o símbolo de todas as violências vividas nessas situações de aniquilamento dos sujeitos.

O considerado louco criminoso é o mais frágil dentre todas as figuras que habitam o sistema penal. O indivíduo que carrega ambos os estigmas é a maior vítima do sistema carcerário do país, o que o aproxima do “muçulmano” (Agamben, 2008) no campo. Se no universo do sistema punitivo homens e mulheres são violentados diariamente – desde às condições materiais até a relação de autoridade que se estabelece entre os que gerenciam e os que estão enclausurados nas instituições totais – a situação dos loucos é ainda mais grave na medida em que: a) podem não ter condições de avaliar a situação em que se encontram; b) ainda que possuam consciência crítica, ao investir em qualquer reivindicação, provavelmente não serão ouvidos, já que considerados irracionais e c) a medicação que consomem diariamente nos manicômios judiciais potencializa a perda de consciência e diminui ou anula as possibilidades de resistência, frente à lógica periculosista.

Deste modo, se pode dizer que a prisão e o manicômio judicial se diferenciam bem mais pela sua clientela do que pelas características de cada instituição. A questão é que justamente da ‘falta de racionalidade’ dos que habitam os hospícios é que advém a vulnerabilidade que os torna os mais aniquilados do sistema de punição. E a questão da sexualidade feminina é um exemplo bastante simbólico de todo esse universo que captura os que estão em medida de segurança, é um emblema das condições de possibilidade que a racionalidade periculosista cria às práticas violentas.

Como Mylia, a personagem do romance de Gonçalo Tavares, que além de ter tido seu filho arrancado de seu corpo e de sua vida, teve também sua possibilidade de ser mãe extirpada, as mulheres nos manicômios brasileiros, em sua maioria, não têm direito à vida sexual, conforme narrado na introdução, sob o argumento de que oferecem risco de engravidar. Quando das visitas realizadas ao Instituto Psiquiátrico Forense de Porto Alegre, observei que ficavam separadas em um ala pequena do manicômio, porque eram os homens maioria. Para não se misturar e não se reproduzirem, ficavam reclusas num espaço bem menor, porque, afinal, ‘é a mulher quem engravida’.

Mylia estava deitada na cama: tinha pela primeira vez dores fortíssimas no baixo-ventre, e explicava que nos anos de internamento fora operada para não ter mais filhos.

- Sem o seu consentimento? – perguntou pela segunda vez, o médico.

- Sem o meu consentimento – disse Mylia.

O ginecologista era um ancião, o doutor Gothjens: sentou-se; levantou-se de novo, lentamente, uma voz rígida mas atenciosa:

- Nenhum médico pode fazer isso sem o consentimento da mulher.

- Ninguém me perguntou nada – disse Mylia. – Talvez tenha assinado um documento, mas se o fiz não estava em condição de o fazer. Não me lembro.

O doutor Gothjens fizera já o seu diagnóstico: a operação para ‘fechar os filhos’ como Mylia dizia, tinha corrido mal. Atingira o objetivo – Mylia era agora estéril – mas deixara outras mazelas. Tinha de ser novamente operada. Há algo cá dentro – dizia Gothjens, referindo-se ao ventre de Mylia – que se desenvolve de uma maneira errada. Esperemos que a operação consiga travar (Tavares, 2006, pp. 180/181).

Edmar Oliveira, no livro *Ouvindo vozes*, narra também a história de uma paciente do Instituto Municipal Nise da Silveira (Rio de Janeiro) que engravidou dizendo ser de um interno. O então diretor explica que “era um paciente do ambulatório que tínhamos empregado na cota de portadores de necessidades especiais da firma terceirizada. A polícia disse que o problema era nosso, já que todos os dois eram doidos. (...) O território do hospício é localizado no país dos “sem razão” e o que ali acontece não interessa ao mundo dos sãos” (Oliveira, 2009, p. 95).

A paciente realizou uma cesárea e o resultado foi o mesmo da história literária:

por combinação do médico da maternidade e de um técnico nosso, foi feita uma ligadura de trompas sem o consentimento da parturiente. Parte de nossa equipe protestou. O diretor da maternidade também

ficou indignado com o procedimento do médico, relatando-me que, quando pedia uma ligadura necessária, não faziam, mas no caso da “maluquinha”, o preconceito quase impunha o procedimento. Estávamos no território do “sem-jeito” (Oliveira, 2009, p. 95).

E exatamente como na história de ficção, o filho desta paciente não pôde ficar com ela e “a criança, muito linda, um marrom cintilante com olhos de esmeralda, o juizado encaminhou a uma família adotiva, muito fácil de encontrar” (Oliveira, 2009, p. 96). Esta mulher teve mais sorte que Mylia, a personagem do livro, pois pôde visitar o filho desde os primeiros meses apesar de tudo e apesar das fortes emoções e contradições que isto provocava nela. O filho de Mylia foi entregue com poucos dias de vida ao ex-marido, que sequer era o pai da criança. Toda essa situação fez com que Mylia só conhecesse a criança a que deu vida quando o menino já completava quatro anos e isto, não raro, acontece com mulheres doentes mentais, sejam elas consideradas criminosas ou não.

Nesse sentido, é bastante impactante a forma como as internas do Hospital Colônia repeliram as agressões sofridas no período gestacional. Arbex narra a situação da paciente Sônia:

ela passou as próprias fezes no corpo durante o período em que esteve grávida no hospital. Questionada sobre o ato repugnante, Sônia justificou:— Foi a única maneira que encontrei de ninguém machucar meu neném. Suja deste jeito, nenhum funcionário vai ter coragem de encostar a mão em mim. Assim, protejo meu filho que está na barriga.

O repelente humano foi adotado no Colônia por outras gestantes. Apesar de Sônia ter tido dois filhos biológicos dentro do hospital — a menina morreu, e o menino, hoje com vinte e cinco anos, está preso —, seu coração elegeu uma paciente como filha adotiva (Arbex, 2013, pp. 51/52).

Assim, vez mais aponto o fato de que há expressiva semelhança entre essas pessoas e os “muçulmanos” (Agamben, 2008) dos campos de concentração. Há em ambos uma descaracterização do estado de pessoa a partir da violação tão séria de seus direitos, dos quais a questão dos direitos sexuais e reprodutivos é só um (forte) exemplo em relação às mulheres. Quando retiram dessa mulher o direito de ser mãe de seu próprio filho e também a possibilidade de gerar outros, isto traz a ideia de absoluta ausência de vontade, de um aniquilamento tal que passam a ‘viver por viver’, da forma como os outros escolherem que esta vida deve ser vivida.

A mulher que é considerada louca, que nesse momento utilizo para demonstrar a muçulmanidade dos manicomizados, está suja, fétida, nua e, sobretudo, silenciada. Maria, na realidade do universo manicomial gaúcho, e Mylia, na literatura, são apenas duas delas. Maria é a que conseguiu se fazer enxergar naquela manhã de sexta-feira no Manicômio Judiciário em Porto Alegre. Apenas uma em um contexto de invisibilizados pelas paredes densas destas instituições totais. E, ainda assim, “é uma satisfação pensar que aqueles que exilamos nos hospitais psiquiátricos estão recebendo tratamento, e não castigo, sob os cuidados de um médico” (Goffman, 2003, p. 299).

4.3. Rupturas na lógica periculosista: as Reformas Psiquiátricas

O que pretendo trabalhar neste ponto é o fato de que começaram a ser pensadas outras formas de tratar a doença mental, com o intuito de coibir as violências praticadas contra os considerados loucos e assim subverter a racionalidade perpetrada pelo terceiro discurso. Inúmeros movimentos foram sendo realizados no sentido de romper a lógica periculosista e pode-se dizer que as duas grandes guerras mundiais foram os principais disparadores das reformas psiquiátricas. Especificamente depois da segunda guerra, os olhares se voltaram para os hospícios e a descoberta foi a de que a situação dos manicomizados era tão ruim, que – exatamente como anteriormente sugerido – em nada se diferenciava dos campos de concentração. Na guerra ou no hospício não havia qualquer chance de mínima preservação da dignidade humana (Amarante, 2011, p. 40).

A partir de então, foram inúmeras as experiências de reforma psiquiátrica nos mais diferentes países e, embora somente algumas delas mereçam maior destaque, é interessante notar que há determinados fatores comuns parecem impulsionar qualquer reforma psiquiátrica.

Em primeiro lugar há um clima social que exige/permite a conscientização da denúncia da situação manicomial, com o surgimento de propostas alternativas. Em segundo, há um momento de certo compromisso administrativo com esse novo projeto e, por último, um grupo de técnicos qualificados e decididos a levar a iniciativa de reforma adiante, dentre os quais sempre um líder mais ou menos carismático (Desviat, 2008, p. 25).

Podem-se dividir as experiências mundiais em três principais grupos: a) Comunidade terapêutica e Psicoterapia institucional; b) Psiquiatria de setor e Psiquiatria preventiva e c) Antipsiquiatria e Psiquiatria democrática.

Antes de tudo, é importante frisar que os dois primeiros grupos podem ser considerados *reforma* no verdadeiro sentido da palavra, já que são propostas que, de alguma maneira, almejavam melhorar o sistema, mas continuar a mantê-lo. Já a Antipsiquiatria e a Psiquiatria democrática pretendiam romper o arcabouço teórico e institucional com o qual até então a psiquiatria havia tratado os considerados doentes mentais. A diferença estava no fato de que ou se pretendia a transformação do manicômio em uma instituição terapêutica ou se propunha seu fechamento como precondição da reforma (Desviat, 2008, p. 24) e esta somente o último grupo parecia ter realmente defendido.

A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional estão agrupadas porque têm em comum a crença de que o fracasso estava na gestão do manicômio. Significa dizer que a psiquiatria qualificar-se-ia se fossem implementadas mudanças na instituição; se o sonho de Esquirol fosse realidade em um hospital psiquiátrico, haveria excelente tratamento ao considerado louco.

Por Comunidade Terapêutica, especificamente, se entende “um processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou, enfim, um processo que propunha a horizontalidade e ‘democratização’ das relações” (Amarante, 2011, p. 43). A corrente inglesa, cujo principal expoente é Maxwell Jones, entendia como questões fundamentais: a) a liberdade de comunicação em diferentes níveis; b) a análise de tudo o que acontece na instituição, em termos de dinâmica individual e interpessoal; c) a tendência a destruir as relações de autoridade tradicionais, em um ambiente de extrema tolerância; d) as atividades coletivas e e) a presença de toda a comunidade nas decisões administrativas do serviço.

Face à desinstitucionalização proposta pela corrente, a reforma da psiquiatria francesa procurou maneiras terapêuticas de institucionalização: reinvenção do manicômio e surgimento de novas instituições intermediárias extra-hospitalares, setorizando o território. A Psicoterapia Institucional, “tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio” (Desviat, 2008, p. 25), cujo principal expoente é François Tosquelle, pode ser conceituada como “um conjunto de ações que permitem a criação de campos transferenciais multifocais” (Desviat, 2008, p. 26). Estuda-se a instituição como uma cartografia do inconsciente (o significante do coletivo

e de cada um dos sujeitos) e a hipótese inicial é a de que todos estão doentes na instituição total, motivo pelo qual a terapia deve abarcar o hospital inteiro, pessoal e pacientes.

Deste modo, todos deveriam ter uma função terapêutica no hospital e deveriam fazer parte de uma mesma comunidade. O intuito seria o de lutar contra a violência institucional e questioná-la, e a maneira de fazer isso seria inaugurando a verticalidade nas relações. Deveria haver o encontro e o confronto simultâneos dos papéis profissionais e institucionais com o fim de desestabilizar hegemonias e hierarquias. E assim, ao invés de destruir o manicômio, poder-se-ia pensar nele como uma “escola de liberdade”, um lugar no qual aprender-se-ia o necessário antes de enfrentar a vida extramuros (Amarante, 2001, p. 45).

O segundo grupo, que engloba a Psiquiatria de setor e a Psiquiatria preventiva, acredita que o modelo hospitalar esgotou-se, que deveria ser desmontado, dando lugar à construção de serviços assistenciais (hospitais-dia, oficinas terapêuticas, centros de saúde mental etc.).

A Psiquiatria de setor surge como forma de tentar aparar as arestas deixadas pela Psicoterapia institucional, cujas falhas passaram a ser notadas a partir dos anos 50 e início dos anos 60. Havia a necessidade de um trabalho externo ao manicômio, adotando-se medidas de continuidade terapêutica – ou seja, quando o paciente recebesse alta – evitando-se ao máximo a reinternação (Amarante, 2011, p. 45).

Pretendia-se estruturar um serviço público de tratamento que estaria ao alcance do acesso universal da população brasileira. O intuito era o de abandonar o conceito de assistência a fim de implementar iniciativas de projetos terapêuticos individuais, ou seja, “a política de setor não foi apenas uma tentativa de fazer uma outra psiquiatria, mas também uma ação de saúde pública, no sentido literal do termo” (Desviat, 2008, p. 27).

Devido a estes fatores foram criados os centros de saúde mental (CSM) divididos nas diferentes regiões francesas e tendo como parâmetro o índice populacional. O setor seria, assim, uma espécie de divisão ou região administrativa.

A ideia de Lucien Bonnafé, principal personagem do setor, foi a de subdividir o espaço interno do hospital destinando para cada setor uma enfermaria correspondente. Desta feita, todos os pacientes provenientes de uma determinada região, isto é, de um determinado setor, seriam internados em uma mesma enfermaria do hospital. Quando recebessem alta médica seriam encaminhados para o CSM existente no mesmo setor (Amarante, 2011, p. 46).

O CSM seria uma área geográfica de aproximadamente 70 mil habitantes que incluiria leitos hospitalares (ao redor de 3 por cada 1.000 habitantes) e recursos extra-hospitalares para cada serviço ou setor e dispositivos para vários setores: oficinas protegidas, lares de pós-cura, clube terapêutico (Desviat, 2008, p. 30).

Os benefícios dessa teoria seriam inúmeros e, o principal, o fato de que as pessoas em tratamento psiquiátrico estariam, de alguma maneira, em contato com pessoas das suas relações, mais ou menos próximas, tendo em vista que a região geográfica definia a região hospitalar. E o mais importante era que “o acompanhamento terapêutico poderia ser realizado pela mesma equipe multiprofissional, tanto no interior do hospital quanto no local de residência” (Amarante, 2011, p. 46), não deixando lacunas no tratamento ou causando impactos ao paciente quando da mudança dos profissionais que o tratavam. O vínculo positivo previamente estabelecido seria mantido, portanto, tanto na situação de alta quanto na situação de internação, momento em que a iniciativa parece ter ainda mais sentido: “ao contrário da situação do impacto certamente negativo de ser recebido por profissionais ‘estranhos’, algumas vezes amarrado e contido de forma brusca, a situação recebia um tratamento sensível e inovador” (Amarante, 2011, p. 47).

Assim, o Congresso de Psiquiatria e Neurologia da Língua Francesa, realizado em Tours em 1959, e o Grupo de Trabalho de Psicoterapia e Socioterapia Institucional resultaram em uma Circular (de 15 de março de 1960) – firmada pelo Ministro francês da Saúde Pública – cujo prefácio expunha a necessidade de transformar os asilos em hospitais especializados no atendimento à doença mental, tendo em vista que a institucionalização era uma única etapa do tratamento, que havia se iniciado e que deveria continuar nos centros de prevenção e pós-cura.

A normativa estabelecia igualmente as estruturas e o espírito do setor:

Não se trata de atender à demanda tal como é formulada, geralmente uma demanda de exclusão, de cuidados impostos, uma demanda de tutela, mas sim de tratar essa demanda, de intervir tanto no meio ambiente quanto no próprio sujeito, para que enfim seja aceita a solução que dê a este o máximo de autonomia e que o livre das sujeições implicadas pela doença (...) (Desviat, 2008, p. 29).

Indubitavelmente a psiquiatria de setor constituiu-se em importante referência nas reformas psiquiátricas e, como se verá, as iniciativas que pretendiam romper totalmente com

a lógica manicomial passaram a utilizar suas estratégias até conseguir atingir a desinstitucionalização completa.

Ainda, a Psiquiatria preventiva surgiu nos Estados Unidos e ficou conhecida também como Saúde Mental Comunitária, cujo fundador e principal autor é Gerald Caplan. Um dos fatos mais importantes para a sua criação foi um censo realizado em 1955 que pretendia avaliar as condições de assistência nos hospitais psiquiátricos, cujos resultados apontaram as precárias condições de assistência, a violência e os maus tratos sofridos pelos pacientes internados em todo o país (Amarante, 2011, p. 47).

O impacto do estudo foi tão expressivo que deu origem a um decreto do presidente Kennedy, em fevereiro de 1963, conclamando os EUA a mudanças na área de saúde mental. O objetivo dos norte-americanos passou a ser, então, a redução das doenças mentais nas comunidades e a promoção do estado de saúde mental das pessoas, o que deixa clara a posição salvacionista adotada pelo governo e legitimada pela nascente Psiquiatria preventiva (Amarante, 2011, p. 48).

A teoria etiológica adotada por Caplan pressupunha certa linearidade no processo que ia da saúde à doença e uma evolução “a-histórica” das enfermidades. Assim, todas as doenças mentais seriam passíveis de prevenção desde que detectadas precocemente. E o melhor na concepção de seus autores: sendo a doença mental sinônimo de desordem, erradicando-a estariam também erradicados os desvios da sociedade.

Vejam pelo ponto de vista do médico. Estávamos em 1967. Até mesmo vidas como a dele, vidas profissionais vividas nos bairros elegantes, no meio do verde, tinham um estranho substrato, uma contracorrente originada em outro mundo – o universo baratinado e à deriva da juventude sem sobrenomes – que tirava as pessoas do prumo. Usando a linguagem dele, poderíamos chamar esse mundo de “ameaçador”. O que essa garotada está fazendo? E aí, de repente, uma dessas jovens entra no seu consultório vestindo uma saia do tamanho de um guardanapo, ostentando no queixo um monte de espinhas e falando em monossílabos. Está chapada ele conclui. Torna a conferir o nome anotado no bloco à sua frente. Não foi apresentado aos pais dela em uma festa, há dois anos? Do corpo docente de Harvard...ou seria do MIT? As botas dela estão gastas, mas o casaco é de boa qualidade. O mundo lá fora é ruim, como diria Lisa. Ele não pode, em sã consciência devolvê-la a esse mundo, onde ela seria arrastada pela maré abaixo dos padrões da sociedade que volta e meia invade seu consultório e nele atira outras iguais a ela . Uma forma de medicina preventiva (Kaysen, 2013, p. 50)

Enaltecida como extremamente eficaz, a nova estratégia consistia na “busca de suspeitos”, expressão utilizada pelo próprio Caplan. A ideia era a de que antes mesmo do desenvolvimento da patologia mental seria possível incidir sobre o sujeito para que a doença fosse imediatamente tratada.

Caplan entendia que uma pessoa suspeita de ter um distúrbio mental deveria ser encaminhada a um psiquiatra para investigação diagnóstica, seja por iniciativa da própria pessoa, de sua família e amigos, de um profissional de assistência comunitária, de um juiz ou de um superior administrativo no trabalho. Criou-se uma verdadeira caça a todo o tipo de suspeitos de desordens mentais (Amarante, 2011, p. 48).

A questão da Psiquiatria passa a ser, então, não mais a cura da doença, mas a prevenção de sua possibilidade. À ideia de prevenção se une a de promoção de saúde, identificada com a promoção do ajustamento social. Redesenha-se, portanto, o objeto da psiquiatria, “não mais se trata de curar um doente, mas de adaptá-lo num grupo, torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais” (Birman e Costa, 1994, p. 52).

Ao invés do conceito de “doença mental”, o de “saúde mental” é que passa a ter lugar; este termo “representa não uma coisa, mas uma virtualidade permanente, presente no interior de todas as individualidades e, como tal, é uma potencialidade que tem que ser redescoberta para combater e sobrepor-se ao mal, que está caracterizado nas produções sintomáticas e no negativismo social” (Birman e Costa, 1994, p. 52).

A partir da nova categoria, então, a psiquiatria se vê inserida em toda a sociedade, sua presença é imprescindível na comunidade, a fim de que possam ser evitados os desvios sociais que passam a ter correspondência com a ausência de saúde mental. A saúde mental passou a ser o “objeto explícito da estratégia da psiquiatria comunitária” (Birman e Costa, 1994, p. 53) e, embora o objeto seja aparentemente diferente, vez mais a psiquiatria se coloca na função de controle social, daquela que pode, cientificamente, evitar os desajustes dos cidadãos e, portanto, de todo o corpo social. Não por outro motivo, até hoje “a psiquiatria mostra uma tendência indiscutível para interpretar, como doença mental, todos os tipos de comportamento divergente ou extraordinário” (Szasz, 1984, p.32).

4.4 Psiquiatria, o saber irreformável: o surgimento da antipsiquiatria

Passando ao próximo grupo, aquele que não pode ser denominado de reforma propriamente dita (Amarante, 2011, p. 51), foi somente na década de 50 que se iniciou a corrente que contestaria de forma radical, desde o centro da psiquiatria, os preceitos orientadores desta ciência: nascia na Inglaterra a antipsiquiatria, cujos expoentes são David Cooper, Franco Basaglia e Thomas Szasz.

Como referido, em um primeiro momento, alguns psiquiatras implementaram práticas de Comunidade Terapêutica e de Psicoterapia Institucional nos hospitais em que trabalhavam. Porém, rapidamente, se deram conta de que estas transformações não restariam exitosas, pois as pessoas vistas como loucas eram violentadas física e psiquicamente por todos os segmentos sociais e, inclusive, pelas famílias e nas instituições em que estavam internadas. Em outras palavras, “o hospital psiquiátrico não apenas reproduziria, mas, ao contrário, radicalizaria as mesmas estruturas opressoras e patogênicas da organização social, fortemente manifestadas na família” (Amarante, 2011, p. 52).

Erving Goffman, sociólogo canadense, em sua obra *Asylums*, (publicado no Brasil como *Manicômios, Prisões e Conventos*, em 1974) faz um estudo sobre as instituições totais e identifica qualquer instituição total como ontologicamente violenta. Ao adentrar o “(...) local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separado da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffman, 2003, p. 11), o sujeito se despe do seu papel social. Veste-se com os novos rótulos que, de imediato, lhe são atribuídos pelo mero fato de passar a viver na instituição, ou seja, “a barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo exterior assinala a primeira mutilação do eu” (Goffman, 2003, p. 24).

Ademais, haveria uma

refração do comportamento, e as paredes da instituição atuam como um prisma grosso e deformado. A não ser que se sustente a validade da avaliação de pessoas sob esse tipo específico de tensão, a enfermaria pode ser o pior local para a observação feita pelo servidor (Goffman, 2003. p. 292).

Se a permanência do condenado é longa na instituição total ele passa a sofrer um processo gradativo de desculturamento, isto é, ele sofre

progressivamente uma série de rebaixamentos, humilhações, degradações pessoais e profanações do eu. Esse mecanismo mortificador inicia-se com o processo de recepção do condenado. Ele passa a ser desculturado, inicialmente, pela perda do nome e com a atribuição de um número de prontuário que passará a ser sua nova identidade. Ele será privado de seus pertences pessoais (roupas, documentos, dinheiro, etc.) e lhe será dado um uniforme padrão, exatamente igual a de outros condenados. A partir daí ele é medido, identificado, fotografado, examinado por um médico para depois ser lavado, o que simboliza despir-se de sua velha identidade para assumir uma nova (Shecaira, 2011, pp. 316/317).

Com efeito, a estigmatização pode ser pensada como uma das etapas fundamentais da essencialização ou essencialismo, trabalhado por Jock Young. Conforme Young, a essencialização dos criminosos e dos desviantes (pessoas que agem em desconformidade com os padrões sociais, como os considerados loucos, por exemplo) é o pré-requisito necessário para a sua demonização e posterior exclusão social (Young, 2002, p. 157). O estereótipo aplicado ao outro, a essencialização da alteridade, permitiria uma conveniente simplificação, a partir da identificação de determinadas características de pessoas e de grupos considerados anormais.

Eis a natureza falaz do essencialismo. Por um lado, os conservadores insistem que tais essências são realidades (um ladrão é um ladrão, quem é fraco não tem peito, os jovens negros são violentos), por outro, os comentadores mais liberais insistem que tais presunções são meras ilusões. Mas elas são preconceito evocado contra os setores mais pobres da comunidade e os indivíduos mais vulneráveis, quando na realidade as pessoas são mais ou menos semelhantes. Na realidade, o sistema social produz pessoas que parecem ter sido construídas como essência. Não se trata de essência nem ilusão, mas de um mundo de aparências que parece construído de essências, cuja própria realidade tem uma qualidade estereotípica impassível (Young, 2002, p. 176).

Significa dizer que a partir do momento em que o considerado louco pratica um crime, ao passar a ser identificado com o rótulo de criminoso, parece ocorrer uma espécie de despersonalização. É como se o sujeito deixasse de ser quem era até então para passar a ser 'o criminoso'. Todas as demais características deixam de existir e ele vira o que o seu ato (delito) representa: perigo. Este o processo de essencialização, a pessoa passa a ser aquilo que o estigma lhe atribui e nada mais é relevante sobre ela.

