



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS – CCH
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA – DEPSI

LAISSE REGINA OLIVEIRA RIBEIRO

ÀQUELES ESQUECIDOS: reflexões acerca do encarceramento do louco infrator.

SÃO LUÍS

2020

LAISSE REGINA OLIVEIRA RIBEIRO

ÁQUELES ESQUECIDOS: reflexões acerca do encarceramento do louco infrator.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Ma Wanderlea Nazaré Bandeira Ferreira.

SÃO LUÍS

2020

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Ribeiro, Laisse Regina Oliveira.

Àqueles esquecidos : reflexões acerca do encarceramento do louco infrator / Laisse Regina Oliveira Ribeiro. - 2020.

55 f.

Orientador(a): Wanderlea Nazaré Bandeira Ferreira.
Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2020.

1. Código Penal. 2. Manicômio Judiciário. 3. Medida de Segurança. 4. Paciente Judiciário. 5. Tratamento. I. Ferreira, Wanderlea Nazaré Bandeira. II. Título.

LAISSE REGINA OLIVEIRA RIBEIRO

ÀQUELES ESQUECIDOS: reflexões acerca do encarceramento do louco infrator.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, com formação em Psicólogo.

Aprovado em: ____/____/____
Nota média: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Wanderléa Bandeira Ferreira (Orientadora)
Mestre em Psicologia Clínica
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Carlos Antônio Cardoso Filho (Examinador)
Doutor em Psicologia Social
Universidade Federal do Maranhão

Psicóloga Camila Campos Silva (Examinadora)
Especialista em Educação para a Saúde
Mestranda em Educação para a Saúde pelo Politécnico de Coimbra

A todos aqueles “Ignorados de Tal” que perderam a vida – literal e figurativamente – nos manicômios judiciários do país.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que sempre esteve comigo mesmo nos dias em que achei que não era digna de Seu amor.

A minha mãe, Ilda, que tanto abdicou de si para ser sempre pela nossa família. Meu exemplo de força, coragem e amor.

Ao meu pai, Edilton, que sempre incentivou meus estudos e me possibilitou chegar onde sempre sonhei.

Ao meu irmão, quem me ensina, desde pequena, a nunca desistir dos sonhos que carrego em meu coração e por quem nutro imenso sentimento de gratidão, orgulho e admiração.

Ao meu Henrique, que me ensinou a amar de um jeito iluminado e caloroso. Você é uma boa parte do meu coração.

A minha mãe, Tereza (*in memoriam*), que sempre cuidou tão bem de mim que me fez querer cuidar dos outros também. Sinto muita saudade todos os dias.

Aos amores:

Laryssa, minha melhor amiga desde os 10 anos, com quem sempre tenho novas aventuras para viver.

Alessandra (*in memoriam*), minha pessoa, que sempre compartilhou o amor pelos livros comigo e que me deu o privilégio de compartilhar de sua vida enquanto foi possível. Jamais vou esquecer-me de você.

Amanda, que está comigo desde um intervalo despretensioso da escola, por quem meu coração transborda afeto.

Júlia, pela amizade construída desde o primeiro dia de aula da graduação. Pela capacidade de sempre incentivar o melhor de mim sendo o melhor de si.

Apoena, pela fé que transborda os poros e me lembra do prazer de partilhar a vida com pessoas de coração tão amável.

Beatriz, pela grata surpresa de conhecer alguém tão poesia. Pela força que tem por trás de tanta doçura e paciência. Por sempre ser paz mesmo em meio ao caos.

Juliana, que me ensina todos os dias a força que uma mulher tem. Mãe, filha, amiga, aluna... todas as suas versões são uma linda inspiração.

Nicole, por ser meu exemplo de estudante dedicada e profissional humanizada, com quem aprendi a sempre decorar meus dias com esperança.

Sávia, por colorir a minha vida com sua arte e meiguice.

Polyanna, pela companhia que sempre fora tão intensa e cuidadosa, de um jeito que só nós duas podemos entender.

Natassia, Nathália e Fillipe, que compartilharam essa graduação comigo e sempre foram tão disponíveis em ser ajuda e transformar meus dias com piadas e risos.

Victor, quem me ajudou com o abstract, e sempre esteve em uma posição privilegiada em meu coração desde 2012.

Às professoras:

Wanda, que sempre foi sinônimo de afeto e luz desde o 3º período da graduação, vindo a ser minha companhia no estágio e na orientação deste trabalho.

Maria Luiza, um exemplo de mulher e profissional, com quem tive a oportunidade de aprender a ser uma melhor versão de mim.

Larissa, que marcou minha formação e minha vida tão positivamente que não encontro palavras.

Àqueles que também estiveram comigo em todo meu processo de doença esse ano e que cuidaram tão bem de mim que pude concluir essa fase do jeito que eu sempre quis: Ana Célia, Jovane, Hildilene, Célia, Paulo e Mauro.

Obrigada por todo amor e por toda a ajuda.

RESUMO

A reclusão da loucura a lugares de estigma e violência, sejam eles literais ou figurados, ainda se mantém em voga. A construção dos Manicômios Judiciários, hoje chamados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, demarca o lugar conferido ao personagem do louco infrator, que fica duplamente à margem da sociedade, tanto por sua violação ao Código Penal, quanto por sua violação à ordem moral. Ademais, invisível aos olhos da sociedade, é submetido a processos e tratamentos degradantes, sofrendo constantes violações de direitos básicos e, indo na contramão do estabelecido pelo Estado, sendo, por vezes, submetido à prisão perpétua, pois o caráter indeterminado da Medida de Segurança atribuí ao paciente judiciário o peso de talvez nunca mais vir a ser reinserido em seu meio social. Inalcançados pela Saúde, os presos-pacientes ficam à mercê das Secretarias de Segurança ou de Administração Penitenciária, fato que confere às internações em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico um caráter muito mais próximo da punição que do tratamento. A presente pesquisa propõe-se a analisar o processo de marginalização e invisibilidade do louco infrator diante do Código Penal brasileiro e da Lei 10.216/2001, bem como conhecer de que forma o Código Penal brasileiro e a Lei de Execução Penal atuam nos casos de medida de segurança contra um inimputável ou semi-imputável; identificar os avanços e retrocessos no cuidado ao paciente psiquiátrico a partir da Lei 10.216/2001 e refletir de que forma está se dando o tratamento-custódia de pacientes judiciários no país. Trata-se de uma revisão bibliográfica que contempla a temática abordada, apoiando-se por uma análise de viés qualitativo dos dados encontrados, para compreender o fenômeno escolhido para investigação. Assim, conclui-se que não somente ocorre um processo de marginalização e invisibilidade das pessoas com transtornos psiquiátricos em conflito com a lei, como também esses processos são endossados pelo Estado e pela sociedade brasileira, que se omite diante dos maus tratos dispensados a essa população.

Palavras-chave: Medida de Segurança; Manicômio Judiciário; Tratamento; Paciente Judiciário; Código Penal.

ABSTRACT

The seclusion of madness to places of stigma and violence, whether literal or figurative, is still in vogue. The construction of the Judicial Asylums, now called Hospitals of Custody and Psychiatric Treatment, marks the place given to the character of the crazy offender, who is doubly on the fringes of society, both for his violation of the Penal Code and for his violation of the moral order. Moreover, invisible to the eyes of society, the individual is subjected to degrading processes and treatments, suffering constant violations of basic rights and sometimes subjected to life imprisonment, which is contrary to what is established by the State, since the undetermined character of the Security Measure gives the judiciary patient the weight of perhaps never being reinserted in his or her social environment. Unreached by Health, prisoners are at the mercy of the Secretaries of Security or Penitentiary Administration, a fact which confers on hospitalizations in Custody and Psychiatric Treatment Establishments much closer to punishment than to treatment. This research proposes to analyze the process of marginalization and invisibility of the insane violator before the Brazilian Penal Code and Law 10.216/2001, as well as to know how the Brazilian Penal Code and the Law of Penal Execution act in the cases of security measures against an unimputable or semi-imputable; identify the advances and setbacks in the care of psychiatric patients from Law 10.216/2001 and reflect how the custody treatment of judicial patients in the country is taking place. It is a bibliographic review that contemplates the thematic approached, supported by a qualitative bias analysis of the data found, to understand the phenomenon chosen for investigation. Thus, it is concluded that not only is there a process of marginalization and invisibility of people with psychiatric disorders in conflict with the law, but also these processes are endorsed by the State and Brazilian society, which omits the ill treatment of this population.