E o que contribui muito para tal processo é o que Franco Cordero (1986) nominou de *primado das hipóteses sobre os fatos*, ou seja, cria-se a hipótese em relação ao sujeito e para comprová-la são criados os fatos necessários. Há, portanto, a hipótese – crime/loucura/periculosidade – que passa a ser preenchida com os fatos pretéritos como se, efetivamente, existisse uma situação necessária de causa-efeito. O autor do crime se transforma no próprio crime, essencializa-se o sujeito como se nada mais houvesse de seu a não ser a violência que comprova a sua periculosidade ou a periculosidade que se comprova com a violência, tanto faz. E com base nisso, pune-se o futuro do sujeito, fazendo-o adentrar a instituição total manicomial e, muitas vezes, só sair de lá sem vida.

Como se vê, Goffman, mesmo não sendo considerado antipsiquiatra, seus estudos têm indiscutível relação com a antipsiquiatria. E na mesma lógica, a teoria criminológica bastante influenciada pelo pensamento do autor, nominada de Reação Social, realizou o diagnóstico de que o sistema penal é extremamente violento e estigmatizante. No momento em que o sujeito entra em contato com as agências de controle sociocriminal (ministério público, polícia, poder judiciário), receberá outra espécie de olhar. Para o réu, o processo penal seria uma cerimônia degradante, uma série de ritos praticados que contribuem para assunção de uma outra identidade (de desviante ou criminoso). O ápice dessa cerimônia seria a institucionalização, cujos efeitos nefastos não se equiparariam a nenhum outro momento do processo penal. O estigma é muito presente em qualquer contato com o sistema penal, mas o momento mais estigmatizante, que mais efeitos deletérios produz na forma como é enxergado por outros e por si próprio é o da reclusão em qualquer instituição total.

Estas ideias coadunam totalmente com o que vinha sendo proposto pela Antipsiquiatria. A teoria realizou verdadeira antítese à teoria psiquiátrica, entendendo que a experiência considerada patológica se dá não no indivíduo como corpo ou mente doentes, mas nas relações que se estabelecem entre ele e a sociedade. A crítica mais incisiva à psiquiatria é a de que o seu marco teórico-conceitual ao adotar o mesmo modelo das ciências naturais acabou por produzir um grave erro metodológico (Amarante, 2011, p. 52).

Não existiria, portanto, a doença mental como objeto natural, como crê a psiquiatria, somente uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social. Consequentemente, também inexistiria uma proposta de tratamento da doença mental, no sentido clássico da ideia de terapêutica. O princípio seria o de permitir que o sujeito vivenciasse a sua experiência, já que o sintoma apresentaria uma possibilidade de

reorganização interior. Ao terapeuta caberia ajudar a pessoa “a vivenciar e a superar este processo, acompanhando-a, protegendo-a, inclusive da violência da própria psiquiatria” (Amarante, 2011, p. 54).

A relação de poder que dá origem à psiquiatria clássica é, pois, aquilo que a antipsiquiatria pretende desconstruir, “dando ao indivíduo a tarefa e o direito de realizar sua loucura levando-a até o fim numa experiência em que os outros podem contribuir, porém jamais em nome de um poder que lhes seria conferido por sua razão ou normalidade” (Foucault, 2004a, p. 127). Com efeito, “a desmedicalização da loucura é correlata deste questionamento primordial do poder na prática antipsiquiátrica” (Foucault, 2004a, p. 128).

É importante referir que apesar da viragem paradigmática que a obra de Goffman provoca nas políticas de saúde mental, não se pode olvidar que lhe falta análise crítica do ponto de vista econômico. Pode-se dizer que, da mesma forma que Howard Becker, maior autor da Reação Social, foi acusado pelos autores da Criminologia Crítica de ter construído uma teoria alheia ao contexto político e econômico, Erving Goffman também sofreria tais críticas por parte da Antipsiquiatria.

Em outros termos, pode-se dizer que a Antipsiquiatria bebe diretamente do materialismo histórico, pensando a saúde mental e a desinstitucionalização a partir das categorias marxistas. Se a Criminologia Crítica utilizou-se de tal teoria de Estado para pensar o crime e a criminalidade, na mesma lógica a Antipsiquiatria pensou as questões que envolvem a doença mental e seus locais de institucionalização. Se as prisões foram consideradas pela criminologia crítica como depósito de pessoas inúteis ao desenvolvimento do capitalismo, por parte da Antipsiquiatria os manicômios foram pensados da mesma forma, sendo “o hospício um lugar construído para controlar e reprimir trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção” (Basaglia, 1979, última capa).

É nesses processos de inclusão-exclusão do mercado de trabalho que os loucos se tornam visíveis. A exclusão deles é justificada pela inabilidade, a qual, por sua vez, está circularmente baseada em critérios de inclusão. Embora “libertado” da genérica associabilidade encerrada nos cárceres, o louco não pode encontrar uma colocação na ordem racional da sociedade, na medida em que não a encontra na ordem produtiva desta (Basaglia, 2005, p. 300).

Basaglia e os profissionais que com ele trabalhavam começaram a divulgar que era possível administrar um manicômio de uma forma diferente e tudo isso os levou a concluir que a classe oprimida era a que estava internada e o hospital era um meio de controle social (Portolese et al., 1979, p. 18). Conforme o autor:

o nosso discurso antiinstitucional, antipsiquiátrico (isto é, antiespecífico), não pode restringir-se ao terreno específico do nosso campo de ação. O questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica – que atua como sustentáculo dos valores dominantes, - para depois tornar-se crítica e ação política (Basaglia, 2001, p. 9).

Mais importante que a desinstitucionalização em si mesma é a tomada de consciência do internado acerca de sua situação. Isso faria com que conseguisse atingir a emancipação e assim passar a conviver de outro modo com a experiência de sua suposta loucura.

Ainda que haja vários modelos de reforma psiquiátrica e inúmeros autores, sem dúvida a mais expressiva delas foi a italiana. E tudo começa com Franco Basaglia, o maior expoente do movimento chamado Psiquiatria Democrática, que “foi como se automeiou o movimento e, em seguida, a organização da militância psiquiátrica que promoveu a reforma na Itália” (Passos, 2009, p. 22).

A experiência inicia-se no princípio da década de 60, em Gorizia, pequena cidade do norte da Itália, fronteira com a ex- Iugoslávia. Basaglia assume a direção do hospital psiquiátrico da cidade e – a partir da influência da reforma inglesa, principalmente – inicia importantes alterações em relação ao tratamento dos pacientes. Termina com as medidas institucionais de contenção, promove confrontos e reuniões entre o corpo médico e os pacientes e devolve a estes a dignidade ao abrir espaço para que influenciem nas decisões tomadas sobre a vida institucional a que estavam submetidos (Portolese et al., 1979, p. 08).

Em Gorizia,

havia um hospital de quinhentas camas, dirigido de uma maneira bem tradicional, onde choques elétricos e insulina eram comuns. Era dominado em primeiro lugar pela miséria, a mesma que encontramos em todos os manicômios. No momento em que entramos nesse hospital dissemos um não, não à psiquiatria, mas sobretudo à miséria. Vimos que a partir do momento em que dávamos uma resposta a um pobre internado, ele mudava completamente sua posição. Tornava-se não mais um louco, mas um homem com quem podíamos nos relacionar (Portolese et al., 1979, p.16).

Nos primeiros anos desse projeto, ainda que não as tivesse como fim em si mesmo, o médico utilizou práticas da psicoterapia institucional e comunidade terapêutica a fim de tornar a instituição um local de efetivo tratamento e reabilitação dos internos.

Em seguida, muitas das pessoas que trabalhavam em Gorizia foram para outros manicômios italianos e assim começaram a se formar algumas distintas experiências no mesmo sentido. Todavia, mesmo sendo os trabalhos conduzidos desta forma não convencional, “o manicômio voltava sempre a ser uma forma de controle social, pois a gestão continuava só nas mãos do médico, porque a mão do médico é a mão do poder” (Basaglia, 1979, p. 18).

A partir do estudo das obras de Foucault e Goffman, Basaglia deu-se conta de que bem mais do que realizar uma reforma na instituição ou na ciência psiquiátrica, se fazia urgente romper tal lógica (perversa). Foi o início da negação da psiquiatria como ideologia, momento em que o psiquiatra passou a formular uma teoria e uma prática institucionais totalmente inovadoras, “voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (Amarante, 2011, p. 56).

Em Gorizia parece que Basaglia pôde confirmar o que as premissas marxistas sugeriam: a vinculação irrestrita da questão socioeconômica com a de internação. Basaglia chega a afirmar que loucura e miséria se confundem. Explica que uma das principais prevenções da doença mental e da loucura é a luta contra a miséria. Ensina, por exemplo, que é impossível distinguir em um bairro pobre quem é louco e quem não o é e que o mesmo se passa no HPJ, pois “quando entramos num manicômio temos à nossa frente a miséria” (Basaglia, 1979, p. 33). Confirmava-se, pois, a questão de que caso adoecesse, a classe operária estava destinada a ser internada no manicômio, já que não serviria mais ao desenvolvimento do sistema capitalista.

É esta a efervescência do movimento que acaba por adentrar o hospital psiquiátrico regional de Trieste. Em 1971, quando Basaglia e sua equipe – parte dela composta pelos mesmos profissionais que trabalharam com ele em Gorizia – assumiram o hospital, havia 1101 pacientes internados, dentre os quais, 158 eram voluntários. No fim do mesmo ano já se havia reduzido este número para 202 pacientes no total e o número de voluntários passou a

230. Dos 19 pavilhões existentes em 1971, dois foram fechados em 1972 como consequência da libertação dos pacientes (Portolese et al., 1979, p. 8).

O segredo estava no fato de que simultaneamente ao fechamento dos pavilhões ou enfermarias foram criados inúmeros dispositivos substitutivos. Faziam parte do conjunto de estratégias que pretendiam tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas e não apenas iniciativas somadas a tais instituições.

Neste sentido, os primeiros serviços substitutivos criados foram os centros de saúde mental, distribuídos criteriosamente pelas várias regiões da cidade. Porém, diferentemente dos centros de saúde mental de tradição da psiquiatria de setor francesa ou da saúde mental comunitária americana, os centros triestinos não funcionavam como uma via de mão dupla. Na inovadora iniciativa italiana, os CSM não eram serviços que davam continuidade ao tratamento após a alta hospitalar ou que promoviam a reinternação quando as situações eram entendidas como sérias e sem possibilidade de tratamento extra-manicômio. No projeto triestino, a partir da ideia da tomada de responsabilidade, os CSM passavam a ser o centro das questões referentes ao cuidado no campo da saúde mental de cada território (Amarante, 2011, p. 57).

Importante lembrar que, embora a noção de território se inspire na ideia do setor francês, ele possui uma peculiaridade. Antes de se constituir em mero local geográfico, é identificado como o espaço social de uma coletividade que possui cultura própria e recursos arquiteturais e institucionais que precisam ser engendrados pelos serviços sanitários, numa ação que integre a comunidade (Passos, 2009, p. 136).

Outras estratégias relevantes eram as efetivas possibilidades de inclusão social, fosse através da construção de residências, a fim de que os ex-internos habitassem a cidade, fosse pela criação de cooperativas de trabalho ou de outras formas de participação e produção social (grupos musicais e de teatro, produtora de vídeos, oficinas de trabalho etc.) (Amarante, 2011, p 58).

Basaglia ressalta que este trabalho só foi possível na medida em que a classe trabalhadora, na Itália, abriu espaços políticos para a sua implantação; na medida em que os sindicatos e os partidos políticos de esquerda, identificados com as lutas populares, começaram, através dos seus contatos com a equipe técnica do manicômio, a tomar consciência das relações entre a política e a saúde, a perceber que o hospício é construído para o controle e a repressão dos trabalhadores que, de alguma forma, perderam, ainda que

temporariamente, a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção (Portolese et al., 1979, pp. 8/9).

Evidentemente que não foi pouca a resistência sofrida pelos autores e ativistas da antipsiquiatria. Basaglia refere que foram utilizadas todas as manobras possíveis para impedir a ação dos militantes. O autor explica que “quando começamos o nosso trabalho de mudança, na realidade nós violentamos a sociedade. Nós obrigamos a sociedade a aceitar o louco e isso criou grandes problemas que não existiam antes” (Basaglia, 1979, p. 21).

Além disso,

a popularização da temática antipsiquiátrica abalou primeiro o segredo institucional, que constituía uma regra secular de funcionamento da medicina mental. Era tradição para a administração central e mesmo para a justiça, conceder uma espécie de crédito moral aos responsáveis de instituições de um certo tipo (o problema é quase o mesmo para as prisões) a fim de que eles assumam melhor a gestão das populações a eles confiadas, certos de que um direito de fiscalizar sua prática seja exercido de maneira puramente formal. Por convenção tácita, o médico era insuspeitável, agindo o melhor para o bem indissolúvel de seus administrados, da administração e da justiça (Castel, 1987, p. 29).

Porém, apesar de qualquer resistência, é neste caldo de cultura que é aprovada, em maio de 1979, a Lei 180, também conhecida como Lei Basaglia, que disciplina a impossibilidade de construção de manicômios e a eliminação dos que existem. O principal expoente da reforma italiana refere que a maior vitória da classe operária foi ter conseguido transformar as ações em Lei de Estado, ou seja, forçar “o Parlamento a votar uma lei que levava o problema social para o interior da medicina” (Basaglia, 1979, p. 21).

Importante salientar que há, obviamente, entre o modelo denunciado pelos antipsiquiatras e o modelo manicomial atual importantes diferenças e significados. A partir do exposto neste capítulo, observa-se que o que há contemporaneamente não é o enclausuramento do proletariado improdutivo, daqueles que por não serem úteis à produção de riqueza deverão ser depositados nos hospícios. A partir de Agamben e Foucault, parece que hoje em dia não é disso que se trata, mas sim de um isolamento daqueles que estão no polo oposto, aqueles que não possuem condições de consumir.

Assim, o (des)investimento na vida não se faz mais em relação aos que não contribuem ao desenvolvimento do sistema capitalista enquanto mão de obra, mas sim

perante os que não possuem capacidade de serem consumidores, dentre os quais os loucos são excelentes representantes. Como anteriormente abordado, tratar-se-ia, hoje em dia, bem mais de bio ou tanatopolítica em relação a esse grupo de não consumidores vulneráveis do que perante aqueles que produzem diretamente a riqueza, conforme apontado pela antipsiquiatria.

Evidentemente tal avaliação não altera em nada o quadro de que os excluídos seguem sendo exatamente os mesmos: os socioeconomicamente vulneráveis. Porém parece relevante frisar que hoje tal exclusão ocorre devido a outros fatores, fundamentalmente por força da lógica biopolítica que pressupõe que todos devem ter condições de consumir para estar em sociedade e quando assim não for acabarão sendo segregados nos cárceres (criminologia crítica) ou nos manicômios (antipsiquiatria).

E se as pessoas acabam sendo internadas nos HPJs com a principal função de exclusão social, parece ser consequência natural o fato de que não há realmente qualquer interesse, por parte do Estado, de confrontar a maquinaria voltada aos “anormais” (Foucault, 2002) e realizar iniciativas que produzam vida ao invés de morte. Se a exclusão social é a marca nos manicômios, não se justificaria qualquer tentativa de implementação de reforma psiquiátrica nesses lugares, para essas pessoas cujas vidas são absolutamente desconsideradas.

Independentemente de tal discussão, é fundamental compreender que essa construção teórica, a antipsiquiatria, ilumina o movimento antimanicomial no Brasil, que “produziu alterações significativas nos estatutos de condutas médicas, psicológicas e jurídicas no Rio Grande do Sul e do Brasil” (Pelliccioli e Guareschi, 2004, p. 108). Sobre isso Salo de Carvalho refere que os movimentos sociais, em geral, têm como pauta de orientação determinadas teorias. Explica o autor que

a maioria dos novos (ou novíssimos) movimentos sociais opera nesta dupla dinâmica: *política*, como movimento orgânico e representativo, na defesa de pautas emancipatórias (positivas e negativas); e *teórica*, com inserção acadêmica, na construção de um sistema de interpretação capaz de compreender os processos de violência e de exclusão da diferença (intolerância) em suas especificidades (misoginia, homofobia, racismo, degradação ambiental) (Carvalho, 2012, p. 153).

Entende-se que “a partir desses importantes marcos doutrinários que estruturaram os discursos criminológicos críticos nos âmbitos jurídico, filosófico, sociológico, psicológico,

psicanalítico e psiquiátrico, o modelo correccionalista-disciplinar-moralizador passa a ser desconstruído” (Carvalho, 2010, p. 164). A perspectiva crítica em relação aos fundamentos teóricos que alicerçam correntes correccionalistas vislumbradas nos manicômios (bem como nas prisões) cria importantes mecanismos para a desconstrução da lógica violenta vivenciada atualmente (Carvalho, 2010).

Neste sentido, em agosto de 1992, o Rio Grande do Sul foi pioneiro na promulgação de uma lei (9.716/92) interessada em contemplar as premissas oriundas da antipsiquiatria e o maior avanço neste sentido foi a promulgação da lei nacional da Reforma Psiquiátrica no Brasil, Lei nº 10.216, que disciplina a “proteção aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Mais recentemente a Resolução do Conselho Nacional de Justiça nº 113, de abril de 2010, em seus artigos 14 e 17, determina que a medida de segurança seja cumprida nos termos da Lei nº 10.216/01, e que o juiz competente, sempre que possível, deve implementar políticas antimanicomiais.

Não obstante, os efeitos de tais movimentos em relação à institucionalização dos portadores de sofrimento psíquico que cometem delitos ainda são muito menores que os desejados. Assim, embora a antipsiquiatria e o movimento antimanicomial propugnem a falência desses espaços ontologicamente violentos, em nosso país ainda existem inúmeras pessoas internadas em manicômios, quais sejam, as que cumprem medida de segurança.

O que parece claro é que, após treze anos de promulgação da lei, e de todas as discussões e alterações que a legislação traz ao país, nada disso alcança os homens e mulheres portadores de sofrimento mental que tenham praticado um ilícito penal. Mecanismos e engrenagens muito sólidos e bem arquitetados entre direito e psiquiatria parecem alicerçar a racionalidade que se volta a esses indivíduos considerados loucos infratores, autorizando e legitimando práticas violentas em nome do bem estar próprio e da segurança alheia.

Diferentemente do descrito por Foucault (2002b) na metáfora da porta giratória, em que a loucura apaga o crime, o que parece ocorrer é que o fato de ter praticado um delito sobressai em relação a qualquer outra questão do sujeito. O cometimento do crime passa a ser a questão que efetivamente pesa em relação ao paciente do manicômio judiciário, não interessando se trata-se de alguém com maior ou menor racionalidade. E este parece ser importante obstáculo no que tange à efetivação da reforma psiquiátrica no campo das medidas de segurança, questão que pretendo discutir no capítulo a seguir.

5. O IMPACTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NO CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

No presente capítulo pretendo enfrentar a questão que diz respeito ao modo como temos vivenciado a reforma psiquiátrica brasileira no campo dos sistemas punitivos. Conforme demonstrado, a pergunta crucial que se apresentou como orientadora da presente tese foi a seguinte: **quais os mecanismos e práticas que legitimam e autorizam que a lei da reforma psiquiátrica no Brasil não atinja o cumprimento das medidas de segurança e de que maneira são engendrados tais mecanismos?** É o que tenciono abordar no presente capítulo, discutindo, ao final, alternativas de responsabilização jurídica que pretendem produzir ranhuras na lógica voltada ao considerado anormal. Entendo que articular outros modos de o sistema punitivo responsabilizar o sujeito pode ser uma forma de desconstruir práticas naturalizadas no ponto onde se entrelaçam ciências *psi* e *jus* ortodoxas, talvez uma maneira de começar a inverter a metáfora da porta giratória de Foucault.

Ao iniciar este capítulo, imprescindível esclarecer que as estatísticas jamais devem ser entendidas como mais importantes do que cada vida individualmente compreendida. Quando pessoas são agrupadas para formar um número, uma coletividade, tende-se à anulação de cada um dos sujeitos que fazem parte desse agrupamento. Esquece-se, não raras vezes, que há uma vida por trás de cada indivíduo singular que ajuda a formar esse conjunto. E em situações de violência e sofrimento extremo, chega a ser desrespeitoso fazer de cada subjetividade um número. Ao transformar o sofrimento único em um conjunto de sofrimentos retira-se o peso, a gravidade, desvia-se o foco daquilo que realmente importa: a dor do sujeito na sua especificidade, as sequelas deixadas pela violência no corpo e na alma desse que agora somente engorda as estatísticas.

Em relação à dor perpetrada pelo regime nazista, Adorno explica, por exemplo, que

a consciência de que o retorno de Auschwitz há de ser impedido é ofuscada pelo fato de que devemos conscientizar-nos desse desespero se não quisermos cair no palavrório idealista. Contudo, deve-se atentar para o fato de que, mesmo em vista disso, a estrutura básica da sociedade e as características inerentes que a isso a induziram são hoje as mesmas de vinte e cinco anos atrás. Milhões de homens inocentes – especificar ou regatear os números é decididamente indigno do homem – foram sistematicamente assassinados. Isso não deve ser tratado por nenhum ser humano como fenômeno superficial, como aberração do curso da História, que não interessa em vista da grande tendência do futuro, do esclarecimento de uma humanidade

supostamente evoluída. Que aquilo tenha acontecido é de per se indício de tendência extremamente poderosa da sociedade (Adorno, 1986, p. 34).

Indubitavelmente chega a ser indigno extrair tabelas estatísticas de algo tão mortífero quanto o holocausto. E no mesmo sentido penso a situação dos sujeitos em cumprimento de medidas de segurança: apoderar-se dos números e deixar cada uma das suas vidas de lado, seria o mesmo que jamais ter se aproximado da dor individual dessas pessoas.

Não obstante, no presente trabalho, coloca-se em análise a engrenagem que legitima e possibilita as violências contra os sujeitos de carne e osso que foram considerados loucos e infratores e estão hoje internados nos manicômios judiciários do país. E para entender o ruído provocado pela reforma psiquiátrica neste campo, parece imprescindível ter presente o panorama que as estatísticas apresentam. Verificar se algo mudou quali ou quantitativamente na maneira como são aplicadas as medidas de segurança parece ser indagação difícil de responder sem os números que passo a analisar.

Importante frisar que as medidas de segurança estão inseridas, como referi nos capítulos anteriores, no sistema penitenciário nacional, razão pela qual necessário se faz tratar do fenômeno das internações manicomial não isoladamente, mas no seu contexto junto às penas privativas de liberdade.

5.1. O cumprimento das Medidas de Segurança no Brasil contemporâneo: números que falam pelos que calam²⁵

O aumento superlativo da população carcerária nacional, que acompanha o processo de incremento da punitividade mundial (Wacquant, 2003; De Giorgi, 2006), vem sendo reiteradamente denunciado pela crítica criminológica (Andrade, 2003; Batista, 2011; Carvalho, 2010). As taxas de prisionalização brasileira cresceram vertiginosamente nas últimas duas décadas e, atualmente, o país pode ser apontado como uma das maiores populações carcerárias mundiais em números absolutos, conforme é possível visualizar nos dados oficiais apresentados pelo Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN.

²⁵ Importante referir a este respeito que as pesquisas estatísticas no Brasil são ainda bastante deficitárias e, evidentemente, a avaliação dos números sempre deve ser acompanhada da contextualização do problema investigado. Neste sentido, os dados fornecidos pelo Departamento Penitenciário Nacional parecem ir ao encontro do momento de grande encarceramento que o Brasil vem vivenciando atualmente.

Tabela 01: População Carcerária Brasileira 1994-2010

Ano	População	Presos	Presos/100.000
1994	147.000.000	129.169	87,87
1995	155.822.200	148.760	95,47
1997	157.079.573	170.207	108,36
2000	169.799.170	232.755	137,08
2001	172.385.826	233.859	135,66
2002	174.632.960	239.345	137,06
2003	176.871.437	308.304	174,31
2004	181.581.024	336.358	185,24
2005	184.184.264	361.402	196,22
2006	186.770.562	401.236	214,83
2007	183.965.854	419.551	228,06
2008	189.612.214	451.219	238,10
2009	189.612.214	473.626	247,35
2010	191.480.630	496.251	259,17

Fonte: Censo Penitenciário, Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN

Se em números absolutos no Brasil, entre 1996 e 2010, houve um aumento populacional de 22,88%, no mesmo período, a população carcerária adulta cresceu, em números absolutos, 233,59% e, na relação de presos por 100.000 habitantes, 171,46%. Os índices são superados apenas pelo número de adolescentes submetidos às medidas socioeducativas.²⁶

²⁶ Analisando a quantidade de adolescentes em regime de internação, semiliberdade e liberdade assistida, percebe-se que no mesmo período (1996-2010) o número absoluto cresceu de 4.245 para 17.703, representando aumento de 317,03%. Em termos de adolescentes em medidas socioeducativas por 100.00 habitantes, o índice

No que diz respeito aos doentes mentais submetidos às medidas de segurança, a situação quantitativa é relativamente distinta, pois o acréscimo de internos em números absolutos é menor que o de adultos e adolescentes encarcerados.

Conforme os dados do Censo Penitenciário Nacional, o total de pessoas submetidas à medida de segurança em 2010 era de 4.250, o que corresponde a 0,95% das pessoas presas no Brasil.