Keywords: Security Measure; Judicial Asylums; Treatments; Judiciary Patient; Penal Code.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATP Ala de Tratamento Psiquiátrico

CID Classificação Internacional de Doenças

CP Código Penal

DEPEN Departamento Penitenciário Nacional

DSM Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECTP Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HCTP Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

IFOPEN Sistema de Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário Brasileiro

LEP Lei de Execução Penal

MTSM Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

ONU Organização das Nações Unidas

OMS Organização Mundial da Saúde

PAILI Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

UFMA Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 METODOLOGIA.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 QUEM É O LOUCO: A HISTÓRIA DA EXCLUSÃO.....	17
3.2 “OS CRIMINOSOS LOUCOS DE TODO GÊNERO” SÃO INIMPUTÁVEIS: O QUE É A MEDIDA DE SEGURANÇA	26
3.3 AUSÊNCIA DO DIREITO DE TER DIREITOS: VIOLAÇÕES EM ECTPS	34
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

Em 2013, conheci o livro-reportagem da jornalista Daniela Arbex (2013) intitulado “Holocausto brasileiro”. Lembro-me do horror desperto desde a primeira leitura. Ao longo dos anos, reli outras inúmeras vezes, ora por tentar, outra vez, entender e digerir tantas informações amargas, ora por não conseguir acreditar no que havia lido. O livro entrou para a minha estante antes mesmo de eu ter passado no vestibular, antes de imaginar que um dia iria fazer parte do referencial do meu trabalho de conclusão de curso.

A escolha de um tema tão árido e difícil quanto o combo violência e loucura parece-me tão necessária quando houve, em território nacional, o assassinato de pelo menos 60 mil pessoas dentro dos muros do Colônia. O conhecido hospital de Barbacena fora palco de inúmeras violações de direitos assegurados pela Constituição de 1988, violações estas sustentadas, inclusive, com a conivência do Estado brasileiro, de médicos, funcionários e também da população, pois como cita Arbex (2013, p.14) “nenhuma violação dos direitos humanos mais básicos se sustenta tanto tempo sem a omissão da sociedade”.

Ademais, diante de vivências possibilitadas pela academia, encontrei-me em determinado momento dentro de uma Ala de Tratamento Psiquiátrico do hospital referência em psiquiatria do Estado de Maranhão abarrotada de pacientes, em clara superlotação, sem as mínimas condições de infraestrutura, de higiene e de vida.

A fim de problematizar a existência dos, hoje, chamados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), encontrei o eixo central do meu trabalho: há um processo de marginalização e invisibilidade dos pacientes judiciários em cumprimento de medida de segurança? Norteando-me através desse questionamento, busquei em bancos de publicações acadêmicas, dissertações e teses trabalhos que discutissem essa temática a fim de construir, a partir de outras produções, novas considerações acerca do encarceramento do dito “louco infrator”.

Para tal, a partir de obras clássicas e atuais, recortei temas que pudessem contribuir com meu trabalho, passando por Michael Foucault e “História da Loucura da Idade Clássica” (1972); Paulo Amarante e “Saúde Mental e Atenção psicossocial” (2007); Débora Diniz (2013) e “Custódia e Tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011”; relatórios produzidos pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Federal de Psicologia acerca de inspeções em manicômios judiciários (2015), além de obras filtradas através de descritores “medida de segurança”, “pacientes judiciários”, “hospitais de custódia e tratamento” e “Psicologia e Direito Penal” em bases acadêmicas de dados.

Ao longo de anos, mudou-se o panorama de cuidado dos pacientes psiquiátricos, mas parecem ter esquecido que o cuidado dos pacientes judiciários precisa de um olhar não mais atento, mas especial, pois estamos falando de uma pessoa que é duplamente rejeitada. Primeiro, por sua loucura, que sempre fora rechaçada socialmente; e segundo, por sua periculosidade, que é vista por muitos como infinita e incurável.

Diante dessa questão, faz-se necessário tecer na seção I um apanhado histórico acerca da loucura, desde suas primeiras leituras até os dias atuais. Para isso, debruça-se sobre a literatura foucaultiana. Posterior a esse momento, discute-se sobre o lugar confinado à loucura através dos escritos de Brasil (2005) e Amarante (2007) e à loucura criminosa, utilizando dados levantados por Carrara (2010), Diniz (2013), Fonte (2013), Arbex (2013), Costa (2015), CFP (2015), além de discutir sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a criação dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs).

Há 18 anos foi aprovada a Lei 10.216/2001, que regulamenta a progressiva substituição do modelo hospitalocêntrico de cuidado ao paciente psiquiátrico por uma rede de atenção psicossocial humanizada e com o foco na desinstitucionalização (AMARANTE, 2007).

Sabe-se, entretanto, que esse processo de substituição é lento e que, apesar dos esforços de inúmeros profissionais envolvidos com a Saúde Mental, ainda é possível encontrar quem separe entre úteis e não úteis, socialmente desejáveis ou indesejáveis aquelas pessoas rotuladas por algum tipo de transtorno, síndrome ou doença mental.

Por volta da década de 70/80, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) esforçou-se em denunciar os abusos ocorridos dentro dos manicômios, sendo eles a violência, o processo de mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência em detrimento da pública, além de apontar para uma necessidade urgente de superação do modelo hospitalocêntrico e asilar do cuidado de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Vê-se diante da necessidade de reconfigurar nosso modo de cuidar, tornando-o mais humanizado e condizente com um trabalho que respeita a pessoa com transtornos mentais, pois entendemo-la antes de tudo como pessoa, e não como seu adoecimento, tampouco seu crime.

Se as condições dos manicômios por si só já eram tão precárias, o cuidado com o paciente judiciário sempre fora tão ou mais ainda delicado e deficitário. Renegados duplamente, eles não foram alcançados pela Lei Antimanicomial, ficando sob a proteção da

Justiça. Sabe-se, entretanto, que essa Justiça falha em cuidar, tratar e libertar (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2005; CFP, 2015).

O “Relatório Brasil”, documento apresentado em 2015 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), denunciou graves violações aos direitos dos internos de “18 instituições onde havia cumprimento/execução de Medida de Segurança de pacientes judiciários ou portadores de sofrimento mental em conflito com a lei” (CFP, 2015, p.15).

Para entender essa dinâmica, concatenamos na seção II os mecanismos legais envolvidos nos processos de instituição e aplicação da Medida de Segurança, responsável por confiar ao “louco criminoso” seu lugar no mundo, pois, nas palavras de Costa (2015, p.54), “faz-se indispensável uma revisão no arcabouço legislativo que lhe deu origem e a mantém” a fim de desvelar as consequências de sua existência para àqueles que foram, são e serão submetidos a ela.

Ademais, a partir da análise dos materiais acadêmicos coletados, tece-se na seção III um fio explicativo acerca dos achados, das denúncias e das violações encontradas dentro dos ECTPs do país, a fim, inclusive, de justificar a necessidade de mais discussões e ações direcionadas à assistência dessa população “Ignorada de tal” (ARBEX, 2013, p.13).

Este trabalho busca analisar o processo de marginalização e invisibilidade do louco infrator diante do Código Penal brasileiro e da Lei 10.216/2001, bem como conhecer de que maneira o Código Penal brasileiro e a Lei de Execução Penal atuam nos casos de medida de segurança contra um inimputável ou semi-imputável; identificar os avanços e retrocessos no cuidado ao paciente psiquiátrico a partir da Lei 10.216/2001 e refletir de que forma está se dando o tratamento-custódia de pacientes judiciários no país.

Apesar de derivar de um desejo particular da pesquisadora, a escolha dessa temática também fora atravessada por uma preocupação genuína para com essa população. O horror e a angústia gerada pelas inúmeras leituras, documentários e reportagens de TV fizeram-me entender que falar dessa e para essa população significa endereçar o sentido da minha formação em Psicologia em função do social. Inquietou-me que tão poucas vezes tenha-se discutido acerca dessa população durante a graduação, endossando, outra vez, a alcunha que Arbex (2013) já havia destinado a ela, os “Ignorados de tal”.

Entendo como um trabalho necessário para que possamos discutir; dar visibilidade aos que parecem ter sido abandonados pelo Estado, pela saúde e por quem mais passou por eles e não lhes deu voz; necessário para que possamos questionar o sistema que lhes isola e estigmatiza duplamente, pois carregam o fardo de ser à margem da lei enquanto violadores do Código Penal, e à margem da sociedade, enquanto perturbadores da ordem moral.