Tabela 02: População Carcerária e Internos em Medida de Segurança – Brasil 2000-2010

Ano	População	Presos	Medida de Segurança
2000	169.799.170	232.755	6.748
2001	172.385.826	233.859	8.217
2002	174.632.960	239.345	8.368
2003	176.871.437	308.304	2.668
2004	181.581.024	336.358	3.020
2005	184.184.264	361.402	3.845
2006	186.770.562	401.236	3.595
2007	183.965.854	419.551	3.760
2008	189.612.214	451.219	3.810
2009	189.612.214	473.626	4.000
2010	191.480.630	496.251	4.250

Fonte: Censo Penitenciário, Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN

Nota-se que a diferença entre as curvas de encarceramento e de imposição de medida de segurança é profundamente distinta, notadamente em razão da súbita diminuição

varia de 2,72 (1996) para 9,24 (2010), consolidando acréscimo de 239,70%, conforme os dados do levantamento nacional de atendimento socioeducativo aos adolescentes em conflito com a lei, publicado recentemente pela Secretaria Nacional de Direitos Humanos (2010).

do número de pessoas submetidas às medidas de segurança entre os anos de 2002 e 2003. Não se sabe ao certo o motivo pelo qual houve este abrupto decréscimo nos índices de internação e talvez se deva ao impacto da Lei da Reforma Psiquiátrica, promulgada pouco antes, em 2001.

No entanto desconheço estudos que afirmem que a redução de cerca de 75% das pessoas em regime manicomial é decorrente da implementação da reforma psiquiátrica. Inclusive, é possível verificar que mesmo com a aprovação da Lei e com este suposto resultado virtuoso logo após sua publicação, a tendência de aumento não foi invertida. Ao contrário, foi mantido o direcionamento ascendente da curva de imposição de medida de segurança, mesmo com a expectativa de que a partir da reforma houvesse um gradual processo de desinternação que culminaria com o fim dos hospitais de custódia e dos manicômios judiciais.

Deste modo, em que pese os números pudessem indicar que entre 2002 e 2003 houve expressiva redução de cumprimento de medida de segurança por força da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, o fato de serem estáveis os números nos anos subsequentes, parece demonstrar que se houve tal influência, foi algo fugaz e bastante pontual, não sendo mantida a lógica de desinstitucionalização nos anos posteriores.

Evidentemente a tendência não é a mesma se comparada aos índices de encarceramento – se a população carcerária cresceu 50% nos últimos 05 (cinco) anos, o número de portadores de sofrimento psíquico submetidos à medida de segurança aumentou, no mesmo período, 11%. A porcentagem de sujeitos em medida de segurança em relação ao número de presos, que em 2005 era de 1,3%, passou para 0,95% em 2010. Todavia, se isolarmos o decréscimo ocorrido em 2002, notamos que a partir de 2003 o volume de pessoas submetidas à resposta psíquico-carcerária é gradual e constante, representando quantitativamente acréscimo de 2.668 (2003) para 4.250 (2010), ou seja, quase dobrando o número em 07 (sete) anos.

Tabela 03: Número de Internações (Medida de Segurança)

Ano	Masculino	Feminino	Total
2000	6.411	337	6.748
2001	7.969	248	8.217

2002	8.098	270	8.368
2003	2.455	213	2.668
2004	2.807	250	3.057
2005	2.209	91	2.300
2006	2.794	216	3.010
2007	2.809	230	3.039
2008	2.754	217	2.971
2009	2.766	210	2.976
2010	3.120	250	3.370
2011	2.981	266	3.247

Fontes: Censo Penitenciário, DEPEN (Ministério da Justiça, 2012)

Pode-se notar na tabela 03 que o contingente de homens e mulheres em cumprimento de medida de segurança de internação no país é realmente muito diferente, sendo os homens a grande maioria. Além disso, se pode observar que houve um decréscimo expressivo de internação dos pacientes do sexo masculino entre os anos de 2000 a 2011, com algumas alterações ao longo desse índice decrescente. Em relação às mulheres os números se mantiveram praticamente estáveis, salvo no ano de 2005, em que houve importante diminuição.

Tabela 04: Número de Medidas Ambulatoriais (Medida de Segurança)

Ano	Masculino	Feminino	Total
2006	462	123	585
2007	572	149	721
2008	543	296	839
2009	693	323	1.016

2010	527	353	880
2011	463	228	691

Fontes: Censo Penitenciário, DEPEN (Ministério da Justiça, 2012)

Quanto às medidas ambulatoriais, se pode perceber que são aplicadas em proporção bastante inferior à internação, motivo pelo qual se conclui que, embora haja a possibilidade do sujeito cumprir medida de segurança de maneira não reclusa, a opção do poder judiciário continua sendo pela institucionalização. Obviamente isto pode também dizer respeito ao fato de que as regras do direito penal exigem que o paciente só possa cumprir medida ambulatorial se a pena correspondente for de detenção.

Um olhar frio e condescendente sobre os números permitiria afirmar uma tendência positiva em relação ao total de internações, sobretudo na relação entre a porcentagem de pessoas em medidas de segurança e a população apenada. Mas a complexidade do fenômeno punitivo é bem mais profunda que a insipidez estatística e atuarial, como se verá.

Em relação ao número de homens e mulheres internos, os números do DEPEN constataam.

Tabela 05: Número de Internações e Medidas Ambulatoriais (Medida de Segurança) no Rio Grande do Sul

Ano	Internações Masculinas	Internações Femininas	Total Internações	Medida Ambulatorial Masculina	Medida Ambulatorial Feminina	Total Medida Ambulatorial	Total
2003	469	29	498	---	---	---	498
2004	461	26	487	---	---	---	487
2005	443	26	469	---	---	---	469
2006	456	24	480	146	34	180	660
2007	468	26	494	203	31	234	728
2008	425	28	453	213	26	239	692
2009	338	28	366	206	27	233	599

2010	298	27	325	153	28	181	506
------	-----	----	-----	-----	----	-----	-----

Fontes: Censo Penitenciário, DEPEN (Ministério da Justiça, 2012)

No estado do Rio Grande do Sul houve um aumento de imposição de medidas de segurança entre os anos de 2006 a 2008, com uma pequena queda desde então. O número de internações masculina têm caído paulatinamente, ao passo que as medidas ambulatoriais têm se mantido estáveis. Em relação às mulheres, tanto as medidas ambulatoriais quanto às de internação apresentaram uma certa constância nos anos analisados.

A primeira razão que marca a gravidade da situação das internações manicomialis no Brasil é o volume quantitativo radicalmente inferior ao dos adultos aprisionados. Todavia o fato de o número absoluto de execução de medidas de segurança ser menor que o volume de adultos encarcerados não pode ocultar as graves violações aos direitos humanos decorrentes da execução de formas carcerárias das medidas (em tese) terapêuticas (medidas de segurança).

Nas precisas lições de Fragoso, a medida de segurança “(...) não se distingue da pena: ela também representa perda de bens jurídicos e pode ser, inclusive, mais aflitiva do que a pena, por ser imposta por tempo indeterminado. Toda medida coercitiva imposta pelo Estado, em função do delito e em nome do sistema de controle social, é pena, seja qual for o nome ou a etiqueta com que se apresenta.” (Fragoso, 2003, p. 549). Em sentido idêntico, Paulo Queiroz diz “(...) a distinção entre pena e medida de segurança é puramente formal; materialmente, a medida de segurança pode ser mais lesiva à liberdade, inclusive” (Queiroz, 2011, p. 454).

Mas o que realmente importa discutir no presente capítulo é como e porque esta realidade se mantém como se simplesmente não existisse a Lei da Reforma. É assustador pensar que passados quatorze anos de sua promulgação o impulso desinstitucionalizador aparentemente fomentado logo após sua implementação não conseguiu conter a tendência punitivista, como citado anteriormente, não havendo nenhuma alteração substantiva na curva ascendente da aplicação das medidas de segurança no Brasil – salvo raras e honrosas exceções, como os projetos desenvolvidos em Minas Gerais (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAIPJ) e em Goiás (Programa de Atenção ao Louco Infrator – PAILI), práticas de vanguarda que se orientam pela Lei da Reforma Psiquiátrica, que serão tratados mais adiante.

Como foi dito no momento de introdução deste trabalho, dois poderiam ter sido os efeitos da Lei de Reforma Psiquiátrica no campo do considerado louco infrator: 1) diminuição de aplicação de medidas de segurança de maneira geral ou 2) substituição da internação por medida ambulatorial (pois esta seria uma maneira de agir conforme a Lei, já que o sujeito não cumpriria a medida de segurança em isolamento manicomial, apenas compareceria ao hospital com determinada frequência). Contudo, como se pode perceber, nada disso ocorreu, a não ser no pequeno intervalo entre 2002 e 2003, por motivos que não se pode precisar.²⁷

5.2. A Viragem na pesquisa: loucura e crime na Reforma Psiquiátrica italiana

Na desordem da escrivania havia dois romances que Franco tentava ler e acho que não conseguia acabar, pois a leitura era interrompida por um tempo cheio demais e breve demais. Eram “Cem anos de solidão”, de Gabriel Garcia Marques e “O Homem sem qualidades”, de Robert Musil. Naqueles anos 70 estavam na moda. (...) Penso que aqueles livros representavam para a nossa geração a necessidade de ver o mundo com um novo olhar, penso que eram o símbolo da grande capacidade de sonhar com que Basaglia nos contagiou a todos: aquele grande sonho da desinstitucionalização e da utopia, que, fechando para sempre o manicômio, tornou possível o impossível! (Venturini, 2010a, p. 149)

Se a questão que move o presente trabalho é verificar se no cumprimento da medida de segurança há preponderância do crime praticado face à loucura, mapeando-se se tal sobreposição seria justamente um dos dispositivos que ajuda a legitimar o sistema voltado aos “anormais” (Foucault, 2002b), pareceu-me importante realizar investigação com o criminólogo Massimo Pavarini, na Universidade de Bologna, Itália. Tendo em vista que a Itália foi o país que realizou uma das primeiras e mais bem sucedidas reformas psiquiátricas da história, parecia necessário entender de que maneira se conseguiu neste país desconstituir o sistema infalível voltado aos loucos.

²⁷ Uma possível explicação para este decréscimo nos índices de internação talvez seja o fato de que nesses anos houve amplo trabalho na psicologia de valorização da vida, a fim de ressignificar o papel do psicólogo no sistema prisional. A ideia era a de que, de alguma forma, este psicólogo passasse a se compreender como um profissional da saúde em toda a sua plenitude e não alguém que trabalha vinculado ao juiz, na realização do controle do preso.

Expressivo indicativo de que se tratava de uma reforma muito bem sucedida era a promulgação da Lei Basaglia, em 13 de maio de 1978. Acreditava-se que uma lei tão favorável ao portador de sofrimento psíquico, que veda a internação, a não ser em casos excepcionais²⁸, com certeza deveria ter se preocupado com os loucos que praticam crimes.

Este era, então, o meu intuito e entusiasmo ao chegar a Bologna: verificar que práticas possibilitavam que a loucura preponderasse na relação entre delito e insanidade e não o crime. Dando-se pouca ou nenhuma ênfase ao cometimento do delito, a situação do sujeito que o pratica e é considerado louco poderia ser abarcada por uma lei de saúde pública (Lei da Reforma). Até então, para mim, era isso o que havia sido implementado na Itália: uma reforma ampla, geral, e irrestrita, para parafrasear o movimento que lutou contra a ditadura brasileira.

Mas é exatamente nesse ponto que a tese realiza expressiva viragem. Mostrando à pesquisadora que a pesquisa definitivamente é algo que nunca está ‘sob controle’, que caminha e deve caminhar por percursos antes não previstos, ao chegar à Itália e iniciar os encontros com o prof. Pavarini, começo a compreender que nem mesmo a reforma italiana conseguiu atingir a questão da criminalidade: mais de 30 anos após a Lei Basaglia ainda havia no país manicômios judiciais em pleno funcionamento.

E foi aí que a questão **o que resta a esse sujeito é o estigma do crime, deixando de ser analisado, inclusive, o peculiar desenvolvimento da sua psique** começou a ganhar força, passando a ser tomada como questão orientadora da pesquisa dali em diante. Se nem mesmo o país berço da Reforma Psiquiátrica havia conseguido eliminar os manicômios judiciários, surgiu muito forte a questão de que há quase sempre uma sentença definitiva para o sujeito portador de transtorno mental que pratica um delito: será tratado como delinquente onde quer que se encontre, inclusive no país que ensina o mundo a pensar o louco como verdadeiro sujeito da sua própria vida.

Agora, então, ao invés de ir à Itália entender como desconstruir a lógica perversa que se impõe contra o portador de transtorno mental, meu objetivo mudara: durante o período de estudos com o Professor Pavarini, procuraria compreender a situação atual dos manicômios

²⁸A Lei 180 indica em seu art.6, parágrafo primeiro, por exemplo: “As intervenções de prevenção, tratamento e reabilitação relativas às doenças mentais são realizadas, como norma, por serviços psiquiátricos extra-hospitalares”.

judiciários e quais os mecanismos atuantes para que não se conseguisse fechar os HPJs, se é que se estava tentando.

Neste sentido, tive a oportunidade de conversar com Ernesto Venturini, psiquiatra que atuou ativamente ao lado de Franco Basaglia na concretização da Reforma Psiquiátrica italiana. Explicou-me que há tentativas de fechar os manicômios judiciários desde a implementação da Lei 180, havendo, porém, um problema formal que tem funcionado como impedimento. Trata-se do fato de que a Lei Basaglia é uma lei de saúde, ao passo que os manicômios judiciários estão a cargo do ministério da justiça. Esta bifurcação seria um entrave expressivo, cuja solução deveria ser a alteração do Código Penal Italiano no sentido de “superar a declaração de total incapacidade de entender e querer para quem cometera um crime” (Venturini et al, 2012, p. 240/241).

O cerne da questão está no fato de que a Lei 180 acaba com a ideia de periculosidade²⁹, que é, até hoje, tanto no Brasil quanto na Itália, o fundamento da aplicação das medidas de segurança. O raciocínio é lógico: deixando de existir a periculosidade, também não se sustenta mais o instituto da medida de segurança e é esta alteração legislativa que deveria ser realizada no Código Penal. As Comissões Parlamentares que se organizavam para discutir o tema sempre acabavam concluindo pelo fim das medidas de segurança, mas esbarravam na dificuldade da legislação penal que as previa (e ainda prevê) (Venturini, dados obtidos de entrevista realizada pela pesquisadora).

De que maneira, então, pensar uma prática alternativa à internação nos manicômios judiciários se não é possível, em princípio, realizar-se a necessária alteração legislativa?

Se todo o aparato legal parecia inviabilizar que a Reforma chegasse ao louco infrator, determinadas sentenças proferidas passaram a autorizar alternativas à manicomização do sujeito. É o exemplo da sentença da Corte Constitucional nº 139, de 1982, que afirmou que a periculosidade social não pode ser definida como atributo natural de uma pessoa e de uma doença, ou seja, não é porque alguém é considerado louco que necessariamente apresentará risco à sociedade. A ideia é a de avaliar caso a caso se o sujeito efetivamente é perigoso. No mesmo sentido “a sentença da Corte Constitucional nº 253/2003 rompeu com o automatismo

²⁹ Ao ler a Lei se observa que em nenhum dispositivo a legislação refere-se expressamente ao instituto da periculosidade. Porém se pode apreender que efetivamente tenta, em todo o seu texto, desconstruir a lógica periculosista.

entre HPJ e medida de segurança, permitindo seu cumprimento em lugares alternativos e conforme programas a serem definidos caso a caso” (Venturini et. al., 2012, p. 242).

O problema é que nesta configuração é preciso que juízes e médicos tenham muita coragem, tendo em vista que o paciente fica aos cuidados do psiquiatra que o atenderá no serviço de saúde extramuros (Venturini, dados obtidos de entrevista realizada pela pesquisadora). Significa dizer que o médico está investido em uma posição jurídica de garantia face ao paciente, isto é, responderá pelo delito por ele praticado, se, tendo condições de agir para evitar o resultado criminoso, não o fez. O que caracteriza o delito do psiquiatra, neste caso é, pois, a transgressão do dever jurídico de impedir o resultado a que se estava obrigado.

Isto, evidentemente gera inúmeros problemas, “pois há alguns poucos “don quixotes” que solicitam que o juiz envie a eles o paciente, anuem com a responsabilidade de tratar e cuidar do sujeito. Mas infelizmente a regra é que juízes e psiquiatras tenham receio de realizar este acordo autorizado pelas sentenças judiciais” (Venturini, dados obtidos de entrevista realizada pela pesquisadora).

Tal situação é, no mínimo, paradoxal, pois se desde a década de 80 os julgamentos dos tribunais italianos vêm criticando o conceito de periculosidade por ser etéreo e de difícil precisão, como se pode responsabilizar o médico por ter realizado uma má previsão acerca da periculosidade?

A previsibilidade das ocorrências criminosas se estabelece como cerne da análise e das motivações para o julgamento das ações dos profissionais que são colocados em condições de réu. Os históricos prontuários e os contextos são os vetores para que se defina no processo judiciário, especialmente em relação à análise pericial, se era possível aos psiquiatras e outros integrantes dos corpos profissionais envolvidos nos casos prever ou não a possibilidade de ocorrência dos crimes relatados (Venturini et al., 2012, p. 18).

Sobre isto tive a oportunidade de conversar com Francesco Maisto, juiz de execução penal do Tribunal de Bologna. Ernesto Venturini nos apresentou em um evento nominado de “*Il Carcere, una realtà nascosta. Punizione o recupero della persona?*”, realizado na paróquia Sant’Antonio di Savena, dia 10 de fevereiro de 2014. Organizado para discutir as questões penitenciárias da Itália, o debate teve como disparador o documentário “*I Giorni Scontati, appunti sul carcere*”, di Germano Maccioni.



I GIORNI SCONTATI

appunti per un film in carcere

di GERMANO MACCIONI



diretto e montato da GERMANO MACCIONI fotografia MARCO FERRI musiche originali PRIMO ZANASI
suono GIOVANNI FREZZA colore WALTER CAVATOI realizzato grazie al contributo di FONDAZIONE BANCA
POPOLARE DI LODI - COMUNE DI LODI - CAMERA PENALE DI MILANO GIAN DOMENICO PISAPIA
prodotto da ARTICOLTURE in collaborazione con GERMANO MACCIONI e A.LOVOC.

O posicionamento apresentado por Maisto foi o de que a Reforma não chega aos HPJs, motivo pelo qual a única alternativa existente seria o acordo realizado entre o juiz encarregado do processo da medida de segurança (juiz de execução penal) e o psiquiatra. Devo confessar que, naquele momento, não consegui compreender muito bem o que esse acerto entre médico e magistrado significava e cheguei a pensar que era uma possibilidade bastante interessante, por apresentar-se como uma alternativa a internação manicomial.

Inclusive porque Maisto explicara que, em geral, os acordos eram realizados, que havia uma vontade comum de que o sujeito não fosse enviado ao manicômio judiciário. Posteriormente compreendi, contudo, que apesar de o número de internos ter diminuído bastante, as internações em HPJs ainda eram constantes, o que era surpreendente para um país cuja lei de Reforma Psiquiátrica data de 1979.

Posteriormente percebi – a partir dos encontros com professor Pavarini, com as leituras das sentenças e da bibliografia sobre o tema – que o principal problema do acordo é a difícil situação do psiquiatra. Mas mais do que isso: a Itália é o único país Europeu, junto com a Polônia, em que os erros clínicos são passíveis de persecução penal (Venturini et al., 2012, p. 249). Ou seja, a área mais violenta do direito, aquela que como regra cerceia a liberdade do sujeito, poderá ser colocada em marcha, perseguir o médico se, podendo ter impedido o crime praticado por um paciente de quem era garantidor, não o fez. E isto sem falar no fato de que também pode ser processado no âmbito civil.

A situação acaba por complicar a realização desses acordos porque a prática judicial criou certa tradição no sentido de criminalizar o psiquiatra pelos atos do paciente³⁰. Refiro aqui essa situação porque parece possuir expressiva ligação com o fato de, durante muito tempo, ser necessário perseguir na Itália um ideal de Reforma Psiquiátrica dentro da Reforma Psiquiátrica, ou seja, avançar no fechamento dos HPJs na Itália. Se o acordo entre psiquiatra e juiz necessariamente coloca o médico em relação de garantidor, este papel muito poucos psiquiatras desejam assumir, perante a possibilidade concreta de responsabilização inclusive penal.

Contudo não se deve menosprezar o fato de que as sentenças efetivamente trouxeram ao considerado louco infrator uma alternativa à internação no manicômio judiciário. Indubitavelmente essas são inovadoras na luta contra a lógica hospitalocêntrica, mas é certo também que seus efeitos não foram tão abrangentes quanto desejariam os defensores da desinstitucionalização. Como explica Venturini

Tais sentenças desferiram um forte golpe na existência da instituição HPJ. Forte, mas não decisivo: antes de tudo, porque a possibilidade de aplicação das medidas alternativas e a redução dos tempos de internação em HPJ permanecem discricionárias para os magistrados: em segundo lugar, especialmente porque ficaram dependentes da vontade/capacidade dos prestadores de serviços psiquiátricos de assumir o tratamento dos pacientes responsáveis por crimes (Venturini et al., 2012, pp. 242/243).

³⁰ A obra *O Crime Louco*, organizado por Ernesto Venturini e publicado pelo Conselho Federal de Psicologia brasileiro em 2012, enfrenta justamente esse tema: analisa quatro casos emblemáticos ocorridos na Itália, numa “sucessão cronológica que atravessa o iter da reforma psiquiátrica: no início do processo de desinstitucionalização (em 1968, em Gorizia); durante seu desenvolvimento (em 1971 e em 1977, em Trieste); e em época recente (em 2000, em Ímola)” (Venturini et al., 2012, p. 23). No evento de Gorizia, inclusive, o psiquiatra acusado de homicídio culposo foi Franco Basaglia, pois, segundo a denúncia, deveria ter impedido que o paciente matasse a esposa.

Tanto é assim que, segundo reportagem veiculada no sítio da entidade Stop OPG, em 19 de fevereiro de 2015, na Itália, ainda existiam seis manicômios judiciais: 1) *Montelupo Fiorentino*, abrigando mais de 200 pessoas, mas com capacidade para 188; 2) *Aversa*, abrigando mais de 200, mas com capacidade para 150; 3) *Napoli*, mais de 150 com capacidade para 150; 4) *ReggioEmilia*, mais de 200 com capacidade para 190; 5) *Barcellona Pozzo di Gotto*, mais de 200 e com capacidade para 194; 6) *Castiglione delle Stiviere*, o único a possuir ainda, na data da reportagem, uma ala feminina. Este continha cerca de 200 pessoas, dentre as quais menos de 100 eram mulheres.

Os dados recentes afirmam que os números de internos diminuíram, mas as admissões são constantes: de 1200 pessoas internadas em 2012 a 761, em 30 de novembro de 2014, o que significa que a média de internações é de 77 por trimestre, ou seja, praticamente um paciente por dia. A verdadeira loucura é que dos 750 internos aproximadamente a metade foi declarada sem periculosidade social, isto é, podendo ser tratada em outras estruturas que não nos HPJs (sítio repubblica.it, acesso em 31/03/2015).

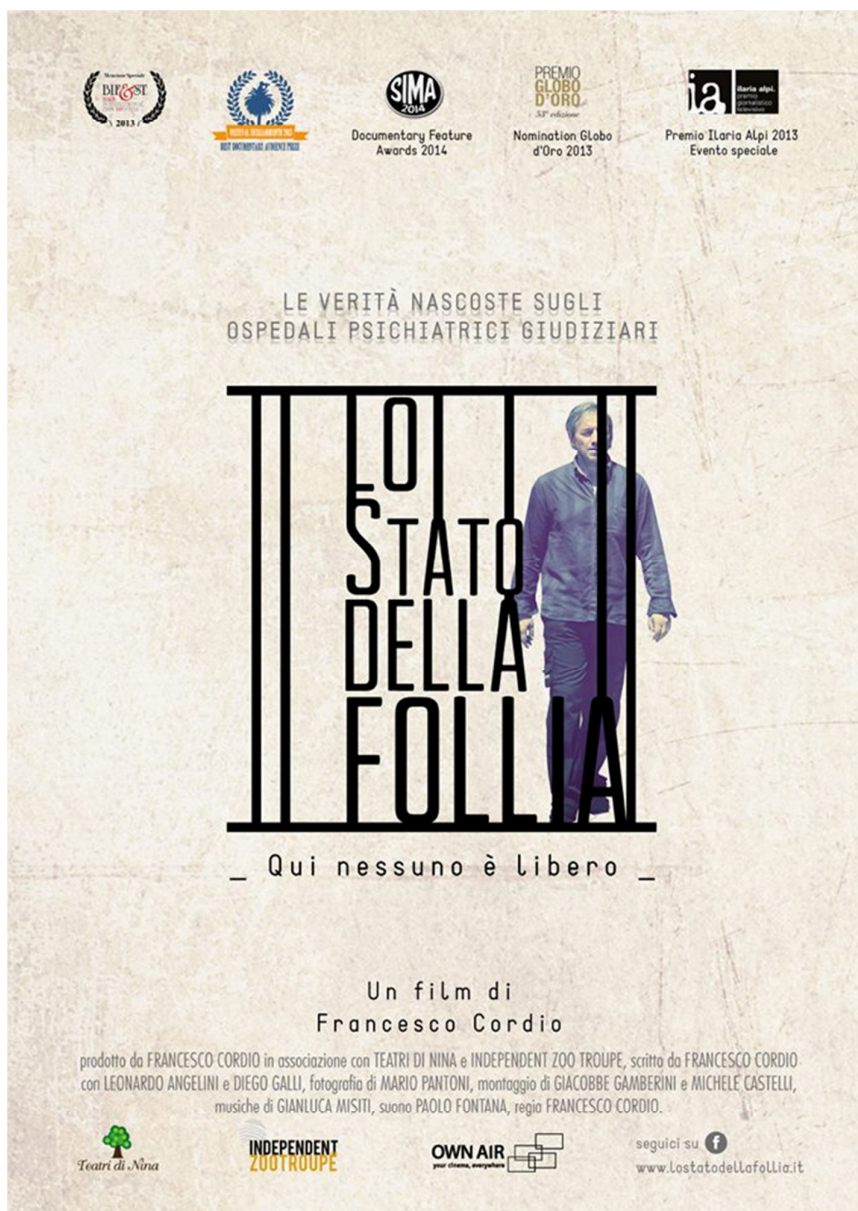
A fim de mapear as condições dos HPJs, na Itália, em 2008, a **Comissão pela Prevenção da Tortura do Conselho da Europa** visitou um HPJ e realizou um relatório afirmando que o problema estaria na lei, que não prevê tempo determinado para a medida de segurança. Em 2010, a **Comissão Parlamentar de Investigação sobre a Eficácia e a Eficiência do Serviço Sanitário Nacional** efetuou inspeções nos seis HPJs, concluindo que o que se vislumbrava nos HPJs eram práticas clínicas inadequadas e, em alguns casos, lesivas à dignidade da pessoa humana. Em seguida, foi aprovada por unanimidade uma resolução determinando o fechamento dos HPJs e a substituição por estruturas inteiramente sanitárias.

Em julho de 2011, a Comissão determinou o fechamento de alguns departamentos dos HPJs de *Montelupo Fiorentino* e de *Barcellona Pozzo di Gotto*. Em janeiro de 2012, no senado, foi discutido o decreto rebatizado de “esvazia cárcere” e a lei de 14 de fevereiro de 2012 declarou que, a partir de 31 de março de 2013, as medidas de segurança seriam realizadas exclusivamente nas unidades de saúde.

Ocorre que, nesta data, houve a primeira prorrogação do fechamento dos HPJs para 31 de março de 2013, depois, a segunda, para 31 de março de 2014, e, por fim, a última data fixada foi 31 de março de 2015.

Importa ressaltar, todavia, que ocorreu forte mobilização para impedir qualquer alteração de data para o tão esperado fechamento. Uma das entidades mais representativas da luta antimanicomial, a Stop OPG (*Ospedale Psichiatrico Giudiziario*) realizou uma campanha chamada “*La Stafetta del Digiuno: per chiuderegli OPG senza proroghe e senza trucchi*”, em que foram organizadas ações cotidianas durante todo o mês de março. A cada dia uma atividade: um debate, uma exposição, a fim de lembrar que não poderia ocorrer a prorrogação do fechamento dos HPJs. Enfim, a Reforma da Reforma deveria ocorrer e as entidades antimanicomiais estavam extremamente empenhadas.

Também foi realizado um filme a fim de contribuir para a sensibilização da sociedade em relação ao fechamento dos manicômios judiciários.



A partir da visita ao sítio, "*Lo Stato della Follia*" (lostatodellafollia.it), chamou atenção, dentre inúmeras outras questões, o fato de que o próprio diretor, Francesco Cordio, ao ser procurado pela **Comissão Parlamentar de Inquérito Sobre a Eficácia e Eficiência do Serviço Sanitário Nacional**, não conseguia compreender o tema do filme, já que tinha conhecimento de que não havia manicômios na Itália, há mais de 30 anos. Ele narra:

O.P.G., cosa si nascondeva esattamente dietro quell'acronimo che non ricordavo de avere mai sentito prima? "Ospedali Psichiatrici Giudiziario", mi era stato risposto, credendo di aiutarmi. Si trattava di manicomi? Impossibile: i manicomi erano chiusi ormai da più di

trant'anni! Luoghi di cura? Il dubbio mi avrebbe accompagnato ancora per poco” (Cordio, comunicado de imprensa, in lostatodellafollia.it, acesso em 18/03/15)

Esta passagem parece bastante simbólica para a imagem que todos, inclusive eu, têm/tinham da reforma psiquiátrica italiana. A questão do cumprimento de medidas de segurança é tão invisibilizada socialmente, que a maioria dos cidadãos não tem conhecimento, ou não quer ter, de que em relação ao louco infrator a reforma psiquiátrica se deu de forma distinta.

Na verdade, a reforma psiquiátrica, de maneira geral, parece não ter se ocupado da questão dos loucos que cometem crimes, essa a razão dos fracos progressos em relação a esse tema. Se os ativistas da luta antimanicomial, que criaram a Lei Basaglia e concretizaram práticas reformistas, não pensaram estratégias de enfrentamento da internação manicomial das pessoas em medidas de segurança, quem haveria de pensar? Este o motivo, inclusive, de parecer bastante adequado falar-se em uma Reforma dentro da própria Reforma, como citado anteriormente.

O filme, cujo cartaz se pode ver acima, teve papel fundamental no convencimento da opinião pública de que era necessário fechar tais instituições. Não obstante, Venturini diz que, atualmente, na Itália, há uma atmosfera de insegurança em todos os níveis e é difícil acreditar que haverá algum milagre. Além disso, frisa que a condescendência do corpo social em relação ao louco infrator é muito pequena (Venturini, dados obtidos de entrevista realizada pela pesquisadora), o que é igualmente percebido no Brasil.

5.2.1. 31 de março de 2015: Uma data a ser comemorada?

31 marzo 2015
scadenza fissata dalla legge per
la chiusura definitiva
degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari



Passado o dia 31 de março de 2015, com a certeza de que a data do fechamento não foi, uma vez mais, prorrogada, surgem outras preocupações nos ativistas dos movimentos antimanicomiais. Alberta Basaglia³¹ refere que foi dado importante passo, mas não significa que a luta iniciada por seu pai tenha chegado ao fim. Ela explica:

Diciamo che la chiusura degli Opg è una cosa importante, un passaggio di civiltà che definisce che per legge, in Italia, non possono esistere luoghi in cui segregare le persone, privarle dei loro diritti, e trattarle in un modo che spesso non si allontana dalla tortura vera e propria. E' un buon passo avanti. Ma non è l'ultimo (Basaglia, L'Espresso, acesso em 01/04/2015).

Com o fechamento dos HPJs, surgiu a ideia, com base na experiência inglesa, de construir, em lugar dos hospitais psiquiátricos judiciários, pequenas estruturas privadas, como casas e apartamentos (conhecidas como REMs – *residenze sanitari e mentali*), que comportem em torno de 10 pessoas. Em tese, essas residências pertencerão ao ministério da saúde, entretanto, ao ser imposta a vigilância de guardas nas portas e etc., percebe-se o

³¹ A psicóloga é vice-presidente da Fundação Basaglia.

caráter coercitivo da iniciativa (Venturini, dados obtidos de entrevista realizada pela pesquisadora).

Todavia, neste momento, as REMs não estão todas prontas e, exatamente por este motivo, já há alguns manicômios judiciários sendo utilizados como residenciais. Significa dizer que, ao invés do encaminhamento dos internos para o serviço territorial, conforme foi igualmente previsto na Lei 81/2014, a etiqueta é trocada, o nome dado ao estabelecimento manicomial é alterado e as pessoas seguem ali, exatamente como antes do 31 de março de 2015, sob o argumento de que não há lugar para onde eles possam ser encaminhados.

Como costuma ocorrer nas práticas voltadas a essas pessoas, o argumento nada mais é do que a maneira de legitimar a manutenção da institucionalização. Talvez seja possível pensar, inclusive, que as construções foram postergadas justamente para uso do argumento falacioso da falta de lugar para onde enviar essas pessoas e assim adiar o fechamento dos manicômios judiciários novamente.

No entanto foi tão expressiva a conduta das entidades antimanicomiais que não houve possibilidade de uma terceira prorrogação e os manicômios judiciários foram fechados. Assim, essa mesma questão falaciosa passa, então, a ‘atacar em outra frente’, a embasar outra prática perversa aos considerados loucos criminosos: a sua manutenção nos HPJs, que agora foram transformados em residenciais devido à leve alteração nas estruturas.

Neste sentido, Alberta Basaglia explica que

Si parla di Rems, che dovrebbero essere strutture di passaggio, adatte ad accogliere le persone che non è possibile dimettere e che sono poche, solo qualche centinaio. Quello su cui occorrerà vigilare, ma che rischia di verificarsi, temo, è che con il tempo queste strutture finiscano con il riprodurre in piccolo, in modo più umano, pulito e meno torturante il principio di segregazione dei manicomii (Basaglia, L'Espresso, acesso em 01/04/2015).

O mesmo posicionamento é defendido por Venturini. Quando da realização da entrevista, mais de um ano antes de 31/03/2015, argumentou que serão fechados os HPJs – nem mesmo esse nome deverá mais existir – mas será gasto um valor enorme na realização dessas residências (REMs) e tudo o que as engloba. Os aproximadamente 100 mil euros ao ano poderiam ser gastos de outra forma. Muito melhor seria se tal verba fosse disponibilizada àquelas estruturas já existentes, como os CAPS, por exemplo, ou se com ela fosse realizada a contratação de profissionais especializados no atendimento de cada pessoa, 24 horas por dia.

Isso, inclusive, é justamente o que defende a Reforma Psiquiátrica Italiana, ou seja, respostas individualizadas que deem conta da subjetividade de cada um e que responda aos seus desejos pessoais (Venturini, dados obtidos de entrevista realizada pela pesquisadora).

Assim mantém-se a lógica manicomial inserida nas instituições reguladas pelo Ministério da Justiça, tendo em vista que o HPJ não é somente a sua estrutura, mas tudo o que o envolve (periculosidade, medida de segurança etc.). Esta lógica não acaba simplesmente pela alteração realizada no Código Penal e, infelizmente, da forma como foram pensadas essas estruturas residenciais, veremos a concretização de mini-manicômios (Venturini, dados obtidos de entrevista realizada pela pesquisadora).

Fora do manicômio, acaba, por acaso, o ímpeto classificador e abrangente da psiquiatria? Infelizmente não! Continua a se reproduzir a ideia de reduzir a vida das pessoas a esquemas. A psiquiatria não desiste da ideia de um projeto totalitário e considera-se autorizada a programar os lugares de vida dos usuários (o ‘supported housing’). Se está desprovido de ética profissional deixar ao abandono o doente nas dificuldades da vida na comunidade, não é menos censurável a ideologia clinico-assistencial que exige controlar totalmente a vida diária do doente: um “maternage” sufocante. E, a serviço do bem pensar, também a ideia da reabilitação conta com um pensamento oculto de controle. A ideia de “re-abilitação” configura de fato uma tensão em relação a um passado, que já não existe, configura a referência a um conceito abstrato – a cura – que revela insistência de normalização, alude a uma exigência de resgate, que inevitavelmente reproduz um estigma (neste caso buscando redimir a culpa da doença, da própria diversidade) (Venturini, 2010, p. 477).

Desta maneira pensam o movimento da Psiquiatria Democrática e as pessoas que ainda atuam no campo da saúde mental de Trieste (no momento da entrevista sentiam-se bastante desiludidas perante o projeto de substituição dos HPJs). Eles entendem que tal plano não desconstrói a lógica manicomial (Venturini, dados obtidos de entrevista realizada pela pesquisadora). Ainda que pudéssemos destruir cada uma das suas paredes, enquanto tivermos guardas nas portas e pessoas privadas da total liberdade de ir e vir, estará mantida a lógica voltada ao “anormal” (2002b).

5.3. PAI-PJ e PAILI: Reforma dentro da Reforma

Apesar de a Itália ter criado alternativas para evitar o cumprimento da medida de segurança em manicômios, vimos que estas não se mostraram respostas eficazes no que tange

à expressiva diminuição das internações em HPJs. O futuro do portador de transtorno mental que praticou um delito dependia da boa vontade do juiz e do psiquiatra em firmar um acordo e este, inclusive, responderia penalmente se seu paciente praticasse um crime que deveria ter evitado.

No momento em que a presente pesquisa começa a desvelar esse panorama, ocorre a segunda surpresa trazida pelo período de investigação na Itália: ao invés de o país ensinar ao Brasil mecanismos para desconstruir a lógica periculosista voltada ao ‘anormal’, parecia ocorrer o inverso. O Brasil é que parecia dar o exemplo à Itália de como alavancar uma reforma psiquiátrica em todos os níveis, que efetivamente desconsiderasse ou, ao menos, não hipervalorizasse o fato de que além de ser considerado louco o sujeito é também o autor de um crime.

São dois os distintos programas criados em nosso país especificamente para pessoas em cumprimento de medida de segurança: PAI-PJ (Minas Gerais) e PAILI (Goiás). Em que pese as inúmeras diferenças, ambas são iniciativas que concretizam os preceitos da reforma, como se verá.

O primeiro foi o chamado PAI-PJ, Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário. Implementado pelo poder judiciário do estado de Minas Gerais, sua realização foi possível através da parceria intersetorial entre os Poderes Judiciário e Executivo e a comunidade em geral. A ideia principal é a de promover o acesso à rede pública de saúde e à rede de assistência social, de acordo com as políticas públicas vigentes, na atenção integral ao portado de sofrimento mental (Barros-Brisset, 2010a, p. 122).

A função principal do programa é o acompanhamento integral ao chamado paciente judiciário portador de sofrimento mental em todas as fases do processo penal. A pessoa encaminhada – seja por ofício do juiz criminal, por familiares, estabelecimentos prisionais, instituições de tratamento em saúde mental e outros parceiros do programa – deve estar respondendo a um processo-crime e, mesmo ainda não havendo a instauração do incidente de insanidade mental,

realiza-se uma avaliação jurídica, clínica e social do caso, e solicita-se ao juiz criminal autorização para o acompanhamento do caso. Sendo autorizado, este é encaminhado à rede pública de saúde mental, se ainda não estiver em tratamento. Junto com a rede, construir-se-á o projeto terapêutico e social para o paciente, o qual será constantemente revisto e reconstruído, de acordo com as indicações do próprio sujeito. O acompanhamento ocorre durante o

processo criminal e continua depois da sentença, que pode ser uma pena ou medida de segurança, seguimos acompanhando o sujeito até a finalização da execução penal (Barros-Brisset, 2010a, p. 122).

O programa funciona através de equipe transdisciplinar formada por psicólogos, assistentes sociais judiciais e assistentes jurídicos, portanto como um serviço auxiliar do juízo, trazendo elementos importantes para a sentença e também “conectando aos autos os relatórios cujo material foi tecido no trabalho com os diversos parceiros fora do sistema jurídico: trabalhadores da saúde mental, de organizações e entidades sociais, familiares, dentre outros” (Barros-Brisset, 2010a, p. 123).

Neste sentido, os manicômios judiciários foram dispensados e as pessoas passaram a ser encaminhadas à rede pública de saúde mental. Belo Horizonte é, pois, a primeira cidade brasileira a propor que os considerados loucos infratores sejam tratados “na rede aberta da cidade, conjugando responsabilidade e inserção social, através de uma parceria com os diversos atores e instituições que cruzam esse campo” (Barros-Brisset, 2010a, p. 125).

O trabalho desenvolvido pelo PAI-PJ mostrou-se tão exitoso em todos os aspectos que a coordenação do Programa foi convidada a organizar a implementação de programa similar no estado de Goiás. O projeto foi efetivado em outubro de 2006 e batizado de PAILI, Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator. Diferente do programa mineiro, que é um órgão do poder judiciário, o programa goiano consiste em ser o órgão executivo responsável pela aplicação das medidas de segurança, ou seja, tem por tarefa acompanhar os sujeitos submetidos à medida de segurança, seja ambulatorial ou de internação. Está, portanto, ligado à Secretaria de Estado da Saúde.



Fonte: in.vinhafm.com/old/programas/mesa-dos-notaveis/2162-programa-de-atencao-integral-ao-louco-infrator-paili, acesso em 22.04.15.

Assim, os considerados loucos infratores são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, quando houver necessidade de internação, serão encaminhados às clínicas conveniadas ao SUS. Todavia não será o juiz quem ordenará o tratamento do sujeito, mas o médico junto com a equipe transdisciplinar. Dito em outros termos, o juiz acompanha o tratamento prescrito e fiscaliza possíveis excessos ou desvios até o fim do processo de execução penal.

Detalhando suas etapas, igualmente realizadas por uma equipe transdisciplinar, a configuração é a seguinte: o Juiz criminal aplica a medida de segurança e faz a comunicação ao PAILI; se o paciente estiver preso, o PAILI busca a vaga para a internação na rede conveniada ao SUS e operacionaliza o recambiamento do paciente da casa de detenção para a clínica. Em seguida, realiza um estudo sobre o caso, individualizando a execução da medida de segurança, e acompanha o paciente à clínica psiquiátrica, bem como dá início ao acompanhamento psicossocial também de sua família.

Indicada a possibilidade de desinternação através do laudo médico, o programa

providencia meios para a inclusão do paciente em tratamento ambulatorial, com suporte da família. Tão logo sejam verificadas as condições para o reconhecimento da cessação de periculosidade, o PAILI emite relatório ao juízo da execução penal para os procedimentos devidos (Cartilha do Paili, *in* www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_870_cartilhadopailli.pdf/, acesso em 02/04/2015).

Como se pode observar, ambos os programas orientam-se pela lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo em vista que não encaminham o sujeito em medida de segurança ao HPJ, mas inserem-no na rede pública de saúde. Exatamente por isso, tornam-se referência não só no Brasil como também em alguns países da Europa.

O PAI-PJ, por exemplo, “foi apresentado na França, em novembro de 2005, num evento que reuniu diversas instituições, profissionais e pesquisadores” (Barros-Brisset, 2010a, p. 126). Em fevereiro de 2006, foi tema de conferência apresentada na *École d’Hautes Etudes Sciences Sociales* – Paris, e, em maio do mesmo ano, o PAI-PJ foi apresentado na Grécia, no Fórum Social Europeu. Além disso, o Programa foi novamente pauta de discussão internacional, ao ser apresentado junto com as experiências da Suíça, da Itália e da França, em colóquio sobre o tema *Dangerosités a dechiffrer: pour quel traitements?* realizado em Paris, em novembro de 2008. É o que se vê nas reportagens que seguem:

PAI-PJ divulga Programa na Europa

Projeto do TJMG debate o problema dos doentes mentais infratores

O modo inovador com que o Tribunal de Justiça de Minas Gerais trata o problema dos doentes mentais infratores acaba de ser divulgado em oito países europeus. De outubro de 2005 a maio de 2006, a coordenadora do PAI-PJ, Fernanda Otoni de Barros, mostrou a profissionais de saúde mental e operadores do Direito estrangeiros que é possível fazer a inserção social dos loucos infratores, como comprova a experiência que vem sendo desenvolvida, há seis anos, pelo TJMG.

O convite, inicialmente, era para que Fernanda apresentasse a experiência do PAI-PJ, na França, em um colóquio de Psicanálise e Direito promovido pela Federação Francesa de Saúde Mental e Associação Franco-Brasileira de Psicanálise e Direito. O interesse despertado pelo trabalho, porém, acabou resultando numa série de convites para a divulgação da metodologia PAI-PJ em outros países da Comunidade Européia.

Psicanalista, psicóloga judicial e professora universitária, Fernanda Otoni cumpriu um extenso roteiro que incluiu participações em seminários e grupos de discussões, visitas a hospitais penitenciários e encontros com psicanalistas, psiquiatras, sociólogos, juizes e outros profissionais em Portugal, França, Espanha, Itália, Bélgica, Alemanha, Inglaterra e Grécia.

Na França, além de participar do colóquio de Psicanálise e Direito, Fernanda Otoni ministrou seminário sobre a experiência PAI-PJ na "École des Hautes Études en Sciences Sociales" e travou contato com o



Fernanda Otoni levou a profissionais da saúde e operadores do direito europeus, a experiência do TJ

Grupo de Práticas Carcerárias, que debate a transdisciplinaridade nas prisões de Paris.

Também nos outros países Fernanda conheceu o trabalho desenvolvido em uma série de instituições, como o Hospital Prisional São João de Deus, em Portugal, e os hospitais penitenciários de Alicante e Sevilha, na Espanha. Na Inglaterra, teve a oportunidade de visitar o primeiro manicômio judiciário do mundo, ainda em atividade.

A última apresentação da metodologia PAI-PJ no exterior aconteceu no Fórum Social Europeu, realizado em Atenas

(Grécia), de 4 a 7 de maio, onde a idealizadora do PAI-PJ, Fernanda Otoni, ministrou oficina sobre o tema "Encarceramentos: grades não são solução para a vida. Queremos outra saída. O que exclui não serve para incluir. Por uma frente mundial contra manicômios em prisões".

Redes

A principal constatação de Fernanda Otoni, em relação ao modo como os europeus tratam os doentes mentais infratores, é que, quanto mais desenvolvido financeiramente o país, maior a segregação.

É o caso da Alemanha e da Inglaterra, onde gastam-se fortunas para manter esses pacientes totalmente afastados do convívio com a sociedade. "Nesses países, não é prática a inclusão social do louco infrator. Eles não querem correr o risco de estabelecer novos modos de convivência. Para criar uma ilusão de segurança na sociedade, os pacientes infratores são trancados, mas com todo o conforto", diz Fernanda Otoni.

Em compensação, a melhor surpresa veio da Espanha, país que, há mais de 20 anos, despertou para a necessidade de os doentes mentais infratores esta-

belecerem vínculos com a comunidade. Lá, esses pacientes ficam internados no hospital penitenciário por cerca de três anos, período em que participam de uma série de atividades, como visitas a museus e passeios ecológicos, sendo depois devolvidos para o convívio familiar e social.

O que os espanhóis querem aprender agora, segundo Fernanda Otoni, é como criar "redes" com a sociedade que permitam aos pacientes ter acesso a tratamentos adequados, educação e trabalho, durante e depois de cumprida a medida de segurança, e nisso a experiência pioneira do PAI-PJ tem muito a lhes ensinar.

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ), implantado em março de 2000, é uma parceria entre o TJMG e o Centro Universitário Newton Paiva. Desde sua criação, já passaram pelo programa mais de 840 pacientes e cerca de 1.580 processos. Sua equipe multidisciplinar faz o acompanhamento dos loucos infratores, visando sempre a sua inserção social. Para isso, conta com uma série de parcerias com as redes de saúde e assistência social, entre outras.

Os resultados obtidos têm sido excelentes. O índice de reincidência é baixíssimo, em torno de 2%, principalmente em crimes como uso de drogas ou furto. Não foi registrada nenhuma reincidência em crimes graves contra pessoas, como homicídio ou tentativa de homicídio.

PAI-PJ atrai comunidade européia

Programa de assistência a doentes mentais infratores é divulgado no exterior

Um novo modo de tratar o sofrimento mental de pessoas que cometeram crimes, escutando a resposta que cada um é capaz de formular para o seu sofrimento e subvertendo uma ordem segregatória. Sob essa perspectiva, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ) do Tribunal de Justiça de Minas Gerais está sendo divulgado na França e países da comunidade européia.

O convite foi feito à coordenadora do programa, Fernanda Otoni de Barros, que participou no final de outubro do II Encontro Franco-Brasileiro de Psicanálise e Direito. Fernanda Otoni destacou a importância de relatar a experiência do TJ para outros países. "O interesse dos profissionais franceses, pelo trabalho desenvolvido pelo PAI-PJ tem sido grande, já que na França está ocorrendo cada vez mais a criminalização do louco infrator", ela afirma. "Encontrar uma experiência que conjuga responsabilidade do sujeito com acompanhamento em liberdade e se deparar com a demonstração dos efeitos desse trabalho tem surpreendido os participantes", completou.

Novas realidades

Na França, Fernanda Otoni tem participado de seminários, encontros e discussões com psicanalistas da Ecole La Cause Freudienne, para onde leva casos acompanhados pelo PAI-PJ. Mensalmente, ela ainda participa de um grupo de trabalho sobre a experiência clínica nas prisões. Complementam a agenda visitas a vários centros de internação para jovens infratores e ao Hospital Villejuif, que trata pacientes após sentença judicial. Para os meses de dezembro e janeiro, já estão confirmadas visitas a hospitais psiquiátricos e penitenciários de Portugal, Espanha e Itália. Na Inglaterra, será visitado o primeiro manicômio do mundo, em atividade até os dias de hoje. Outros países estão sendo contactados. Como Fernanda Otoni destacou: "muito trabalho pela frente."

A possibilidade de divulgar o PAI-PJ para a comunidade européia teve o apoio do Centro Universitário Newton Paiva, em parceria com o Tribunal de Justiça de Minas.