Como apontado por Diniz (2013), apesar de já estarem em funcionamento há quase um século, somente uma vez se produziu uma pesquisa que abrangesse toda a população dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) espalhados por todo o território nacional, e pouco se produziu, de forma geral, a respeito do tema. Há, inclusive, bancos de dados que não têm armazenado nenhum tipo de produção acadêmica acerca dessa população. Fonteles et al (2009) salientam a importância de uma pesquisa justificar sua relevância, sendo capaz de gerar frutos e “respostas que poderão contribuir para os avanços científico e tecnológico, de tal modo que possa influenciar em futuras decisões no âmbito do desenvolvimento social” (p.4).

Desejo que minha pesquisa possa levantar questionamentos acerca do “destratamento” ofertado a população dos ECTPs e que minha escrita possa despertar o interesse de todas as pessoas que possam vir a cruzar com ela, ainda que não sejam profissionais da Psicologia ou da Saúde, mas, especialmente, que um dia chegue às mãos de uma família e de algum paciente judiciário, para que percebam que há quem os perceba não enquanto apenas números e estatísticas, mas como pessoas que merecem contar suas histórias e tê-las ouvidas.

Portanto, essa pesquisa se propõe a ser realizada a partir de uma revisão bibliográfica que contempla a temática abordada, apoiada por uma análise de viés qualitativo dos dados encontrados, com base numa perspectiva sócio-política para compreender o fenômeno escolhido para investigação. O levantamento bibliográfico foi realizado através das bases de dados como Scielo e Pepsic com os descritores: “medida de segurança”, “pacientes judiciários”, “hospitais de custódia e tratamento” e “código penal”, além de acervos teóricos sobre a loucura e o Direito Penal brasileiro. Utilizou-se como parâmetro temporal o período compreendido entre 2001, ano de sanção da Lei nº 10.216/2001, e o ano atual.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa realizada com o fim de ser apresentada como trabalho de conclusão de curso apoia-se em uma análise de viés qualitativo, a partir de uma revisão bibliográfica acerca da temática abordada, utilizando como parâmetro temporal o período compreendido entre 2001, ano de sanção da Lei nº 10.216/2001, e o ano atual.

Problematizando-se o *destratamento* reservado aos pacientes judiciários no Brasil, este trabalho busca analisar o processo de marginalização e invisibilidade do louco infrator diante do Código Penal brasileiro e da Lei 10.216/2001, bem como conhecer de que maneira o Código Penal brasileiro e a Lei de Execução Penal atuam nos casos de medida de segurança contra um inimputável ou semi-imputável; identificar os avanços e retrocessos no cuidado ao paciente psiquiátrico a partir da Lei 10.216/2001 e refletir de que forma está se dando o tratamento-custódia de pacientes judiciários no país.

A utilização do método qualitativo justifica-se por se compreender que o fenômeno social em questão estabelece correlações dinâmicas e complexas, situando-se ao longo de séculos, sendo atravessado constantemente por questões políticas, morais e socioculturais em voga a cada momento da história. Dessa forma, entende-se ser impossível quantificar essas correlações, logo, a modalidade de pesquisa mais coerente com o objetivo do trabalho fora a qualitativa, visto que é entendida por Fontelles et al (2009) como

o tipo de pesquisa apropriada para quem busca o entendimento de fenômenos complexos específicos, em profundidade, de natureza social e cultural, mediante descrições, interpretações e comparações, sem considerar os seus aspectos numéricos em termos de regras matemáticas e estatísticas (p.6).

Diante dessa definição, compreende-se que a pesquisa quantitativa, que trabalha com variáveis expressas em forma de dados numéricos e estatísticos, não conseguiria sustentar a análise de um fenômeno social como o encarceramento de pessoas com transtornos psiquiátricos, vide que o objetivo do trabalho não fora quantificar a população dos ECTPs, mas entender de que forma essa privação de liberdade impacta em suas possibilidades de existir no mundo.

Esta pesquisa se sustenta a partir de uma extensa revisão bibliográfica, que se caracteriza pela avaliação atenta e sistemática de livros, periódicos, documentos, textos, mapas, fotos, manuscritos e de materiais disponibilizados na internet, em suma, materiais que já foram publicados, a fim de problematizar o que já fora escrito e tecer novas considerações acerca deste fenômeno (FONTELLES et al, 2009).