História

O PAI-PJ, que presta assistência a doentes mentais infratores, nasceu em março de 2000, após a análise dos resultados de uma pesquisa realizada por estagiários do curso de Psicologia do Centro Universitário Newton Paiva. O estudo visava ao levantamento de processos criminais cujos autores do ato infracional eram portadores de sofrimento mental. Em dezembro de 2001, o Tribunal de Justiça conferiu ao projeto piloto status de programa. Em julho de 2002, foi inaugurada a Casa PAI-PJ, em parceria com o Centro Newton Paiva, ampliando a assistência prestada.

Desde sua implantação, já passaram pelo PAI-PJ mais de 840 pacientes e cerca de 1.580 processos. No momento, 266 infratores com sofrimento mental são atendidos pela equipe, totalizando 380 processos.



Edifício - Sede do PAI-PJ, próximo ao Fórum Lafayette

Além de ambos os programas estarem em consonância com a lei da Reforma Psiquiátrica, também devem ser comemorados os resultados até agora obtidos. Os índices de reincidência são baixíssimos, e praticamente nulos no que concerne à reiteração de prática delitiva de crimes graves. Só este dado deveria ser suficiente para impedir quaisquer resistências com tonalidades de *pânico moral*, mas infelizmente não é o que ocorre, como logo se verá.

O reconhecimento da qualidade das experiências pode ser verificado no recente “Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei 10.216/01”, elaborado pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) do Ministério Público Federal (MPF). Sobre o PAI-PJ o documento demonstra que

desde sua implementação, 755 casos foram acolhidos pelo Programa e receberam tratamento adequado ao sofrimento mental até cessar suas relações com a Justiça. 489 casos já foram desligados do Programa. Dados de agosto de 2009 mostram que, atualmente, 266 pacientes encontram-se em acompanhamento. Desses, 210 encontram-se em liberdade, realizam tratamento nos dispositivos substitutivos ao manicômio e residem junto aos familiares, em pensões, sozinhos ou em residenciais terapêuticos da cidade. Os índices de reincidência, nos casos atendidos pelo Programa, são muito baixos, girando em torno de 2% em crimes de menor gravidade e contra o patrimônio. Não há registro de reincidência de crimes hediondos (PFDC-MPF, 2011, p. 67).

Os números absolutos da experiência de Goiás (PAILI), apesar de serem inferiores aos de Minas Gerais – decorrentes inclusive da menor taxa de encarceramento – são igualmente positivos. E embora a reincidência seja um pouco superior, girando em torno de 7% (PFDC-MPF, 2011, p. 70), os números são significativamente inferiores a taxas com as quais se convive habitualmente nos ambientes carcerários.

Conforme explica Martinho Silva,

segundo a coordenadora do PAILI-GO, o censo realizado mostra que a maior parte dos crimes cometidos foi contra "pessoas próximas", parentes em geral. Muitos desses crimes são homicídios, como também estupros. Excetuando aquelas pessoas em medida de segurança cujo diagnóstico médico remete a algo ligado ao uso abusivo de álcool e outras drogas, todas as demais não reincidiram no período que vai da instalação formal do PAILI-GO (2006) até o momento (2009) (Silva, 2010, p. 673).

Evidentemente não só os resultados referentes ao crime devem ser considerados ou tidos como mais importantes. O bem estar do sujeito é o foco de programas como esses, que pretendem retirá-lo da instituição total e inseri-lo no contexto social. Porém os índices referentes a novas práticas delitivas são indubitavelmente os mais importantes quando o objetivo é desfazer esta fantasia que amedronta o senso comum: o de que não é possível dar outras alternativas ao sujeito louco que cometeu um delito porque a sua periculosidade está sempre à espreita, esperando um momento de descuido, de liberdade, para se manifestar e dar origem ao ato violento.

Tanto é assim que ao realizar buscas na *web* a fim de encontrar dados disponíveis acerca dos resultados obtidos pelo PAILI, o que mais apareceu em quantidade foram notícias de jornais e revistas sobre um homem que estava em cumprimento de medida de segurança junto ao PAILI e acabou praticando dois homicídios: um renomado cartunista brasileiro e seu filho. Como a que segue abaixo, inúmeras reportagens apresentaram a foto do autor do crime com as roupas e o rosto totalmente ensanguentados, como se fora efetivamente a ‘encarnação do anormal’. Psiquiatras, psicólogos e juízes criticaram ferrenhamente o método do PAILI, confirmando a hipótese de que esses sujeitos perigosos jamais deveriam ter novo contato com a sociedade, pois tão logo surja oportunidade voltarão a delinquir. Conforme a matéria,

a principal crítica está no fato de que os pacientes do Paili contemplados pela rede de saúde são atendidos como todos os outros pacientes dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). “Isso não pode acontecer, pois um paciente do Paili não pode ser tratado como um paciente que está lá porque quer ou precisa. Os pacientes do Paili estão no programa compulsoriamente, isto é, porque a Justiça determinou”, afirma um psiquiatra que não quis ser identificado. Em relação a Cadu, o questionamento é se houve falta de atenção da equipe responsável por ele, visto que seu histórico — duplo homicídio — já bastaria para que seu caso fosse visto mais atentamente (Jornal Opção, acesso em 02/04/2015).

Nota-se neste pequeno trecho da reportagem, a naturalização da lógica voltada ao “anormal” (Foucault, 2002b), como se fosse aceitável a exclusão de alguém do convívio social pela **mera possibilidade** de reincidir. Como se pode ver claramente, a ideia segue sendo a de neutralização dos perigosos e, quando uma iniciativa desinstitucionalizadora é realizada e o sujeito acaba delinquindo novamente é como se uma vez mais fossem legitimadas tais práticas.

Se a periculosidade se origina na doença, qual seria a diferença entre a internação por medida de segurança ou qualquer outra? O tratamento não é relativo à doença? A não ser que assumamos a medida de segurança como resposta retributiva, sanção que não serve e nem deve servir como terapêutica, essa diferença entre loucos infratores e não infratores simplesmente não se justifica. Infelizmente, parece ser a grande marca das práticas endereçadas aos considerados “anormais” (Foucault, 2002b).

Além disso, o fato de o “psiquiatra que prefere não se identificar” defender que os considerados loucos infratores não devam ser tratados na rede pública de saúde parece deixar escapar que em relação a essas pessoas o medo pode ser extravasado. Quando o delito entra em cena, há uma espécie de autorização no sentido de que se trata de um monstro (‘anormal’) que deve ser afastado dos ‘normais’. Em realidade, essa repulsa parece se dar em relação a todos os loucos, mas somente quando ele é também infrator é que o preconceito pode vir à tona, como se o fato de ter praticado o delito elevasse a potência da maquinaria posta em funcionamento contra os considerados perigosos.

Carlos Eduardo Sundfeld

Onde está a falha que permitiu a reincidência criminosa de Cadu?

Edição 2044

Ele matou duas pessoas há quatro anos e agora, supostamente, voltou a matar. A grande questão é como, estando em medida de segurança, ele pôde matar novamente



Carlos Eduardo, o Cadu: novamente nas manchetes nacionais, ele pode ser o estopim para revisões nas políticas de saúde mental em Goiás | Foto: Divulgação/PM-GO

Se prestarmos atenção ao título da matéria, percebemos que a ideia é precisar aquilo que deu origem ao violento delito praticado por Cadu. Exatamente como na lógica positivista, buscar a causa do crime e esquadrihar o criminoso, a fim de evitar cem por cento a reincidência, é o objetivo. Como se o risco não fosse inerente à vida e como se a categoria periculosidade fosse algo concreto e palpável e mais, intrínseca a alguém considerado louco.

Evidentemente há e sempre haverá riscos, mas eles não podem por si só legitimar a manutenção do sujeito em uma instituição total como o manicômio. Tratar-se-ia, neste caso, de confrontar o risco de um próximo delito com a certeza de violações de direitos do sujeito internado nessa instituição total, o que é inaceitável.

5.4. Subversão da lógica periculosista

Tendo em vista que Ernesto Venturini já esteve muitas vezes no Brasil, ajudando a pensar o movimento de reforma brasileiro, quando perguntado referiu que há certa ingenuidade na aplicação da lei da reforma, como se fosse só um problema organizacional, criar Caps etc., mas, em verdade, há certa incapacidade de entender o assunto.

Imediatamente citou a experiência do PAI-PJ, afirmando ser um projeto que vai ao encontro da filosofia da Reforma Psiquiátrica. E a grande característica acentuada pelo psiquiatra foi a da responsabilização do sujeito pelo seu ato, um dos princípios básicos do programa mineiro.

Ele explica que o fato de profissionais e usuários estarem implicados muda o ponto de vista e ajuda significativamente no tratamento. É possível dizer que, ao final do processo judicial, a pessoa já sofreu mudanças importantes, pois não se trata só da afirmação de um direito, mas sim há o resultado de um processo terapêutico. O paradoxo é que para ganhar a liberdade temos de ter liberdade, ou seja, não há como conquistá-la sem possuí-la.

Quando questionado se de alguma maneira a reforma brasileira influenciara a italiana, respondeu que sim. E cita como exemplo, o livro por ele prefaciado *Crime e Psiquiatria - Uma Saída - Preliminares para a Desconstrução das Medidas de Segurança*, de Virgílio de Mattos. A obra, publicada no Brasil em 2006, e, na Itália, em 2013, tem como principal mérito, segundo Venturini, a ideia de responsabilização das pessoas pelos seus atos. “Isso que deveria ser absolutamente lógico, mas infelizmente não é, pareceu extremamente importante de ser trazido à baila. Há que se respeitar o tempo das pessoas e é isso o que o livro de Mattos e o programa PAI-PJ sugerem” (Venturini, dados obtidos de entrevista realizada pela pesquisadora). Assim, a obra acabou se tornando importante referencial inclusive na Itália, como se pode observar na reportagem:



UN LIBRO DI VIRGÍLIO DE MATTOS RACCONTA L'ESPERIENZA DELLO STATO DI MINAS GERAIS

La lezione brasiliana: «Includere si può»

Si chiama “Programma di attenzione integrale al paziente giudiziario - Pai-Pj” la via imboccata dallo Stato brasiliano di Minas Gerais per evitare i ricoveri in ospedale psichiatrico giudiziario. Uno strumento di successo: dal 2001 al 2006 ha interessato mille persone, con recidive prossime allo zero. Oggi i dati sono ancora più incoraggianti.

A raccontarci l’esperienza avviata in Brasile è Virgílio de Mattos, docente di criminologia e scienze politiche all’Università di Belo Horizonte, nel libro “Una via d’uscita” scritto nel 2006 e appena pubblicato in Italia da Edizioni alpha beta Verlag, inaugurando una nuova sezione della collana “180 - Archivio critico della salute mentale” curata da Peppe Dell’Acqua: quella dedicata ai libri stranieri sul tema ancora poco noto al pubblico italiano.

Le analogie tra Brasile e Italia sono tante: entrambi condividono la previsione che il malato di mente autore di reato vada internato, negandogli - scrive De Mattos - «la garanzia di base di un giusto processo» ed esigendo «per la sua liberazione e per il suo ritorno in società una relazione tecnica di fine pericolosità». Entrambi sono stati “lucidati” dalla lezione di Basaglia, che in Brasile viaggiò nel 1978 e nel 1979 visitando proprio le strutture psichiatriche di Minas Gerais. Entrambi, infine, stanno cercando soluzioni per uscire dalla logica dell’internamento.

Logica vecchia ma dura a morire. Perché il presente - denuncia De Mattos - è ancora segregazione: se la psichiatria cammina verso la deistituzionalizzazione, «il diritto penale va, al contrario, verso la istituzionalizzazione». Paura, stigma e “soluzione legale” insieme generano il mostro dell’esclusione: quando si è ritenuti pericolosi si viene esclusi da famiglia e società; dovendo essere curati si è esclusi dal sistema penitenziario; quando si ottiene la cura si è tenuti in luoghi separati. «E così per chi crede in questo perverso continuum, si può dire che la pericolosità è una malattia senza cura».

Come si spezza il continuum? Per De Mattos la parola chiave è responsabilità: la responsabilizzazione dei pazienti è alla base del programma attuato nello Stato di Minas Gerais, ideato dalla psicologa Fernanda Ottoni e fondato sull’unione di tre azioni (giuridica, sociale e clinica). I pazienti, aiutati da familiari e da personale specializzato, affrontano il proprio caso e ne indicano possibili soluzioni. Cercano di tirare fuori ciò che c’era tra la follia e l’atto violento: gli studi condotti sul Pai-Pj rivelano che prima di compiere il reato le persone manifestano diversi segnali. Implicitamente avallando la possibilità di una prevenzione. E smentendo l’altro mito che vuole il “folle” agire all’improvviso e senza causa. De Mattos ne è convinto: tutti i cittadini devono essere considerati imputabili per avere un giudizio penale con tutte le garanzie. La «prigione perpetua», seppur vestita con l’abito nobile della cura, non è la soluzione.

M.Per.
8000000000000000

Penso, inclusive, que o fato de a Reforma italiana ser um verdadeiro paradigma no campo da saúde mental talvez tenha ofuscado, tornado ainda mais invisíveis, as práticas violentas e institucionalizadoras voltadas ao considerado louco infrator. Se no campo do portador de sofrimento mental os avanços italianos foram tão expressivos, o contraste em relação ao louco infrator tornou-o ainda mais invisível. Daí porque o espanto do diretor quando lhe explicam a necessidade de se realizar um filme pelo fim dos manicômios judiciários.

Inegável, porém, que a Itália criou também um mecanismo para burlar o envio das pessoas que cometem crimes e são consideradas loucas aos manicômios judiciários, quais sejam, os acordos realizados entre magistrado e psiquiatra a fim que este se responsabilize pelo paciente.

Contudo os programas criados no Brasil se mostraram, invariavelmente, mais eficazes no combate à manicomização do portador de sofrimento psíquico que pratica um crime. A partir de políticas estatais – absolutamente formais, portanto – criou-se uma regra geral no PAI-PJ e no PAILI: medidas de segurança serão executadas conforme a Lei 10.216/01, sem exceção. E isto parece ser bastante inovador e avançado até em relação à experiência italiana, pois até 31 de março de 2015 as pessoas dependiam da boa vontade do juiz e do psiquiatra para não serem enviadas ao manicômio.

5.4.1. Periculosidade: difícil conceito de fácil utilização

Importante referir que, na Itália, já há muito a categoria “periculosidade” não possui credibilidade, deixou de agir na lógica voltada ao “anormal” como uma de suas engrenagens tão fundamentais. Desde a década de 80 já não é utilizada como um critério que possa ser encarado como objetivo, ou seja, começa a deslocar-se deste seu local naturalizado, em que é entendido como principal componente deste grande regime de verdade que é a perícia psiquiátrica.

Não obstante, no Brasil, a mesma periculosidade trabalhada nesta tese, no capítulo primeiro (do ponto de vista histórico) e segundo (como objetivo da perícia psiquiátrica) é a que irá legitimar a imposição da medida de segurança e também autorizar a liberação do sujeito do HPJ, como já visto. Significa dizer que toda a máquina que move o modelo

periculosista e que se legitima e se sustenta muito através deste conceito segue operando exatamente da mesma maneira que o fazia nas mãos de Pinel ou Lombroso.

A pergunta remanescente é: contemporaneamente, dentro desse sistema infalível pelo qual é capturado o considerado louco infrator, a loucura segue sendo sinônimo de periculosidade e qual exatamente a maneira utilizada pela perícia para aferir a periculosidade do agente do crime? De que forma os ‘cientistas das áreas *psi*’ afirmam ser possível concluir o grau de perigo social que o sujeito pode oferecer?

Maurício Dieter (2013, pp. 137/147) explica que a aferição da periculosidade criminal possui três espécies de orientação. A primeira delas, chamada de diagnóstico clínico, interpreta e avalia sinais e sintomas da personalidade do sujeito a fim de poder concluir qual o seu grau de periculosidade. O objetivo é o de responder se certa doença mental determina a prática de um comportamento agressivo futuro e, para tanto, é necessário levar em consideração: a) experiência e capacidade técnica do profissional; b) recursos tecnológicos; c) tempo disponível para exame, e ainda d) quantidade de doenças satisfatoriamente descritas pela literatura médica.

Em segundo lugar, o autor apresenta a concepção denominada de prognóstico atuarial. Neste caso a avaliação se dará sobre fatores salientes de determinados grupos populacionais e a união de tais informações com as estatísticas indicadoras de maior risco de comportamento redundaria em outra espécie de interpretação da periculosidade. A precisão deste tipo de técnica dependeria, assim, de: a) rigor na definição do evento futuro; b) quantidade de dados reunidos; c) número, objetividade e estabilidade dos critérios sob análise; f) correção da ponderação matemática e g) extensão temporal da projeção.

Por último, Dieter refere o exame anamnésico, técnica que pretende avaliar a possibilidade de práticas violentas futuras a partir das passadas. Pode-se dizer que esse exame acaba se materializando no popular conceito de antecedentes criminais, ou seja, quanto maior o registro de crimes praticados anteriormente, igualmente maior é a chance de o sujeito voltar a delinquir. Importante frisar que esta modalidade de predição futura se faz presente em ambos os modelos anteriores, isto é, ajudam a compor tanto a técnica do diagnóstico clínico como também o prognóstico atuarial.

O autor segue sua explanação referindo que ocorre atualmente séria tendência de a lógica atuarial colonizar os diagnósticos clínicos, a partir da descrença das ciências da

subjetividade em alcançar resultados precisos quando o tema é prever a periculosidade do indivíduo.

Contudo aí haveria importante problema, pois, da mesma forma que se popularizam instrumentos ligados às técnicas atuariais, se banalizam os testes que objetivam realizar a prognose criminal. O produto disto é o que o autor nomina de psicologia de formulários,

que torna qualquer pessoa capaz de prognosticar comportamentos futuros, próprios ou alheios, com um mínimo de esforço intelectual. De fato, estão à venda no mercado inúmeros testes de personalidade para os mais diversos fins, da orientação vocacional à antecipação de esquizofrenia, e que são comercializados praticamente sem pré-requisitos – mesmo, quando incluem avaliação psicológica, a maioria não requer mais que um curto treinamento, oferecido em cursos e workshops que duram dois dias ou menos (Dieter, 2013, p. 146).

Os argumentos de Dieter indicam que a velha prática dos psicólogos imbuídos de um ideal de ressocialização do criminoso, que se transformavam em meros tarefeiros do sistema prisional, acostumando-se a reproduzir pareceres praticamente idênticos, seria quase humanista, se comparada à lógica atuarial. E este parece ser o paradoxo: quando se compara a lógica atuarial, de gestão biopolítica das populações, à lógica (bem mais) disciplinar dos ideais de ressocialização e normalização do apenado, é possível pensar que talvez entre os piores o que não é tão pior é a lógica disciplinar, porque produz laudos um pouco menos distantes do periciando do que o proposto pelo prognóstico atuarial, que se orienta por números e *scores*, praticamente ignorando que versam sobre sujeitos de carne e osso.

Esta é a atual situação do sistema punitivo: a escolha do ruim ou do menos ruim no que tange à aferição da imputabilidade do sujeito e de sua periculosidade de maneira geral. Enquanto países mais desenvolvidos, como a Itália, concluem que o que precisa ser descartado é a própria noção de periculosidade, o Brasil permanece com uma lógica de diagnósticos clínicos e exames anamnésicos.

Não obstante isso, o que o direito reivindica da psiquiatria, no momento de realizar a sentença de alguém em que exista a suspeita de ‘louco’, é a periculosidade como prognose de reincidência. O problema todo está no fato de que é impossível à psiquiatria – bem como a qualquer outra ciência – prever o futuro.

Dito de outra forma, “a ideia de ‘periculosidade’ não se traduz por qualquer dado objetivo, ninguém podendo, concretamente, demonstrar que A ou B, psiquicamente capaz ou

incapaz, vá ou não realizar uma conduta ilícita no futuro. (...) A ‘periculosidade’ do imputável é uma presunção, que não passa de uma ficção, baseada no preconceito que identifica o ‘louco’ – ou quem quer que apareça como ‘diferente’ – como perigoso” (Karam, 2002, p. 09).

A própria medicina esclarece a impossibilidade de certeza acerca do desenvolvimento da enfermidade (o denominado prognóstico). Veja-se:

O prognóstico (ou prognose) é um procedimento científico que objetiva a predição que se pode fazer acerca das mudanças que **provavelmente** podem ocorrer no curso de uma enfermidade, sua duração e terminação (a direção do prognóstico para o restabelecimento total ou parcial, para a cronicidade ou para a morte). O prognóstico pode se referir às possibilidades laborais, à capacidade civil ou ao **risco social do paciente** (grifou-se) (Sá Júnior, 2001, p. 431).

Independentemente dessa discussão, o que é importante perceber, de maneira mais ampla é a imprestabilidade de todo o qualquer conceito de periculosidade. Mattos argumenta que “(...) o conceito de periculosidade não possui nenhum fundamento científico, sendo fruto muito mais de um preconceito oracular sobre o futuro comportamento problemático (‘desviante’, ‘criminoso’) do cidadão problemático (seja criança, adolescente, adulto ou idoso) do que propriamente de uma situação concreta” (Mattos, 2006, p.176). O psiquiatra Gabriel Neves, no mesmo sentido, explica que a periculosidade “é um conceito de **pouca verificabilidade científica**. É, antes, um conceito de senso comum, que pode ou não ser reforçado pelas evidências técnicas ou clínicas apontadas na perícia” (grifou-se) (Neves, 2004, pp. 102/105).

Neves explica que o próprio conceito de ‘perigo’ é subjetivo, pois é a iminência do dano aos olhos de um observador, o que torna clara a incerteza da avaliação. Inclusive alguns autores “se recusam a considerar a periculosidade como uma categoria analítica válida” e outros “a consideram artifício jurídico para empalidecer o caráter arbitral da decisão do juiz. Aos olhos do público ele estaria apoiando-se na opinião científica de um perito” (Neves, 2004, p. 105).

O sistema usado em quase todo o mundo, inclusive no Brasil, de apoiar-se a decisão judicial num critério subjetivo como a periculosidade, assim como considerar o médico psiquiatra forense como o técnico habilitado a medi-lo com precisão científica, levam a uma situação onde após o juiz arbitrar que o paciente deve ser contido

pela medida de segurança, o médico psiquiatra forense é quem passa a decidir a cada ano (ou a cada três anos) se o paciente deve ou não continuar detido (Neves, 2004, p. 103).

No mesmo sentido, Venturini frisa que a questão não é que a periculosidade não exista, mas é importante compreender que ela é construída, introjetada pelo sujeito. Claro que é real o risco de periculosidade, de resposta violenta, mas é a história e não o diagnóstico que pode desencadear a periculosidade (Venturini, dados obtidos de entrevista realizada pela pesquisadora).

Não há evidências científicas na literatura internacional que sustentem a periculosidade de um indivíduo como uma condição vinculada à classificação psiquiátrica para o sofrimento mental. Periculosidade é um dispositivo de poder e de controle dos indivíduos, um conceito em permanente disputa entre os saberes penais e psiquiátricos (Diniz, 2013, p. 17).

O que importa ao problema de pesquisa no que concerne a este tema é o fato de que enquanto não desconstruirmos o conceito de periculosidade, conforme referido, esta categoria seguirá sustentando a lógica voltada aos sujeitos em medidas de segurança. Parece ser possível dizer que ao colocar-se em xeque o conceito de periculosidade, igualmente instável restaria a união entre as áreas *jus* e *psi*. Se este pode ser entendido como principal fruto do casamento entre ambas as áreas do saber, legitimador de inomináveis violências em relação aos infratores portadores de sofrimento psíquico, ameaçar o conceito de periculosidade seria como retirar o principal alicerce de toda a lógica perversa que se volta ao sujeito interno nos manicômios judiciários brasileiros. E começar a afastar desta definição o caráter intocável de ciência, isto é, apontar a impossibilidade científica de se precisar o grau de perigo e as futuras condutas de alguém leva todo o regime de verdade estruturado sobre a periculosidade a ser lentamente desconstruído.

5.5. A (des)responsabilização do considerado louco-infrator

Com tudo o que foi dito, a triste realidade das internações psiquiátrico-carcerárias dos portadores de sofrimento psíquico motiva repensar questões instrumentais do direito penal e das ciências *psi* e projetar novas formas de ação. Sobretudo porque a redução do sofrimento das pessoas não pode ser obstaculizada em razão do ideal de sistema (vontade de sistema, vontade de verdade) que marca a ciência dogmática do direito penal. Após a

humanidade ter assistido atemorizada, ao longo do século passado, aos genocídios legitimados por ordens jurídicas totalitárias, é inadmissível seguir sacrificando pessoas em nome da manutenção da coerência e da harmonia dos sistemas dogmáticos puros.

Eugenio Raúl Zaffaroni e Nilo Batista desafiam a construção de uma “dogmática consequente” que tenha como pressuposto “a natureza penal das medidas de segurança” para além do “embuste das etiquetas”. Conforme apontam os pensadores críticos, se a Reforma da Parte Geral do Código Penal de 1984 representou significativo avanço ao expungir diversas hipóteses de perigosidade presumida pré-delitual da disciplina legal anterior, restringindo as hipóteses de imposição de medidas de segurança aos imputáveis e semi-imputáveis, “(...) alguns passos poderiam ser dados incorporando-se à construção dogmática as importantes contribuições da Lei 10.216/01, sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais” (Zaffaroni *et al.*, 2010, p. 67).