Segundo Fontelles et al (2009) e Lakatos e Marconi (2003), a pesquisa bibliográfica passa por oito fases: a escolha do tema, o planejamento da investigação, a identificação, a localização, a compilação, o fichamento, a análise e interpretação e a redação do relatório final da pesquisa.

No primeiro momento, a temática a ser desenvolvida foi escolhida utilizando-se como base o interesse da pesquisadora e a compreensão de que a problemática levantada se confirma como possível e necessária para uma investigação científica. Posteriormente, planejou-se as etapas da pesquisa, de modo que possibilitasse a conclusão desta em tempo hábil.

O terceiro momento foi o de levantamento bibliográfico, seguido da fase de localização de obras realizado através das bases de dados como Scielo e Pepsic com os descritores “medida de segurança”, “pacientes judiciários”, “hospitais de custódia e tratamento” e “código penal”, além de acervos teóricos clássicos acerca da psiquiatria, saúde mental e encarceramento.

Tanto a compilação quanto o fichamento foram feitos concomitantemente com as fases de identificação e localização. Por fim, a análise e compreensão do conteúdo e a redação da pesquisa foram trabalhadas conjuntamente.

Pretende-se, a fim de cumprir com a função social da pesquisa (FONTELLES et al, 2009), publicar os resultados deste trabalho, a fim de contribuir para o desenvolvimento da ciência no país.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 QUEM É O LOUCO: A HISTÓRIA DA EXCLUSÃO

Em “História da Loucura na Idade Clássica”, Foucault (1978) escreveu sobre as formas de exclusão vivenciadas pelos leprosos da Idade Medieval, mas logo salienta que, quando desaparecida a lepra, as estruturas de contenção desse doente – aqueles hospitais que os escondiam do mundo – permaneceram esperando seu próximo herdeiro. Apesar de em um dado momento se pensar que as doenças venéreas assumiriam esse posto, logo elas passaram a ser tratadas como outra doença qualquer. Ficou, então, uma lacuna de dois séculos até que, finalmente, se encontrasse uma nova função para esses espaços: a contenção da loucura (FOUCAULT, 1978).

O autor citado acima pontua que a loucura fora renegada desde então. Os valores e imagens atribuídas ao leproso e o sentido produzido por sua exclusão do seu grupo social foram deslocados para o personagem do louco, para quem foi destinada a Nau dos Loucos, que recolhia todos aqueles que desafiavam a ordem social. Eram eles “os ávaros, os delatores, os bêbados. São os que se entregam à desordem e à devassidão; os que interpretam mal as Escrituras, os que praticam o adultério” (p.30).

As Naus eram barcos que levavam os insanos de um lado para o outro, expurgando-os de suas cidades natais. Segundo Foucault (1978), “os loucos tinham uma existência facilmente errante” (p.13), pois as cidades os escorraçavam de seus muros, fazendo-os percorrer caminhos a fora, pois não eram bem quistos ali, portanto, frequentes eram as atracções dessas naus nos portos da Europa.

Entretanto, sofreu grande transformação a partir do século XVII, passando a ser lida por Foucault – lida, não definida, haja vista que não parece ser essa a sua intenção – como a forma a qual sociedade a experimenta, de que modo vivencia essa relação com ela (PROVIDELLO; YASUI, 2013).

Já no século XXI, a loucura é conceituada pelo Dicionário Aurélio (2010) como “alienação mental; insensatez; imprudência; extravagância; doidice, ato descontrolado ou irrefletido”, a loucura já fora lida como uma representação mística, uma manifestação sobrenatural motivada por deuses e demônios; era, a essa época, identificada pela influência de ideologias religiosas e “pela força dos preconceitos sagrados” segundo Milani e Valente (2008, p.2).

Pode-se, então, entender a loucura como um produto da sociedade, alocada em um determinado espaço e tempo, influenciada por questões morais caros para a mesma.

Corroborando com essa ideia, Costa (2015) afirma que a loucura é um conceito socialmente construído tanto que, sendo variável espaço-temporalmente, suas definições podem vir a mudar e novos transtornos constantemente surgem e são inseridos no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID).

É necessário que se volte no tempo e se entenda que o ano de 1656 é aquele que marca o início do Hospital Geral, instituído pelo então Rei da França, responsável, na concepção de Michael Foucault, como de fundamental importância para a definição do novo ‘lugar social’ do louco e da loucura na sociedade ocidental. Passa a ser o Hospital Geral o responsável por recolher, alojar e alimentar aqueles que, por ordem judicial ou por espontânea vontade, tiveram seus destinos selados a partir de seu adoecimento psíquico (PROVIDELLO; YASUI, 2013; AMARANTE, 2007).

No Brasil, a loucura só veio a ser objeto de intervenção por parte do Estado no início do século XIX, com a chegada da Família Real, depois de ter sido ignorada por quase trezentos anos segundo Fonte (2013). A autora escreve que “em 1830, a recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia lança uma nova palavra de ordem: ‘aos loucos o hospício’” (p.4).

Nesse contexto, o hospício, já consolidado como a principal forma de tratamento terapêutico aos loucos, firma-se como “[...] exigência de uma crítica higiênica e disciplinar às instituições de enclausuramento e ao perigo presente em uma população que começa a ser percebida como desviante, a partir de critérios que a própria medicina social estabelece” (FONTE, 2013, p.4).

A partir de tais critérios pré-estabelecidos, justifica-se ser mais seguro manter os desviantes algemados, trancafiados, apartados do convívio social, pois se sustenta a ideia de que eles, perigosos e instáveis, põem em risco a segurança dos outros (COSTA, 2015). Surgem, então, os hospitais psiquiátricos no Brasil.

Em 1852 foi inaugurado o Hospício de Pedro II, a primeira instituição dessa natureza a funcionar no país, com o objetivo de abrigar os alienados¹ da Corte e demais províncias do Império, sendo, inclusive, baseado quase integralmente no modelo francês segundo Amarante (2007).

¹ Os alienados eram aqueles caracterizados pela falta do pleno domínio das faculdades mentais, estando, portanto. “Os ‘alienados’, no sentido de Pinel, designavam, sobretudo, aqueles que não tinham outro lugar senão às margens da sociedade, isto é, aqueles que resistiam a, ou que não tinham as condições necessárias para ‘alienarse’, no sentido de Rousseau, ao pacto social” (POLI, 2005, p.136).

Predominou desde então o modelo asilar de cuidado, caracterizado por longas internações nos grandes manicômios, com ênfase na medicalização e na contenção da expressão da loucura. Os dados históricos, contados não somente a partir de literatura acadêmica, mas também pelos ex-internos dos hospitais psiquiátricos do país, revelam horrores. Uma realidade atroz que se manteve por anos em funcionamento com a conivência do Estado (ARBEX, 2013).

Um grande exemplo é o Manicômio de Barbacena, que virou cenário para o documentário e livro-reportagem produzido pela jornalista Daniela Arbex² em 2013. “Holocausto brasileiro” narra as histórias de Maria de Jesus, Antônio da Silva, Antônio Gomes da Silva e tantos outros Antônio e Marias que (sobre)viveram no e ao Hospital Colônia de Barbacena, considerado o maior hospício do país, tendo chegado a abrigar em seu período mais crítico cerca de 5000 pessoas, quando havia sido projetado para comportar apenas 200 (ARBEX, 2013).

Os relatos trazidos pela autora são reais, ouvidos de sobreviventes do Colônia, mas também de outros inúmeros profissionais que por ali passaram. As denúncias envolvem internações à força, ausência de alimentação, vestimentas e condições mínimas de infraestrutura e de vida. Adoeciam, morriam de choque. Quando mortos, tinham seus corpos vendidos para faculdades de medicina do país – ao todo, foram 17 instituições comprando peças anatômicas irregularmente, sem que ninguém questionasse – “nada se perdia, exceto a vida” (ARBEX, 2013, p.14).

“Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo – e também de invisibilidade”, escrevera Daniela Arbex (2013, p.14). Bebês foram roubados de suas mães, por vezes estupradas dentro do próprio Colônia. A realidade dura não era apenas no Colônia, outras vezes foram registrados abusos cometidos em outros hospícios ao redor do país, tal qual explana Débora Diniz em seu filme intitulado “A Casa dos Mortos” (2009). Ademais, abusos também foram relatados no relatório “Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas” (2005).