Ademais, parece haver um certo consenso, ao menos na literatura crítica das letras criminais brasileiras, sobre a necessidade de assegurar ao portador de sofrimento psíquico em conflito com a lei os direitos e as garantias mínimas que regem a persecução penal dos imputáveis. No âmbito das práticas punitivas, algumas questões tornaram-se centrais no debate e demonstram processos de inversão ou reversibilidade do discurso tutelar. Entendo como reversibilidade do discurso os procedimentos e as instrumentalizações que em nome da proteção dos direitos produzem a sua própria violação, como trabalhado em outro momento. No caso, a reversibilidade se concretiza na falácia pela qual em nome da garantia dos direitos dos inimputáveis é excluída a possibilidade da responsabilização penal, vedando a imposição de penas e, paralelamente, de forma evidentemente perversa, são afastados todos os limites à intervenção punitiva que se efetiva nas medidas de segurança.

Dentre os exemplos mais significativos dessa falácia tutelar, encontra-se a possibilidade legal de execução temporalmente ilimitada (perpetuidade) da medida de segurança, conforme destacado anteriormente. Todavia, apesar de ser o mais emblemático dispositivo de violação dos direitos fundamentais dos portadores de sofrimento psíquico em conflito com a lei – embora nestes casos pareça ser a lei mesma que está em conflito com os seus direitos e não o contrário –, a restrição aos direitos e garantias mínimas se prolifera em todas as fases da intervenção jurídico-penal.

A propósito, é interessante verificar como esse processo de minimização de direitos daqueles que vivem em situações de maior vulnerabilidade é sintomático na ordem jurídica

nacional. Basta um simples olhar comparativo entre as formas de execução das medidas de segurança e das medidas socioeducativas para comprovar esta assustadora hipótese.

A alternativa humanitária na execução das medidas de segurança parece ser simples: se esta especial condição de inimputabilidade gera um *status* jurídico privilegiado, é injustificável que não sejam assegurados todos os direitos e garantias que marcam a posição jurídica de imputável. Mais: a especial condição de inimputabilidade define os direitos e garantias assegurados aos imputáveis como patamares mínimos para o tratamento jurídico dos portadores de sofrimento psíquico em conflito com a lei. Significa, de forma bastante clara, que além da efetivação daqueles direitos e garantias conquistados juridicamente pelos adultos “mentalmente sadios”, os inimputáveis deveriam ser contemplados com tratamento jurídico mais favorável, ou seja, na comparação com os imputáveis, os direitos devem ser não apenas efetivados, mas ampliados significativamente.

5.6. A Reforma Psiquiátrica como mudança paradigmática no tratamento jurídico do sujeito em Medida de Segurança

A questão primeira que entendo deva ser pontuada e que permite a construção de uma dogmática consequente voltada à efetivação dos direitos e das garantias dos sujeitos portadores de transtornos mentais em conflito com a lei é a inadequação normativa e conceitual, após a publicação da Lei de Reforma Psiquiátrica, do fundamento periculosista das medidas de segurança.

A crítica à construção científica da categoria periculosidade e a sua incorporação pela legislação penal foi realizada de forma bastante contundente pela psicologia social (Rauter, 2003), pela criminologia (Batista, 2011) e pelo direito penal (Fragoso, 2003) brasileiros. Todavia somente com a Lei 10.216/01 foi possível confrontar os dispositivos do Código Penal que mantêm e sustentam esta estrutura de (des)responsabilização penal dos inimputáveis psíquicos.

Com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, restam revogados os preceitos do Código Penal que sustentam a absoluta ausência de responsabilidade penal do considerado louco infrator. De forma mais aguda, inclusive, Virgílio de Mattos afirma ser o art. 26 do Código Penal inconstitucional – tendo em vista que a Constituição veda penas perpétuas – já que tal dispositivo legal legitima a possibilidade de aplicação de medida por tempo ilimitado (Mattos, 2006, p. 152).

Mas para além do debate acerca da constitucionalidade do art. 26 do Código Penal, pertinente é a conclusão do autor no sentido de a Lei 10.216/01 ter alterado a noção de tratamento, substituindo-a pela de prevenção, situação que conduziria à exclusão da ideia de periculosidade. Neste sentido, sustenta Virgílio de Mattos que estaria

demonstrado que a solução não pode ser apenas – unanimidade a partir de final do século XIX –, nem tratar – vez que o ‘tratamento’ tem sempre implicado maior exclusão –, mas prevenir que o portador de sofrimento mental passe ao ato e transforme, transtornando, sua própria vida e daqueles que lhe são próximos. Portanto, o tratamento de que fala a Lei 10.216/01 só pode ser entendido como as medidas de cuidado e acompanhamento, no processo de inserção social do portador de sofrimento mental, ou seja, o que temos denominado prevenção (Mattos, 2006, p. 153).

A modificação da finalidade (do tratamento ao cuidado-prevenção) da resposta jurídica (medida de segurança) aos portadores de sofrimento psíquico implica, necessariamente, na readequação do seu fundamento. Assim, ademais da dubiedade e da imprecisão científica do conceito de periculosidade, entendo que legalmente houve sua substituição, pois a Lei da Reforma Psiquiátrica pressupõe o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos com capacidade e autonomia (responsabilidade) de intervir no rumo do processo terapêutico. A mudança de enfoque é radical, sobretudo porque na racionalidade periculosista o considerado louco representa apenas um objeto de intervenção, de cura ou de contenção, inexistindo qualquer forma de reconhecimento da capacidade de fala da pessoa internada no manicômio judicial. Ou o que é pior, tudo o que é dito é entendido como um sintoma de sua periculosidade/doença, reafirmando a ‘anormalidade’ do sujeito, marcando uma vez mais que este é o seu lugar de existir no mundo. É exatamente isso que se extrai, inclusive, da passagem do livro *Canto dos Malditos*, livro autobiográfico de um jovem que foi internado em um hospital psiquiátrico porque sua família entendeu que era viciado em maconha. Nesta passagem, um outro interno, recluso há mais tempo, está tentando explicar como se dá o tratamento perante o paciente.

Caiu aqui dentro o tratamento é generalizado. Ninguém escuta você, você é um viciado e está enlouquecendo por falta de drogas. Isso é o que representa sua figura para eles e a sua família. Vocês está doente, ficando louco e...a louco, ninguém dá ouvidos! Nós não temos nem esse direito. Se você se matar para que o ouçam, irão dizer que você se matou porque estava louco...(Bueno, 2001, p. 72).

Guareschi, Reis, Oliven e Hüning constataam que “(...) a desinstitucionalização [operada pela Reforma Psiquiátrica] toma o usuário como um cidadão com ação e poder de participação. Ele pode verbalizar seus sentimentos e tentar entendê-los a partir da sua própria abstração, possibilitando, assim, a desconstrução da instituição doença mental” (Guareschi *et al.*, 2008, p. 125).

Creio, portanto, que o novo cenário impede a afirmação de que o portador de sofrimento psíquico é absolutamente irresponsável pelos seus atos, lícitos ou ilícitos. A reforma psiquiátrica, ao definir formas ou graus distintos de responsabilidade, estabelece um novo paradigma para o tratamento jurídico dos portadores de transtorno mental, situação que demanda, necessariamente, a construção de formas diversas de interpretação dos institutos do direito penal, tomados até então como tão científicos e intocados quanto as categorias da psiquiatria. A mudança central é a de tratar a pessoa com diagnóstico de transtorno mental como verdadeiro sujeito de direitos e não mais como um objeto de intervenção do laboratório psiquiátrico-forense.

Precisa, vez mais, a conclusão de Virgílio de Mattos:

deve ser assegurado o direito à autonomia e à responsabilidade do imputado, sendo inaceitável a afirmação de que um transtorno mental, mesmo grave, faça com que o imputado não possa responder pelos próprios atos, enquanto se avalia se há alguma correlação entre o transtorno mental e o fato definido como crime alegadamente cometido, de modo a se determinar o modo mais adequado de imposição do limite penal (Mattos, 2006, p. 167).

O sucesso dos programas brasileiros PAI-PJ e PAILI parece estar justamente no laço desfeito entre loucura e periculosidade e na responsabilização do autor do delito em relação ao seu ato. Em tais iniciativas, o sujeito não é desresponsabilizado devido à sua loucura, mas é chamado a assumir o seu ato de outra forma que não no isolamento manicomial. Conforme explica Barros-Brisset:

A possibilidade de responder pelo crime cometido é uma condição humanizante, um exercício de cidadania que aponta para a responsabilidade e para a capacidade do sujeito de se reconhecer como parte de um registro normativo que serve para todos. Responder pelo seu crime é um modo de inclusão, pois insere o sujeito dentro do ‘guarda-chuva’ da lei, que abriga a todos sob o seu manto (Barros-Brisset, 2010a, p. 124).

Nota-se, pois, ao longo do percurso trilhado pela antipsiquiatria e pelo movimento antimanicomial, a importância terapêutica de que o sujeito com sofrimento psíquico seja visto como responsável: responsabilizado pelos seus atos passados, responsável pelo seu processo terapêutico e responsável pelos seus projetos futuros. Negar ao portador de sofrimento psíquico a capacidade de responsabilizar-se pelas suas práticas é criar perfeitas condições de possibilidade ao seu assujeitamento, à sua coisificação. Entender o portador de sofrimento psíquico como sujeito implica assegurar-lhe o direito à responsabilização, situação que produzirá efeitos jurídicos compatíveis com o grau que esta responsabilidade *sui generis* pode gerar.

A partir destes pressupostos surgem as questões relativas à operacionalização jurídica imposta pela reforma em dois pontos específicos: aplicação e execução das medidas de segurança.

5.6.1. Formas distintas de responsabilização jurídica: flertando com a desessencialização

A indagação que faço neste ponto diz respeito à medida judicial cabível nos casos em que o réu for diagnosticado como portador de transtorno mental e esta situação particular correlacionar-se à prática de um crime. Segundo os critérios da Lei da Reforma Psiquiátrica, ao ser delimitada uma forma distinta de responsabilidade (medida de segurança e não pena), parece não haver dúvida quanto (1º) a necessidade de se excluir qualquer hipótese de aplicação de medida de segurança. Assim, em termos processuais, ao invés da absolvição imprópria, entendemos que o mais adequado seria (2º) a responsabilização penal através de juízo condenatório, com a conseqüente (3º) aplicação de pena. Isto pensando, logicamente, em um modelo garantista intermediário, anterior às reais possibilidades abolicionistas que a Lei da Reforma Psiquiátrica oferece.

Parece importante a discussão de tal questão porque ao transformarmos o modo como o direito vem lidando com a resposta penal dada ao louco infrator é possível, aos poucos, desconstruir a racionalidade voltada aos “anormais” (Foucault, 2002b). Pensar outras formas do portador de sofrimento psíquico responsabilizar-se pelo crime é também uma maneira de fazer com que passe a ter voz, deslocando-o do tradicional lugar de alguém que pode ser objetificado, sobre quem se deve simplesmente intervir, como antes exposto.

Segundo Virgílio de Mattos, todos os cidadãos, portadores ou não de sofrimento psíquico, deveriam ser considerados imputáveis para fins de julgamento penal, sendo asseguradas todas as garantias inerentes ao *status* jurídico de réu. No caso de condenação, seria necessária a imposição de pena com limites fixos, dentro dos intervalos mínimos e máximos legalmente estabelecidos, havendo possibilidade de “o transtorno mental do imputado servir como atenuante genérica, se houver relação entre a patologia e o crime, devendo a pena imposta ser cumprida, se o caso assim o exigir e apenas em períodos de crise, em hospital penitenciário geral.” (Mattos, 2006, p. 168)

Paulo Queiroz propõe, a partir de precedentes do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça, que o julgador proceda à individualização da pena, definindo-a em termos temporais para, posteriormente, substituí-la por medida de segurança pelo mesmo prazo (Queiroz, 2011, p. 458) – as Cortes superiores definiram primeiramente que o prazo máximo para cumprimento da medida de segurança deveria respeitar o limite geral das penas (30 anos) estabelecido pelo art. 75, do Código Penal; posteriormente, fixaram como quantidade limite da medida o máximo de pena imposto abstratamente pelo legislador ao delito cometido pelo réu.

Entendo, todavia, ser possível otimizar ainda mais as propostas dos autores a partir dos preceitos da reforma psiquiátrica.

Após o juízo de verificação do crime, o próximo passo é o da aplicação da pena. Nesta etapa, penso que o procedimento de aplicação da pena deve ser idêntico ao dos imputáveis, com (a) a definição da pena cabível (art. 59, I, Código Penal), (b) a determinação da quantidade de sanção (art. 59, II c/c art. 68, Código Penal), (c) a definição do regime inicial e (d) a verificação da possibilidade de substituição da pena privativa de liberdade por restritiva de direito (art. 59, IV c/c art. 44, Código Penal).

Desta forma, mais do que ter como pressuposto que o portador de sofrimento psíquico é imputável para fins de definição da quantidade de sanção aplicável, utilizando as ferramentas fornecidas pelo Código Penal, seria possível estabelecer como diretriz que o seu tratamento jurídico fosse similar ao da semi-imputabilidade. Isto porque se a Lei 10.216/01 assegura uma responsabilização *sui generis* ao preservar na esfera jurídica do usuário do sistema de saúde mental em conflito com a lei capacidades diferenciadas de compreensão (cognição) e vontade, o quadro se assemelha muito às formas de culpabilidade reduzida ou semi-imputabilidade.

Após quantificar a sanção, dever-se-ia verificar o regime de pena cabível e a possibilidade de substituir sua forma carcerária por outra modalidade. O cumprimento desta fase prevista no Código Penal é importante, pois a pena poderia ser substituída por medida de segurança e seria possível determinar o seu cumprimento em regime ambulatorial sempre que aos imputáveis fosse permitido usufruir do regime aberto ou substituir a pena privativa pela restritiva de direito. Registre-se, ainda, que em determinados casos a própria pena restritiva poderia ter um cunho terapêutico, sendo desnecessária a conversão em medida.

As alternativas de execução da sanção imposta ao portador de sofrimento psíquico oferecidas pela doutrina crítica pendem entre o cumprimento da pena mesma ou a sua substituição pela medida de segurança na quantidade previamente determinada. Neste aspecto, entendemos que é possível avançar, tendo como premissa a lição de Bitencourt de que “a violência e a desumanidade que representam o cumprimento de medida de segurança no interior dos fétidos manicômios judiciários, eufemisticamente denominados hospitais de custódia e tratamento, exigem uma enérgica tomada de posição em prol da dignidade humana, fundada nos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade assegurados pela atual Constituição Federal” (Bitencourt, 2011, p. 787).

Volto a frisar que a reforma psiquiátrica foi explícita em proibir qualquer forma de tratamento manicomial. Mesmo nos casos excepcionais – a internação psiquiátrica é sempre subsidiária e indicada apenas quando os recursos extra-hospitalares (serviços comunitários) se mostrarem insuficientes, conforme o art. 3º e o *caput* do art. 4º – a Lei 10.216/01 estabelece que “é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares (...)” (art. 4, parágrafo terceiro).

A prioridade estabelecida na reforma é o tratamento em ambiente menos invasivo possível (art. 2º, VIII), preferencialmente em serviço comunitário de saúde mental (art. 2º, IX) ou em instituições ou unidades gerais de saúde que ofereçam assistência aos portadores de transtornos mentais (art. 3º), visto ser a finalidade permanente a *reinserção social do paciente em seu meio* (art. 4º, parágrafo primeiro).

Note-se que a vedação de tratamento em instituições com características asilares atinge inclusive as formas de internação compulsória, ou seja, aquelas determinadas pela Justiça (art. 6º, parágrafo único, III). Não por outra razão a Lei 10.216/01 regula a própria atividade judicial ao estabelecer que, de acordo com a legislação vigente, o juiz competente levará em conta as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do

paciente, dos demais internados e dos funcionários. (art. 9º). As condições de segurança do paciente não podem ser outras que a efetividade dos seus direitos, dispostos no art. 2º, parágrafo único, estando proibida a forma asilar por constituir tratamento desumano (II), abusivo (III) e invasivo (VIII).

Neste cenário, não se vislumbra qualquer motivo que justifique tratamento diferenciado entre os usuários comuns dos serviços de saúde mental e aqueles mesmos usuários que praticaram delitos. Com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, independentemente da via de acesso aos serviços públicos de saúde mental (internação voluntária, involuntária ou compulsória), o tratamento prestado deve ser equânime e regido pela lógica da desinstitucionalização.

A alteração no quadro jurídico, com a projeção de modelos de desinstitucionalização, torna inadmissível a manutenção de regimes segregacionais de execução das medidas de segurança, constituindo-se em ilegalidade a preservação dos espaços conhecidos como manicômios judiciais, institutos psiquiátrico-forenses, hospitais psiquiátrico-judiciários ou hospitais de custódia e tratamento. Se a reivindicação do movimento antimanicomial consagrada na Lei 10.216/01 é a de que os usuários dos serviços de saúde mental não sejam estigmatizados em manicômios e que em caso de necessidade de intervenção médica aguda recebam tratamento nos hospitais gerais, é injustificável a exclusão daquele portador de transtorno que se difere pelo cometimento do delito. Os avanços da reforma psiquiátrica, portanto, devem ser universais e incorporados nas práticas judiciais. A propósito, o modelo instituído pela reforma estaria em maior harmonia com o discurso oficial do Código Penal no sentido de que a medida de segurança não seria um castigo, mas um tratamento assegurado pelo Estado.

Na prática, se a intervenção penal nos casos de ilícitos praticados por considerados loucos for mantida, entendemos que a preservação do rótulo “medida de segurança” somente teria sentido para garantir ao condenado o direito ao controle exercido pelo juiz em relação ao cumprimento da medida. Nestes casos o sujeito teria a garantia de que ultrapassado o limite máximo da pena fixada pelo juiz ou cessada a necessidade do tratamento realizado no sistema público de saúde mental, seria decretada extinta a medida. Fora deste âmbito de controle, as intervenções terapêuticas devem ser idênticas aos demais casos de sofrimento psíquico.

A proposta apresentada, inspirada nos preceitos do movimento antimanicomial, se sustenta empiricamente nas duas experiências inovadoras e altamente virtuosas de construção

de alternativas ao tratamento de pessoas com transtorno psíquico em conflito com a lei: os já referidos PAILI e PAI-PJ.

As inovações proporcionadas pela instrumentalização da Lei 10.216/01, na fase de execução das medidas de segurança, através dos programas alternativos de intervenção extramanicomial (PAI-PJ e PAILI), permitem compreender quão fértil é o espaço de atuação criado pela reforma psiquiátrica. Ao mesmo tempo expõem quão deficitário é o discurso da dogmática penal, que permanece literalmente preso aos conceitos higienistas da psiquiatria do século passado.

É preciso ter presente evidentemente que este discurso dogmático e ortodoxo no campo do direito penal é aquele que serve a esta engrenagem que vitimiza os que considera perigosos. Para a manutenção da racionalidade voltada ao ‘anormal’ – que se origina da fusão entre direito e psiquiatria – realmente não é interessante que o direito passe a construir outros caminhos, alternativos à reclusão em manicômios judiciários e às violências ali perpetradas. Aliás, construir outros caminhos só será possível quando cada uma das ciências unidas em prol deste terceiro discurso for repensada, incentivando, assim, o afastamento entre ambas as ciências e a ruína da racionalidade periculosista como um todo.

E nesse sentido entendo que Lei da Reforma Psiquiátrica, da forma como está redigida, possibilita dupla quebra de paradigma. Se a primeira ruptura paradigmática foi a de tratar o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos, definindo estratégias que garantam paridade de tratamento no processo penal de conhecimento e criando ferramentas que otimizem formas não-manicomiais no processo de execução das medidas de segurança, a segunda, e mais radical alteração paradigmática –, e que parece ser a mais interessante e eficaz no que concerne aos deslocamentos necessários –, é a da retirada integral do usuário do sistema de saúde mental em conflito com a lei do sistema penal.

Se a nova forma de abordagem dos transtornos mentais nega a validade prático-teórica da noção de periculosidade (fundamento da medida de segurança); redefine o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos dotado de uma especial forma de compreensão dos seus atos (culpabilidade *sui generis*); e impede qualquer tipo de sanção de natureza segregadora (manicomial), não seria inviável pensar que a reforma psiquiátrica criou um novo espaço de análise e valoração da responsabilidade jurídica do inimputável, alheio à lógica punitiva e carcerocêntrica do sistema penal.

O novo cenário, em sintonia com a Lei da Reforma, não impediria, p. ex., pensar na exclusiva responsabilização jurídica do portador de sofrimento psíquico na esfera extrapenal, sobretudo civil. Neste espaço afastado do jurídico-penal, a intervenção do juiz seria direcionada ao estabelecimento dos critérios de compensação da vítima pelos danos materiais e morais causados pelo crime, sem qualquer necessidade de ingerência do sistema punitivo.

E nesta hipótese estaria também contemplada a responsabilização jurídica pelo ato praticado, porém ao invés de se tratar de responsabilização oriunda do direito penal, que é em si mesma violenta, adviria de outra área do direito. Deste modo, estaria contemplado o aspecto terapêutico da responsabilização jurídica, evitando-se, contudo, que sofresse a rotulação perpetrada pelo sistema criminal.

Em outras palavras, se o processo penal é, em si mesmo, uma cerimônia degradante, e se a Lei da Reforma Psiquiátrica impõe formas de desinternação, não há motivo para manter o considerado louco infrator em contato com este âmbito jurídico. Não é demais lembrar que o primeiro passo para se repensar a lógica atual, que parece inverter a metáfora da porta giratória de Foucault, e estimular práticas que indicam que o crime é que apaga a loucura é a dessencialização do sujeito face ao delito. Portanto fundamental seria o distanciamento do portador de sofrimento psíquico dos sistemas punitivos do Estado.

Essa seria uma maneira interessante de propor deslocamentos à racionalidade voltada ao “anormal” (Foucault, 2002b). Evitando-se a essencialização e estigmatização em muito atribuída pelo direito penal, haverá mais possibilidades de provocar rupturas na orientação hospitalocêntrica que tem como origem a união da psiquiatria com o direito penal. Quanto menos direito penal houver nessa amarração infalível, menos violência haverá como consequência do terceiro discurso que exsurge dessa fusão.

Ademais, além da fixação da sanção compensatória (reparação do dano), que é o que normativamente justifica o interesse da vítima no processo penal, não estaria excluída a possibilidade do tratamento, inclusive coercitivo (involuntário ou compulsório), na rede de saúde pública, pois segundo o estatuto antimanicomial trata-se (o tratamento) de um direito assegurado a todas as pessoas dele necessitadas, independente do cometimento ou não de crimes.

E a forma como a Lei 10.216/01 instrumentaliza a responsabilidade e a resposta jurídica ao ato lesivo praticado pelo portador de sofrimento psíquico torna totalmente

desnecessária qualquer espécie de intervenção penal. Porém o receio de se pensar formas distintas de intervenção penal ou a dificuldade de se criar modelos alternativos para além dos muros do sistema punitivo, mesmo quando os instrumentos legais possibilitam práticas disruptivas, revela, em realidade, o nível do enraizamento do sistema punitivo em nós mesmos.

Contudo, conforme foi possível perceber, encontrar alternativas não é tão difícil quanto se possa imaginar. Basta entender o outro sempre e radicalmente como um sujeito de direitos, independentemente dos atos que pratica ou da forma como sua racionalidade articula o pensamento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fim de tentar deixar mais clara a proposta costurada ao longo de toda a tese, nesse momento de fechamento do trabalho, relevante trazer o caso de João³², paciente do IPFMC, cuja história parece unir os pontos daquilo que pretendo expressar com esse trabalho.

6.1. O início de um caminho sem volta: o processo criminal

No dia 02 de março de 1997, às 9h e 30 min, no endereço Rua José do Patrocínio, nº 35, em Campo Bom/RS, o denunciado João da Silva tentou constranger a criança Luciana Barbosa, com 01 ano de idade, nascida em 01/01/1996 a praticar com ele conjunção carnal, mediante violência, jogando-a sobre a cama, tentando arrancar-lhe a roupa e arranhando-lhe o corpo, causando as lesões corporais descritas no atestado de fls. x que se refere a lesões cortantes e escoriações no abdômen. O denunciado só não consumou seu intento por circunstâncias alheias à sua vontade, eis que a mãe da vítima, Cleusa Barbosa, chegou ao local e conseguiu tirar a filha das mãos do denunciado.

Este trecho, retirado do processo judicial, da denúncia oferecida contra João da Silva consta de sua papeleta do IPFMC³³ e passa a determinar sua vida desde o ano de 1997, quando a denúncia foi recebida pelo juiz e dá início à chamada ação penal. Desta forma inicia-se a trajetória de João junto ao sistema de responsabilização penal *sui generis* pensado para aqueles que são considerados portadores de algum sofrimento psíquico ou mental.

A acusação foi por tentativa de atentado violento ao pudor contra menor de 14 anos qualificado pela violência presumida de ser contra menor de 14 anos, delito punido com pena de, no máximo, 10 anos pela lei penal brasileira.

Como costuma ocorrer nas sentenças – apesar de as regras do processo penal afirmar que o juiz não está vinculado ao laudo pericial – o juiz transcreve o laudo. Como referido no segundo capítulo do trabalho ao discutirmos a produção da verdade jurídica e a produção da verdade psiquiátrica, a perícia acaba sendo utilizada no incidente de insanidade mental como a prova mais importante de todas, retomando um modelo de provas vigente no sistema

³² Nome fictício.

³³ Papeleta é como costuma ser chamado o arquivo de toda a vida do sujeito no IPF. Este material contém tudo o que diz respeito à medida de segurança do sujeito, contendo partes do inquérito policial, do processo judicial e avaliações de profissionais da saúde acerca de seu estado mental.

inquisitório e ultrapassado contemporaneamente. Não obstante, é isso que comumente ocorre nas sentenças judiciais de processos em que havia dúvida sobre a sanidade mental do acusado, a sentença apoia-se irrestritamente no parecer médico, demonstrando uma vez mais a simbiótica relação que vai colocando em marcha a racionalidade periculosista.

O laudo psiquiátrico (fls. 39/42 dos autos em apenso) atesta que o réu possui esquizofrenia tipo paranoide CID 10: F20.0. Assim, apura-se que, na época do fato, o réu era totalmente incapaz de entender o caráter ilícito de sua conduta.

Assim, concluiu o magistrado que João deveria ser enquadrado no art. 26, *caput*, do Código Penal, ou seja, o considerou inimputável, o absolveu e aplicou medida de segurança de internação, com o prazo mínimo de um ano.

Ocorre que João foi internado no IPFMC muito antes de a sentença ter sido proferida. Ele adentrou a instituição em março de 1997 e a sentença só foi promulgada em abril de 2000, ou seja, mais de três anos depois. Desde então já sofria os efeitos da institucionalização trabalhados por Goffman e já amargava a mortificação de seu eu antes mesmo da decisão sobre se o instituto psiquiátrico deveria realmente ser o seu destino.

A primeira ideia que chama a atenção é a de que antes mesmo de o caso de João ir para as mãos do judiciário, ainda quando estava na seara policial, se consegue observar o vínculo entre direito e psiquiatria. Desde a primeira suspeita de que o sujeito pode ser portador de sofrimento mental, o que se faz é questionar a medicina, pedindo que diga algo sobre a sanidade mental do investigado, como se verifica na sentença. É exatamente isto o que se vislumbra no relatório policial quando afirma que

Pela aparente insanidade mental do indiciado, encaminhado-lhes o exame do PADU (Casa de atendimento médico local), confirmando a insanidade do pesquisado e solicitando (a autoridade médica) internação do mesmo no Instituto Psiquiátrico Forense.

Estando presentes fato típico criminal, por violência contra a pessoa e contra domicílio, e a periculosidade mostrada por suas ações forte no artigo 149, § 1º³⁴, do Código de Processo Penal, represento a Vossa Excelência para que o mesmo seja submetido a exame médico-legal. E, havendo confirmação da insanidade já apontada preliminarmente, a decretação de sua internação (papeleta IPF).

³⁴ Art. 149, Código de Processo Penal: Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal.
Parágrafo 1º: O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente.

Em seguida, consta do material o relatório do inquérito policial que será enviado ao Ministério Público a fim de que ofereça ou não a denúncia. Neste, parece que foram absolutamente dirimidas as dúvidas acerca da sanidade mental do acusado, pois o delegado de polícia refere que

o indiciado é Demente e com o uso de cocaína e maconha torna-se violento, cometendo os maiores abusos possíveis, nesta ocasião invadiu a casa de Cleusa Barbosa agrediu-a e tentou estuprar a menor Luciana com pouco mais de um ano de idade, não conseguiu seu intento graças a intervenção de Cleusa, que conseguiu fugir de casa com a criança.

Solicitamos seu internamento em estabelecimento próprio e a realização de exames psiquiátricos para apurar a profundidade de sua enfermidade, comprovando sua impossibilidade de conviver em sociedade, tudo constante dos autos.

Apurada sua violência e a impossibilidade familiar de mantê-lo sob controle para evitar prejuízos a integridade dos vizinhos e mesmo dos familiares, resta-nos as providências necessárias para que o Estado mantenha João da Silva em estabelecimento psiquiátrico, até que possa, se recuperado, voltar a vida familiar (papeleta IPF).

Nota-se, neste momento, que o delegado assume claramente a ideia de que este sujeito, ainda que não tenha sido perfeitamente verificada a possibilidade de sofrimento psíquico, seja mantido no IPF. Chega a mencionar que a realização de exames psiquiátricos deverá comprovar a sua impossibilidade de conviver em liberdade e que toda esta explicação consta dos autos do inquérito policial. Significa dizer que, para o delegado de polícia, já está traçada a hipótese de que João é louco e criminoso e o que faz é somente solicitar que, por favor, a medicina venha avaliar aquilo que já está sendo tomado como um regime de verdade.

Poder-se-ia dizer que aqui se inicia a essencialização de João da Silva. No momento em que o delegado sequer tenta dissimular a hipótese que tomou para si e que, conforme trabalhado no segundo capítulo da tese, somente precisa agora ser preenchida com fatos que a confirmem, exatamente como afirmou Cordero ao referir a ideia do “primado das hipóteses sobre os fatos” (Cordero, 2000).

Coincidência ou não, a página subsequente da papeleta, que é, nesta parte, a fotocópia do inquérito policial, é a folha de “informações sobre a vida pregressa do indiciado” em que constam seus antecedentes policiais: três inquéritos em que figura como indiciado pelos delitos de roubo, uso e tráfico de drogas e furto.

A próxima página é um ofício do juiz de direito substituto requerendo a internação de João no IPF, seguido por um mandado de prisão, o que não pode deixar de ser notado. Alguém que foi absolvido e que será tratado em um hospital de custódia e tratamento poderia ter contra si expedido um mandado de prisão? Ainda que possa ser tomado como algo irrelevante, parece bastante emblemático e contraditório o fato de a medida de segurança ter como função declarada o tratamento do sujeito e, no entanto, para que seja internado no manicômio judiciário, deva ser cumprido um mandado de prisão. E mais do que isso: o campo “motivo da prisão” foi preenchido com “prisão preventiva”, o que se apresenta como uma aberração jurídica, tendo em vista que a internação no HPJ só pode acontecer em relação aos sujeitos considerados inimputáveis ou semi-imputáveis, com a finalidade de tratamento e sem qualquer possibilidade punitiva, conforme o alegado nas normas de direito penal. De outro modo, a prisão só pode ser aplicada aos imputáveis, enviados para a prisão, portanto, e a prisão preventiva em casos muito específicos, quando de alguma forma está sendo ameaçado o bom andamento do processo judicial.

Observa-se, pois, a confusão inerente ao processo de aplicação de medidas de segurança. As funções declaradas do direito penal afirmam ser a medida um tratamento oferecido aos considerados doentes mentais, sem qualquer finalidade de castigo, a ponto de a sentença que a decreta absolver esses sujeitos. Todavia, da mesma forma que o laudo pericial – conforme trabalhado no segundo capítulo da tese –, pode ser tomado como o grande símbolo da fusão entre *jus* e *psi*, ‘pequenas’ contradições procedimentais como a expedição de um mandado de prisão para aplicar-se uma medida que alega não ter finalidade repressiva expressam a grande confusão epistemológica existente quando deixamos de ter exclusivamente práticas psiquiátricas ou práticas jurídicas.

Em outras palavras, quando fundidas ambas as áreas do saber, surge o terceiro discurso, algo que não é nem da ordem do direito e nem da ordem da psiquiatria. Somente conseguindo ter clareza a este respeito é que se consegue igualmente perceber que é outra coisa que está em marcha, é algo que sustenta e naturaliza práticas como essas, a imposição de um mandado de prisão quando o sujeito será encaminhado para um hospital, a fim de ter a sua loucura tratada.

Essas ações refletem igualmente quão falaciosa é a ideia de que a medida de segurança não pretende punir, pois, se assim foi pensada pela teoria do direito penal, emblemas como esses demonstram que as práticas são punitivas, com a única diferença de

que o cenário é o manicômio judiciário e não a penitenciária. Aliás, é exatamente porque é, em tese, um tratamento de saúde que a medida de segurança não tem previsão de tempo máximo, pois não é possível definir o prazo em que o sujeito se tornará menos perigoso e poderá voltar ao convívio social ou, ao menos, é isto o que é sustentado.

Independentemente disso, importa referir que, desde a expedição do mandado de prisão, João encontra-se recolhido no IPF. O mais impactante a este respeito é o fato de que há quase quatro anos o estado penal declarou não ter mais qualquer interesse na manutenção deste sujeito no manicômio. Em 05 de outubro de 2011, o juiz decretou a extinção de sua punibilidade, com base no decreto 7.420, de 31/12/2010, que previu a possibilidade de indulto para os sujeitos em medida de segurança, independentemente da cessação de periculosidade, desde que “até 25 de dezembro tenha suportado privação da liberdade, internação ou tratamento ambulatorial por período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta praticada (...)”.

Significa dizer que o magistrado, conhecido como um juiz adepto das práticas da Reforma Psiquiátrica e que provocou expressivas mudanças no cenário do IPFMC, decretou nesta data que as agências de punição não estão mais legitimadas a perseguir criminalmente João, tendo em vista que o Estado considerou extinta a sua punibilidade.

No que toca a isso, duas questões são muito interessantes: a primeira é que o fato ocorrido com João infelizmente não é uma exceção nos manicômios judiciários brasileiros. Conforme o censo 2011, é muito frequente as pessoas consideradas loucas e infratoras ficarem muito mais tempo nos manicômios judiciários do que os considerados racionais nos cárceres. A estes, há a garantia de que sua pena extinguir-se-á em um determinado lapso temporal, o que não ocorre no campo do considerado “anormal” (Foucault, 2002b). Conforme o Censo:

Pelo menos 741 indivíduos não deveriam estar em restrição de liberdade, seja porque o laudo atesta a cessação de periculosidade, seja porque a sentença judicial determina a desinternação, porque estão internados sem processo judicial, seja porque a medida de segurança está extinta. Isso significa que um em cada quatro indivíduos internados não deveria estar nos estabelecimentos de custódia. Não incluímos no censo os indivíduos em processo de desinternação progressiva que se encontram fora dos estabelecimentos, o que torna ainda mais desconcertante o dado de que 55 indivíduos têm a medida de segurança extinta e se mantêm em regime asilar de restrição de direitos. Esse número é um cenário conservador para efeitos de um retrato nacional da situação desses

indivíduos, pois não avaliamos a qualidade dos laudos médico-periciais ou os argumentos das sentenças judiciais. E, se considerarmos os indivíduos internados com laudos psiquiátricos ou exames de cessação de periculosidade em atraso, são 1.194 pessoas em situação temporária ou em medida de segurança que não sabemos se deveriam estar internadas. As razões da permanência são desconhecidas para nós, mas podem ser especuladas como parte de um extenso descaso com a combinação entre pobreza e sofrimento mental no Brasil (Diniz, 2011, p. 18).

E o paradoxo está no fato de que alguém que, em tese, sabia o que estava fazendo no momento da prática delitiva não raro fica recluso menos tempo do que aquele que, por hipótese, não possuía completo entendimento do fato e tampouco tinha capacidade para agir de acordo com esse entendimento.

Se compararmos, por exemplo, a certeza da progressão de regime imposta pela LEP e a mera possibilidade de que o sujeito seja beneficiado – em pouquíssimos manicômios judiciários do país, lembre-se – com a alta progressiva, não há qualquer dúvida de que é mais punido o ‘insano’ face ao ‘são’. João está há 18 anos no IPF; se fosse considerado imputável e a pena máxima prevista pela lei ao delito lhe tivesse sido imposta – o que seria impossível porque se trata de crime tentado e não consumado – depois de pouco mais de um ano de cumprimento da pena e tendo bom comportamento, o condenado teria progredido de regime, migraria do fechado ao semiaberto. João, considerado louco, está até hoje internado no IPFMC, por uma conduta que poderia ter sido muito grave, mas que, concretamente, resultou em um arranhão no abdômen da vítima e nada mais. João teve sua extinção da punibilidade decretada há quase quatro anos e segue sem conseguir desvencilhar-se das amarras do sistema penal.

Mas independentemente da lesão causada pela conduta de João o que mais chama a atenção é o contrassenso no fato de que aqueles que não tinham pleno entendimento sobre o que estavam fazendo acabam sendo mais punidos do que os indivíduos que possuíam total capacidade de raciocínio acerca do crime que praticaram, porque não possuem qualquer sofrimento mental.

Apesar de configurar-se como ilegal sua internação no manicômio e apesar da exigência do juiz no sentido de que o IPF apresentasse, a partir da data da sentença, o plano de desligamento de João em 180 dias e que fizesse “contato com as autoridades sanitárias para cumprimento do art. 5, da Lei nº 10.216, de abril de 2001, para que proceda política

específica em alta planejada e reabilitação psicossocial assistida fora do âmbito do Instituto Psiquiátrico Forense”, o paciente segue recluso.

As perguntas que a presente pesquisa desejou enfrentar são: por que isso é possível, quais os fios que tecem essa teia poderosa que aprisiona o considerado louco infrator? Que discursos estão por trás dessa potente engrenagem que assujeita de forma violenta os que cumprem medidas de segurança? O que acontece é que os argumentos que legitimam as práticas violentas são sempre no sentido da reversibilidade dos direitos humanos, trabalhada no terceiro capítulo, ou seja, de tutelar os direitos humanos de uns em detrimento dos direitos humanos de outros e, fundamentalmente, de violar direitos humanos enquanto se afirma a proteção dos direitos humanos.

O laudo que pretende informar acerca do plano de desligamento do paciente, já na terceira linha, ao referir o histórico de João, salienta que “anteriormente respondeu processos distintos por roubo, furto, uso e tráfico de drogas”. A indagação que surge de tal observação é: qual a relevância dessa informação em relação ao desligamento do sujeito da instituição? Por que essa necessidade de citar, antes de qualquer coisa, que ele é um criminoso e que, ainda que se esteja discutindo a desinternação, não se pode perder de vista que este não é o único crime praticado por João? Parece que o que não se quer esquecer é justamente a potencialidade lesiva de seus atos, o quanto seria melhor que este indivíduo perigoso permanecesse afastado da sociedade.

Nesta passagem é possível notar, uma vez mais, o fascínio que a prática do delito parece causar em toda e qualquer pessoa que se coloca em contato com um caso concreto deste tipo. Quando um parecer *psi* – que deveria versar exclusivamente sobre o plano de desligamento do paciente do manicômio judiciário, devendo, pois, apontar as estratégias terapêuticas para tanto – em sua terceira linha enfatiza a prática delitiva, este é indicativo expressivo de que há uma hipervalorização do delito na vida deste sujeito. Em nada tal apontamento é relevante no desligamento do sujeito da instituição total, a única relevância seria a de comunicar a todos a essência perigosa de João, sujeito este que é suspeito³⁵ de ter praticados três outros crimes.

³⁵ Ao falar-se que João foi indiciado em outros três inquéritos policiais, isto significa que ele sequer foi condenado pelo Estado penal. O que ocorreu foi que, em sua primeira fase de investigação, os relatórios dos delegados de polícia apontaram-no como suspeito destes delitos.

E esta hipervalorização é o início da essencialização, faz parte deste processo em que o crime praticado conta mais do que qualquer outra característica deste sujeito. Não por outro motivo, segundo Jock Young, a essencialização é o passo anterior à demonização, conforme trabalhado no terceiro capítulo da tese. Se os profissionais das áreas *psi*, que deveriam pensar na promoção de saúde do sujeito, ao elaborar seu plano de desligamento do manicômio, não conseguem desvencilhar-se da prática criminosa de seu paciente, isto se dá porque o sujeito passa a ser compreendido a partir de seu crime e todo o resto se vincula ao delito de alguma maneira.

Com efeito, a essencialização ocorre também desde o olhar dos psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, que deveriam deixar a questão da infração da lei de lado, por não ser seu campo de ingerência. Contudo a racionalidade do terceiro discurso, que pensa o considerado louco infrator como um “anormal” (Foucault, 2002b), é justamente essa: práticas que fundem direito e psiquiatria em que o juiz quer ser o psiquiatra e o psiquiatra quer ser o juiz. Nada mais pertence a cada saber separadamente, tudo eclode deste terceiro discurso, desta coisa que mistura crime e loucura mas que quer, sobretudo, punir, como se observa do parecer acerca de João.

O laudo assinado por um médico, um assistente social e um psicólogo refere que:

No decorrer do cumprimento da medida de segurança, João teve inicialmente acompanhamento sistemático da genitora e de um irmão que vinha visitá-lo. Entre 2001 e 2002 teve períodos em que usufruiu da alta progressiva, ficando na casa de familiares em Campo Bom, contudo em 2002, com o falecimento da mãe, perdeu o apoio e acompanhamento familiar que tinha, uma vez que a família desestruturou-se.

Neste sentido, o paciente passou a contar apenas com o ínfimo apoio de um irmão que também tinha problemas psiquiátricos e de uma irmã, que também tinha seus problemas ao passo que acabaram lhe abandonando no IPF.

Quanto à vida institucional de João, esta foi marcada por episódios de uso de drogas e de pouca inserção em atividades de reabilitação, uma vez que, pela doença, esquizofrenia paranóide, o paciente sentia-se muito mal em atividades que exigissem maior convívio social, assim como, também não apresentava motivação para inserção em atividades mais solitárias (papeleta IPF).

Uma vez mais se vê neste trecho a ideia de que os atos do sujeito se originam em sua loucura ou que sua loucura se diagnostica pelos seus atos, gerando um ciclo no raciocínio que é bem comum de se verificar nos pareceres. A lógica aqui é novamente a do primado das

hipóteses sobre os fatos, só que em outra medida: há um diagnóstico de que a pessoa é louca e toda e qualquer situação da sua vida se origina ou é resultado desta loucura. E conforme trabalhado no segundo capítulo, aqui reside em muito a infalibilidade do sistema: tudo inicia e acaba na loucura e se se exige a cessação da periculosidade, que é fruto da loucura, para que o sujeito seja desinternado, as chances de que isso ocorra, serão mínimas.

Você está doente, ficando louco e...a louco ninguém dá ouvidos! Nós não temos nem esse direito. Se você se matar para que o ouçam, irão dizer que você se matou porque estava louco (Bueno, 2001, p. 72).

Na parte final do laudo, chamada de “condições atuais para o desligamento institucional” a equipe refere que, após avaliar a trajetória do paciente, considera o seu quadro

sombrio, uma vez que o paciente é extremamente resistente a mudanças e a possibilidades de inserção a novos projetos.

Muito se tem trabalhado com o paciente seu encaminhamento para residenciais terapêuticos, sejam eles em Porto Alegre, ou em sua região, mas João nega-se veementemente a qualquer proposta, inclusive a título de experiência. Nestes momentos o paciente justifica-se que tem sua família e casa e que só aceitaria ir para lá, embora os irmãos estejam presos.

Ao mesmo tempo, estimula-se a inserção de João em atividades grupais no IPF, entretanto, a resistência apresentada por ele é forte.

Fato positivo é a presença fiel de João nos grupos terapêuticos que a psicóloga da equipe realiza, embora a resistência ao novo sempre persista.

Neste sentido, a equipe continua trabalhando a desvinculação de João do instituto, uma vez que ele demonstra um quadro psíquico estabilizado, almejando-se que o paciente aceite ao menos conhecer um residencial, para futura desinternação.

Este parecer não está datado, mas responde a um ofício enviado pela Vara de Execuções de Penas e Medidas ao IPF em novembro de 2011. Depois dele, em 15 de março de 2013, ou seja, cerca de dois anos mais tarde, a VEPMA novamente remete ofício ao IPF indagando acerca do desligamento de João. Devido à ausência de resposta, em maio de 2013, a VEPMA envia novo ofício, desta vez determinando a remessa do plano de desligamento no prazo de 30 dias, sob pena de os funcionários serem processados pelo crime de desobediência. Enquanto isso, sua vida vai passando dentro das paredes do manicômio e o mundo segue normalmente, como se fosse igualmente normal alguém que já teve extinguida a punibilidade, alguém que o Estado penal decretou não mais lhe interessar para fins de responsabilização, estar há dois anos internado ilegalmente.

O próximo laudo enviado finalmente, em resposta ao ofício é assinado apenas por um psicólogo. Muito mais sucinto do que o último, em sua única página, refere que “em 2011 e 2012 a situação de João manteve-se inalterada”, bem como inalterado se mantém o discurso constante do parecer. Refere que ele “segue sendo estimulado para inserir-se em novas atividades, bem como realizar passeios externos ao instituto, porém é relutante em sair da instituição e é extremamente resistente a mudanças e a novos projetos. Também negou-se a participar de passeio à praia propiciado pela instituição”. Neste ínterim, ele teria sido estimulado pela equipe encarregada a conhecer o residencial terapêutico, mas “nega-se veementemente”, o que faz com que a equipe continue trabalhando a desvinculação do paciente ao manicômio, mas esta situação ainda é “complexa pelas circunstâncias apresentadas”.

- Eu quero ir para o sanatório.

Queria sim, e muito, voltar para o sanatório. Lá era o meu lugar, um esconderijo perfeito para mim – um louco. Onde ninguém iria cobrar nada: que eu era jovem, tinha que viver...que não podia ficar fedendo dentro do meu quarto. Lá ninguém se importava com ninguém. Havia me acostumado com aquele lugar (Bueno, 2001, p. 120).

Depois desse, o parecer subsequente é enviado ao juiz somente em meados de abril de 2014, ou seja, quase um ano depois do anterior. Neste, assinado por um psicólogo e um médico, relata-se que houve aproximação de uma irmã ao paciente no ano de 2013, que estava cumprindo pena no regime semiaberto situado próximo ao IPF, e ia visitá-lo a cada quinzena. No entanto tal situação não perdurou, pois, segundo a equipe, “houve intercorrências, apresentando a irmã do paciente forte comportamento atuador, sendo sua visita proibida pela equipe, a fim de resguardar a saúde mental de João, que também começou a apresentar comportamento alterado e apreensivo”.

Tinham uma linguagem própria: regressão, “atuação”, hostilidade, abstinência, comportamento autoindulgente. Esta última expressão podia vincular-se a qualquer atividade, dando-lhe um ar suspeito: comportamento autoindulgente ao comer, ao falar, ao escrever. No mundo exterior, as pessoas comiam, falavam e escreviam, mas nada do que a gente fazia podia ser simples (Kaysen, 2013, p. 96).

Significa dizer que se considera grande problema o sujeito não ter contato com nenhuma referência familiar, mas, quando o parente se apresenta, este vínculo passa a ser valorado, avaliado, medido e, no caso de João, vetado pelos funcionários do IPF o seu único

contato com a família. Aqui é possível ver as áreas *psi* funcionando bem mais como uma forma de controle –exatamente como ainda se estabelece em grande medida a psiquiatria hoje – do que como promoção de saúde e de respeito à autonomia. Evidentemente um irmão não necessariamente faz bem ao outro e, da mesma forma, não é óbvio que a irmã fazia bem ao interno. Entretanto a maneira como o laudo apresenta a situação demonstra que João está despido de qualquer possibilidade de escolha, em nenhum momento a equipe menciona qual é a vontade de João em relação ao único familiar com quem vinha se relacionando. Decide-se que ela não estava fazendo bem. Decide-se que o melhor para João era voltar a se afastar dela. João deixou de ser sujeito, é um objeto sobre o qual se intervém sem qualquer receio, afinal, desde há muito se constrói uma história em que aqueles que dizem o que é bom para sujeitos como João são o juiz e o psiquiatra e juntos. João nada sabe sobre João.

No mesmo sentido refere Rafaela Brasil a respeito do trabalho realizado no IPFMC:

Por mais que tenhamos avançado, em geral, o que vejo dentro do manicômio judiciário em que trabalho, são apostas ainda tímidas, reduzidas a um mínimo de risco de produzir autonomia na construção de um desejo. As saídas ainda precisam de garantia da tutela. A família ou uma outra instituição devem assistir o uso da medicação, os passeios devem ser cuidados e o trabalho quase sempre é estimulado para ‘passar o tempo’. O medo que o monstro perigoso retorne está sempre ali, fazendo sombra na condução do tratamento (Brasil, 2012, p. 77).

Mas o momento mais simbólico de todo o caso, que parece sintetizar em uma frase aquilo que se apresenta nesta tese, consta no mesmo parecer logo depois da referência ao mal que a irmã do paciente lhe fazia. A equipe diz que, enfim, há uma ótima razão para João permanecer no HPJ, pois: “Por outro lado, em 2013, João também se engajou em atividades laborais no instituto, trabalhando na rouparia da unidade B, local o qual permanece até o momento, função que lhe proporcionou um sentido de vida, gostando muito desta tarefa”.

É importante esclarecer que a discussão não está no gosto de João pelo trabalho na lavanderia, que pode ser verdadeiro e legítimo. O ponto que se quer enfrentar é o fato de que o único traço de vida, o único sopro de algo positivo referenciado nos 18 anos em que João está recluso, ao invés de ser tomado como indicativo de que está bem e de que agora devem ser redobrados os estímulos e os esforços para que abandone a instituição, é tomado como a

confirmação, o atestado de que João é feliz no manicômio, e podem todos, juiz, promotor, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, comemorar o fato de que o IPF lhe faz bem.

Neste sentido é que a racionalidade voltada ao “anormal” (Foucault, 2002b) se apresenta como infalível. Quando o sujeito está mal, não é porque está recluso há muito tempo, porque se romperam seus laços de afeto, porque deixou de ser quem gostava de ser para assumir uma nova identidade de institucionalizado, não, é porque a sua doença faz com que não se sinta bem. De outro modo, quando apresenta alguma melhora, algum interesse pela vida ou inaugura qualquer movimento positivo, isso ocorre por força do trabalho realizado no manicômio. O que fica claro é que se o sujeito não estivesse ali, provavelmente jamais conheceria tal sensação de bem estar. E este que poderia ser um momento de investimento na autonomia do cidadão acaba sendo tomado como um dado concreto, confirmação de que o sujeito só funciona na instituição, de que o manicômio lhe faz bem e, por isso, é lá que deve permanecer.

Sob esse discurso às mulheres são vetados o exercício da sexualidade, da maternidade e os passeios pelo pátio da instituição. Sob esse discurso homens e mulheres perdem seus vínculos sociais e são medicalizados incessantemente, deixam de realizar escolhas e vão se acostumando ao enclausuramento em si mesmo e na instituição total. E muitas vezes só abandonam o IPFMC já sem vida.

Até meados de abril de 2015, último acesso que tive à papeteleta do interno, ele continuava recluso no manicômio e o último pedido da VEPMA sobre o plano de desligamento já completara um ano. Ou seja, mais um ano se passou sem que o IPF enviasse informações sobre a desinternação de João.

6.2. Entrelaçando os fios e tecendo algumas ideias

A questão que parece ficar clara, após a investigação realizada, é a de que o crime é a grande marca na vida desse cidadão que cumpre medida de segurança. Significa dizer que a essencialização advinda da prática delitiva comunica, isto é, parece representar o sujeito mais do que qualquer outra característica. Não por outro motivo, Young afirma que a essencialização ou essencialismo é o passo anterior à demonização, ou seja, para que possam

ser excluídos por serem demonizados, estes indivíduos passarão antes pelo processo de essencialização.

Não fosse o crime o grande estigma vinculado ao portador de sofrimento psíquico que comete delito não haveria qualquer diferença entre os loucos infratores e os não infratores. A todos, indistintamente, seria aplicada a Lei da Reforma Psiquiátrica, o que fica claro não ocorrer.

Pensando com a imagem proposta desde as primeiras linhas neste trabalho, a porta giratória referida por Foucault (2002b), se pode perceber que não ocorre o trazido pelo autor, com base no Código Francês de 1810. Não se pode dizer que ao entrar a loucura sairia o crime, pois parece que há uma inversão desta engrenagem, à medida que o crime é o que prepondera e não a loucura apresentada pelo sujeito. Dizer que há uma inversão, que o crime provoca a anulação da loucura, talvez seja forte demais e simplista demais, mas é justo afirmar, tomando a referência supra, que há uma marca que incide sobre o sujeito no momento da execução da medida de segurança e não é a loucura, mas o crime.

Significa dizer que o direito toma para si o crime e a loucura em um primeiro momento – sentença judicial que absolve o sujeito e impõe a medida de segurança – mas em um segundo momento, o de internação no manicômio judiciário, o que sobressai é o crime, que faz com que o sujeito não seja tratado como qualquer outro considerado louco, característica que parece permitir que, diferentemente dos outros, o portador de sofrimento psíquico possa ser segregado por tempo indeterminado.

Então, ao invés de se pensar que ao entrar a loucura (medicina) sai o crime (direito), talvez se possa pensar que saem ambos os campos do saber individualmente e em seu lugar é colocado esse terceiro termo, produto da fusão de ambos, que estrutura e movimenta a lógica voltada aos “anormais” (Foucault, 2002b). O terceiro termo salienta e utiliza o que há de pior no discurso jurídico e no psiquiátrico, tendo em vista que não estão mais contidos pelas limitações que a epistemologia de cada ciência impõe.

Assim, a loucura não está totalmente desprezada, não é apagada, é mantida com a exclusiva finalidade de fundir-se ao crime e legitimar as práticas voltadas aos “anormais” (Foucault, 2002b). Sua importância parece terminar aí, pois no cumprimento das medidas de segurança, como referido, há certa submissão da psiquiatria às exigências do direito.

As estatísticas do Censo Penitenciário Nacional são um dos principais dados que mostram o crime como preponderante e não a loucura, pois o total de pessoas submetidas à medida de segurança em 2010 era de 4.250, o que corresponde a 0,95% das pessoas submetidas a regime carcerário no Brasil. No entanto a tendência de aumento de aplicação de medidas de internação não foi invertida. Ao contrário, foi mantido o direcionamento ascendente da curva de internação. A partir de 2003, o volume de pessoas submetidas às internações por medida de segurança é gradual e constante, representando quantitativamente acréscimo de 2.668 (2003) para 4.250 (2010), ou seja, quase dobrando o número de internos em 07 (sete) anos. Quanto às medidas ambulatoriais, são aplicadas em proporção bastante inferior à internação, motivo pelo qual se conclui que, embora haja a possibilidade de o sujeito cumprir medida de segurança de maneira não reclusa, a opção continua sendo a institucionalização.

Além destes, outro dado importante e que atravessou em muito a pesquisa e a pesquisadora é o fato de que nem mesmo na Itália – país de forte tradição reformista – se pensou em uma Reforma Psiquiátrica também para aqueles considerados loucos que possuem problemas com a justiça. Tanto é assim que somente durante a realização desta tese, em 31 de março de 2015, ocorreu o fechamento, por lei, dos manicômios judiciais italianos, após duas prorrogações da data.

A não aplicação da Lei da Reforma aos loucos infratores parece confirmar a hipótese de que se considera haver expressiva diferença entre os loucos infratores e os não infratores. Embora seja uma legislação de saúde pública criada para todos os considerados portadores de sofrimento mental, a interpretação que se acaba por fazer da lei tanto na Itália quanto no Brasil é a de que ela se destina aos loucos não criminosos. Por se tratar de uma legislação de saúde pública (gestão do bem estar social) e não de segurança pública (gestão do medo), ainda que não haja qualquer hierarquia entre as leis penais (Código Penal, Lei de Execução Penal) e a Lei 10.216/01, esta é a lógica criada e que parece sustentar as práticas voltadas ao “anormal” (Foucault, 2002b): segregação sem tempo previsto.

E a racionalidade periculosista não possui um núcleo identificável, parece, inclusive, perpassar os muros das instituições totais. Para além dos atores das agências de punitividade, ou seja, agentes penitenciários, juízes, promotores e psiquiatras, a mídia sensacionalista e o senso comum atuam conforme essa lógica, construindo ou ajudando a disseminar argumentos a favor de práticas violentas e institucionalizantes.

Como proposto em outro momento, a Antipsiquiatria e o movimento de Reforma Psiquiátrica parecem ter igualmente deixado de lado a questão dos sujeitos em medidas de segurança, o que pode indicar que – até mesmo ao se pensar em condições de autonomia e minimização de qualquer assujeitamento do louco, foi esquecido o criminoso – porque ele é considerado ‘diferente’. É quase como se a Reforma, em suas diversas correntes, sequer tivesse se lembrado dos portadores de sofrimento mental que praticam delitos, o que é mais um indicativo de que o crime prepondera e faz com que tais pessoas migrem da categoria de louco para a de “anormal” (Foucault, 2002b).

A ausência de empenho da Reforma em medidas para o campo da loucura criminosa pode ser simplesmente uma questão estratégica, ou seja, para que o argumento da reforma convencesse o maior número de pessoas melhor não citar os crimes advindos das mais diversas loucuras. Melhor invisibilizar o nicho de sujeitos tomado como (mais) perigoso, a fim de conseguir maior adesão às ideias reformistas.

Independentemente destas questões, pude perceber que há uma lacuna constitucional em relação a essa forma de responsabilização penal, que faz com que se tenha que realizar rupturas desde a base. Ou seja, se em outros âmbitos as violações de direitos são mais fáceis de ser apontadas, tensionadas e criticadas – porque a prática está se dando às avessas da Constituição Federal – no tema das medidas de segurança é impossível fazê-lo, já que a CF nada refere sobre elas. Assim, impõe aos operadores do direito que, sem qualquer alicerce constitucional, construam rupturas e alternativas em um campo em que não há formalizados nem direitos e nem garantias pela Lei máxima.

E foi em relação a tais rupturas que houve a maior surpresa da tese: como referido, nos estudos na Itália, compreendi que o país enfrentava sérias dificuldades para fazer a Reforma Psiquiátrica chegar ao campo das medidas de segurança, exatamente como no Brasil. Porém, no Brasil, foram criados os Programas PAI-PJ e PAILI, que surgem exatamente da necessidade de subverter a racionalidade periculosista e criar alternativas afastadas da reclusão no manicômio aos sujeitos em situação de medida de segurança.

Diferentemente do que fez a Itália, portanto, o Brasil conseguiu concretizar iniciativas formais, advindas do Poder Público, para aproximar o tratamento do considerado louco infrator com o do sujeito somente considerado louco, ou seja, fazer com que sua condição seja pautada pelas ideias reformistas: respeito, autonomia, individualidade.

Neste ponto está a viragem realizada pela tese para além daquilo que os olhos da pesquisadora podiam anteriormente alcançar: concluir que, na verdade, a experiência brasileira é a que de algum modo foi referência para a Itália, especificamente em relação às medidas de segurança, e não o contrário. O PAI-PJ, principalmente, inspirou e inspira muitos trabalhos realizados na Europa com o considerado louco criminoso, diferentemente do que eu acreditava antes de iniciar os estudos na Universidade de Bologna.

Mais, levando-se em consideração o fato de que a Itália teve sua Lei de Reforma promulgada no fim da década de setenta e o Brasil somente em 2001, é possível concluir que o Brasil está bastante à frente da Itália no que se refere ao louco infrator. Evidentemente não se há de olvidar que o PAI-PJ e o PAILI são exceção à regra do que ainda vivenciamos no Brasil, mas, de qualquer forma, são iniciativas muito promissoras, cujos resultados têm comprovado que são realmente práticas orientadas pelas premissas da Reforma Psiquiátrica.

E só projetos como estes parecem ser capazes de subverter a lógica periculosista, passar a olhar aquele sujeito como um portador de sofrimento mental e tratá-lo como tal. Colocar em marcha o mecanismo da porta giratória, que se considera emperrado, e fazer com que, em alguma medida, a loucura prepondere sobre o crime não a ponto de anulá-lo, mas a ponto de legitimar a imposição da Lei da Reforma. Responderá pelos seus atos como qualquer cidadão, mas afastado de todos os estigmas, ou pelo menos do que parece macular para sempre seu presente, passado e futuro: a prática delitiva. Aos loucos, a lei da Reforma, independentemente de suas condutas andarem ou não dentro das amarras criadas pela lei penal.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I*. 2.ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

_____. *Estado de exceção*. 2.ed. São Paulo: Boitempo, 2004.

_____. *O que resta de Auschwitz*. São Paulo: Boitempo, 2008.

AMARANTE, Paulo. *Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil*, 1994.

_____. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

_____. (coord.) *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

_____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, Vera Regina Pereira. *Sistema Penal Máximo x Cidadania Mínima: códigos da violência na era da globalização*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARATTA, Alessandro. *Criminologia crítica e crítica do direito penal: introdução à Sociologia do Direito Penal*. 3. ed. Rio de Janeiro, 2002.

BARRETO, Tobias. *Estudos de Direito II*. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Um dispositivo conector – Relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 20(1), 2010a, pp. 116-128.

_____. Rede é um monte de buracos amarrados com barbante. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 20(1), 2010b, pp. 83-89.

_____. Tema em Debate. *Revista de Direito Sanitário* (3), 2011/2012, pp. 119-124.

_____. Genealogia do conceito de periculosidade. *Responsabilidades*, Minas Gerais. v. 1, n. 1, pp. 37-52, mar/ago 2009.

BASAGLIA, Franco. *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

_____. (coord.). *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

_____. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BATISTA, Vera Malaguti. Vida Nua e Soberania. *Discursos Sediciosos* (12). Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2002.

_____. Prefácio. In MATTOS, Virgílio. *Crime e Psiquiatria: uma saída*. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

_____**Introdução Crítica à Criminologia Brasileira**
Rio de Janeiro: Revan, 2011.

BEVILÁQUA, Clovis. **Criminologia e Direito**. Rio de Janeiro: Rio, 1983.

BIRMAN, Joel. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. Genealogia da reprovação: sobre a periculosidade, a normalização e a responsabilidade da pena penal. In BATISTA, Nilo e NASCIMENTO, André (org.). **Cem anos de reprovação: uma contribuição transdisciplinar para a crise da culpabilidade** Rio de Janeiro: Revan, 2011.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal: parte geral**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

BORGES, Nadine. **Damião Ximenes: primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Revan, 2009.

BRASIL, Rafaela Schneider. **Da Maquinaria Mortífera do Manicômio Judiciário a Invenção da Vida: Saídas Possíveis**. Dissertação de Mestrado apresentada no curso de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

BUENO, Austregésilo Carrano. **Cantos dos Malditos**. Rio de Janeiro: Rocco: 2001.

CAMARGO, Gabriel Neves. Manicômio ou Presídio? A Imputabilidade Penal. In CORONEL, Luiz Carlos Illafont. (org.). **Psiquiatria legal: informações científicas para o leigo**. Porto Alegre: Conceito, 2004.

CARNELUTTI, Francesco. **Lecciones sobre el Proceso Penal**. Buenos Aires: Bosch y Cia, 1950. v. 1.

CARVALHO, Salo de. Sobre as possibilidades de uma criminologia queer. **Sistema Penal & Violência**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, jul./dez. 2012, pp. 152-168

_____. **Antimanual de Criminologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

_____. **Pena e Garantias**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

_____. **Pena e Garantias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

CASTEL, Robert. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

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

CHRISTIE, Nils. **La industria del control del delito: La nueva forma del Holocausto?**. Buenos Aires: Editores del Puerto, 1993.

CODATO, Francesco. **Che cos'è l'antipsichiatria? Storia della nascita del movimento di critica alla psichiatria**. Francavilla al Mare: Edizioni Psiconline, 2013.

- CORDERO, Franco. **Procedimiento Penal**. Santa Fé de Bogotá: Temis, 2000.
- CORRÊA, Mariza. Os Livros Esquecidos de Nina Rodrigues. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, V. 76, n. 2, 2006.
- CORTES, Soraya M. Vargas (1998). Técnicas de Coleta e Análise Qualitativa de Dados. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, n. 9, 1998.
- COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- D’ALESSANDRO, Ruggero. *Lo Specchio rimosso: individuo, società, follia da Goffman a Basaglia*. Milão: Franco Angeli, 2008.
- DESCARTES, René. **Discurso do Método**. São Paulo: Nova cultural, s.d.
- DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- DIAS, Jorge de Figueiredo; ANDRADE, Manuel da Costa. **Criminologia: o homem delinqüente e a sociedade criminógena**. Coimbra: Coimbra, 1992.
- DIETER, Mauricio. **Política Criminal Atuarial: A Criminologia do fim da história**. Rio de Janeiro: Revan, 2013.
- DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.
- DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2010.
- DUARTE, Evandro Charles Piza. **Criminologia e Racismo**. Curitiba: Juruá, 2011.
- ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo. Notas sobre criação e desrazão em uma certa experiência trágica da loucura. In AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- FARGE, Arlette. Michel Foucault y los archivos de la exclusión (“la vida de los hombres infames”). In ROUDINESCO, Élisabeth e outros. *Pensar la locura: ensayos sobre Michel Foucault* Buenos Aires: Paidós, 1999.
- FERRI, Enrico. **Princípios de Direito Criminal: o criminoso e o crime**. Campinas: Bookseller, 1996.
- _____. **Os Criminosos na Arte e na Literatura**. 3. ed. Porto Alegre: Ricardo Lenz, 2001.
- FERRAJOLI, Luigi. *Derecho y razón: teoría del garantismo penal*. Madri: Trotta, 2001.
- FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

- FOUCAULT, Michel. **Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002a.
- _____. **Os Anormais: curso no Collège de France (1974 – 1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2002b.
- _____. **Historia de la Locura en la Época Clásica**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. v. 1, 2003a.
- _____. **Historia de la Locura en la Época Clásica**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, v. 2, 2003b.
- _____. **Microfísica do Poder**. 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004a.
- _____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2004b.
- _____. **El Poder Psiquiátrico**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005.
- _____. (coord.) **Eu, Pierre Rivière, que degelei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. 8. ed. São Paulo: Graal, 2007.
- _____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- _____. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. 21. ed. São Paulo: Graal, 2011.
- FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de Direito Penal**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003.
- FREITAS, Ricardo de Brito A. P. **As Razões do Positivismo Penal no Brasil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2002.
- GARÓFALO, R. **Criminologia**. São Paulo: Peritas, 1997.
- GAUER, Gabriel; BREIER, Aline; PAZ, Rogério. Imputabilidade: uma análise crítica. In GAUER, Gabriel José Chittó (coord.) **Agressividade: uma leitura biopsicossocial**. Curitiba: Juruá, 2001.
- GIACÓIA JUNIOR, Oswaldo. Sobre direitos humanos na era da biopolítica. **Kriterion**, V. 49, n. 118, dezembro 2008.
- GIORGI, Alessandro de. **A Miséria Governada Através do Sistema Penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.
- GOMES FILHO, Antonio Magalhães. **O Direito à Prova no Processo Penal**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1997.
- GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; LARA, Lutiane de; ADEGAS, Marcos Azambuja. Políticas públicas entre o sujeito de direitos e o *homo aeconomicus*. **PSICO**. Porto Alegre, V. 41, 2010.
- HOENISCH, Júlio César Diniz. **Divã de Procusto: critérios para perícia criminal no Rio Grande do Sul**. Dissertação de Mestrado apresentado no PPGCC da PUC/RS.
- HÜNING, Simone Maria; Guareschi, Neuza; Oliven, Tamara; Reis, Carolina. Usuários do Hospital-Dia: uma discussão sobre performatividade em saúde e doença mental. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza, Vol. VIII, n. 1, mar/2008, p. 119-137.

KARAM, Maria Lúcia. **Punição do enfermo mental e violação da dignidade**. Verve, São Paulo, PUC-São Paulo, v. 2, p. 210-224, 2002.

KAYSEN, Susanna. **Garota, Interrompida**. São Paulo: Gente, 2013.

LEVI, Primo. **É isto um homem?** Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

LOMBROSO, César. **O Homem Delinqüente**. Porto Alegre: Ricardo Lenz, 2001.

LUIZI, Luiz. Prefácio. In FERRI, Enrico. **Os Criminosos na Arte e na Literatura**. 3. ed. Porto Alegre: Ricardo Lenz, 2001.

LYRA, Roberto. **Direito Penal Científico: Criminologia**. Rio de Janeiro: José Konfino, 1974.

MACHADO, Roberto. **Foucault, a Filosofia e a Literatura**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. **Foucault, a ciência e o saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e Psiquiatria: Uma Saída: Preliminares para a Desconstrução das Medidas de Segurança**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MOTTA, Manoel Barros da. Apresentação. In FOUCAULT, Michel. **Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

MERQUIOR, José Guilherme. **Michel Foucault, ou o Niilismo de Cátedra**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

NERI, Regina e CAVALCANTI, Margarida. Novas tecnologias de vigiar e punir. In MENEGAT, Marildo e NERI, Regina (org.). **Criminologia e Subjetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

NEVES, Gabriel. Manicômio ou Presídio? A Imputabilidade Penal. In CORONEL, Luiz Carlos Illafont.(org.).**Psiquiatria legal: informações científicas para o leigo**. Porto Alegre: Conceito, 2004.

PASSOS, Izabel Christina Friche. **Loucura e sociedade: discursos, práticas e significações sociais**. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2009.

_____. **Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

_____. Disciplina, biopoder e resistência em um campo regional de práticas: do asilo à psiquiatria reformada. In PASSOS, Izabel Christina Friche (org.). **Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

PAVARINI, Massimo. **Control y Dominación: teorías criminológicas burguesas y proyecto hegemónico**. Bogotá, Colombia: Siglo XXI, 1988.

PAZ, Rogério Alves da. Perícias Psiquiátricas Forenses. In Coronel, Luiz Carlos Illafont (org.). **Psiquiatria Legal**. Porto Alegre: Conceito, 2004.

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

PELLICCIOLI, Eduardo Cavalheiro e GUARESCHI, Neuza. Problematizando o Acompanhamento Terapêutico e Formas de Trabalhar na Rede Pública de Saúde. (s/d). In NASCIMENTO, Célia; LAZZAROTTO; HOENISCH, Júlio César; SILVA, Maria Cristina e MATOS, Rosangela (orgs). **Psicologia e Políticas Públicas: Experiências em Saúde Pública**. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul

PINEL, Philippe. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania (1801) (extratos sobre a mania e sobre o tratamento moral). Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [On-line] 2004, VII (Setembro).

PORTOLESE, Darcy Antonio; FIGUEIREDO, Gabriel Roberto; MASCARENHAS, Pedro. Apresentação. In **Franco Basaglia: a psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

POSTEL, Jacques e BING, François. Philippe Pinel y los “conserjes”. In ROUDINESCO, Élisabeth e outros. **Pensar la locura: ensayos sobre Michel Foucault** Buenos Aires: Paidós, 1996.

QUEIROZ, Paulo. **Direito Penal: parte geral**. 7. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

RAUTER, Cristina. Manicômios, prisões, reformas e neoliberalismo. **Discursos Sediciosos** Rio de Janeiro, V.3, 1997.

_____. **Criminologia e Subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

_____. Para além dos limites. In MENEGAT, Marildo e NERI, Regina (org.). **Criminologia e Subjetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (org.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2001.

RODRIGUES, Raimundo Nina. **As Raças Humanas**. Salvador: Livraria Progresso, s/d.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Filósofos na Tormenta: Canguilhem, Sartre, Foucault, Althusser, Deleuze e Derrida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

RUBIO, David Sanchez. *Inversión ideológica y derecho penal mínimo, decolonial, intercultural y antihegemónico*. In BORGES, Paulo César Corrêa (org.). **Leituras de um realismo jurídico-penal marginal: Homenagem a Alessandro Baratta**. São Paulo : NETPDH; Cultura Acadêmica Editora, 2012.

RUIZ, Castor Bartolomé (2012). O estado de exceção como paradigma de governo. **Cadernos Instituto Humanitas Unisinos – IHU**. São Leopoldo, V. 39, 2012.

_____. O campo: paroxismo da tanatopolítica. **Cadernos Instituto Humanitas Unisinos - IHU** São Leopoldo, V. 39, 2012.

SCISLESKI, Andrea e GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Pensando o governo: produzindo políticas de vida e de extermínio. **Athenea Digital**, V. 11, n.2, 2011, pp.85-99. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/657>, acesso em 30/07/2012).

SCISLESKI, Andrea. *Governando Vidas Matáveis: As Relações Entre a Saúde e a Justiça Dirigidas a Jovens em Conflito com a Lei*. Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Tese de Doutorado, 2010.

SILVA, Gislene Maria Barral Lima Felipe da Silva. **Olhando sobre o muro: representações de loucos na literatura brasileira contemporânea**. Programa de Pós-Graduação em Literatura do Departamento de Teoria Literária e Literaturas, do Instituto de Letras, da Universidade de Brasília. Tese de doutorado, 2008.

SILVA, Martinho Braga Batista e. **O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V. 20, n. 2, 2010, pp. 653-682.

SOUZA, Taiguara Libano Soares. *O homo sacer e o estado de exceção: reflexões agambenianas acerca da governamentalidade da segurança pública no Rio de Janeiro*. In RUIZ, Castor M. M. Bartolomé e RAMÍREZ, Manuel Fernando Quinche (comp.). **Justicia, Estados de excepción y memoria: por una justicia anamnética de las víctimas**. Bogotá: Editorial Universidad de Rosario, 2011.

SZASZ, Thomas. **A Fabricação da Loucura: Um Estudo Comparativo entre a Inquisição e o Movimento de Saúde Mental**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.

TAVARES, Gonçalo. **Jerusalém**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2006.

TAVARES, Juarez. **Teoria do Delito**. São Paulo: Estúdio, 2015.

TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário (orgs.). **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

VENTURINI, Ernesto. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo, v. 20, n. 1, p. 138-151, abr. 2010a.

_____. “O caminho dos cantos”: morar e intersetorialidade na saúde mental. **Fractal: Revista de Psicologia**, V. 22, n. 3, Set./Dez. 2010b, pp. 471-480.

VENTURINI, Ernesto; CASAGRANDE, Domenico e TORESINI, Lorenzo. **O Crime Louco**. Brasília: CFP, 2012.

WACQUANT, Loic. **Punir os Pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

WWW.STOP.OPG.IT, acesso em 14 de junho de 2015.

YOUNG, Jock. **A sociedade excludente: exclusão social, criminalidade e diferença na modernidade recente.** Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2002.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl e PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral.** 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

_____. BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. **Direito Penal Brasileiro.** vol. II, tomo I. Rio de Janeiro: Revan, 2010.