Apesar das constantes violações de direitos e da sensação de que era impossível superar esse modelo, viu-se surgir movimentos de reformulação da assistência psiquiátrica ao redor do mundo. Eram movimentos de ruptura com a psiquiatria vigente, com iniciativas que reivindicavam a modificação das realidades asilares ainda em prática (PEREIRA, 2008).

² Jornalista e escritora brasileira.

Em solo brasileiro, viu-se emergir, em meados dos anos 70, a nossa Luta Antimanicomial através das ações do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que denunciavam a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência e apontavam para uma necessidade urgente de superação do modelo hospitalocêntrico e asilar do cuidado de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Os ideais da experiência italiana³ de desinstitucionalização em psiquiatria parecem dar aos militantes brasileiros esperanças de um rompimento total com práticas manicomiais e asilares. Sonhava-se com a superação do isolamento como forma de tratar aqueles mentalmente instáveis, pois já se desacreditava da lógica “aos loucos o hospício” (FONTE, 2013, p.4).

Segundo Amarante (2007), o descontentamento com as práticas asilares se fez presente muito antes de se pensar que era possível superá-las. As constantes violações contra os pacientes internados, a enorme dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade, e “as evidentes funções sociais (ainda) cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população” (p.38) minaram a credibilidade do hospital psiquiátrico.

Para Arbex (2013), somente em 1980, tendo os primeiros ventos da reforma psiquiátrica brasileira começado a soprar, é que foi possível que “os gemidos de desengano fossem sendo substituídos por alguma esperança” em Barbacena (p.26).

Nesse contexto passam a surgir, por volta da década de 80, as primeiras propostas para a reorientação da assistência em saúde mental. Um exemplo fora o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), realizado em 1987, que teve como lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Outros grandes eventos foram realizados na sequência. Destaca-se o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país e, no mesmo período, foram implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos (BRASIL, 2005).

Ergue-se, então, a primeira demonstração de que a Reforma Psiquiátrica era possível; que era possível a partir da “a construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico” (BRASIL, 2005, p.7).

De acordo com Bessa (2012),

³ Focou-se no embate político. A desinstitucionalização italiana tem como forte marca a radicalidade. Previa mudanças como “a desativação progressiva de todos os hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços regionais; a transformação dos antigos manicômios em hospitais gerais; a eliminação da custódia, assegurando a proteção e a administração judicial de bens e a restituição do direito constitucional de voto ao portador de enfermidade mental” (YASSUI; 2011; p.587).

no Brasil ao final dos anos 1980, o processo de redemocratização e as pressões dos movimentos sociais associadas à luta pelos direitos humanos, levaram à construção da Reforma Psiquiátrica, que obteve sucesso na consolidação de uma nova Política de Saúde Mental (BESSA, 2012, p.216).

Foi necessário, entretanto, que muitos anos se passassem até que fosse, de fato, instituído o marco legal da nossa reforma. Em 2019, completa-se apenas 18 anos da aprovação da Lei nº 10.216/2001 do então deputado Paulo Delgado (PT/MG)⁴, que propunha a regulamentação das práticas em Saúde Mental, garantindo o respeito aos direitos da pessoa com transtornos mentais e a progressiva extinção dos manicômios no país (BRASIL, 2005).

Fato é que o seu projeto de lei entrou em tramitação no congresso em 1989, 12 anos antes de sua promulgação pelo, à época, presidente Fernando Henrique Cardoso⁵. Entende-se, portanto, que o processo de mudança do modelo assistencial em saúde mental foi longo. Além disso, o texto original da lei sofrera várias modificações ao longo da tramitação (BRASIL, 2005).

Marco de um modelo humanizado, a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica), tem como diretriz a reformulação do modelo de atenção à saúde mental, de modo a transferir o foco do tratamento, que antes se concentrava em uma lógica hospitalocêntrica, para uma rede de atenção psicossocial, que se estrutura em unidades de serviços comunitários e abertos (PAILI, 2013).

A Lei federal foi responsável pelo redirecionamento da assistência em saúde mental, com ênfase no oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, além de dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Fato é que apesar de representar avanços, ainda não fora capaz de instituir mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2005).

Seu texto afirma que

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

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

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

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

⁴ Professor, sociólogo e político brasileiro.

⁵ Sociólogo, cientista político, professor universitário, escritor e político brasileiro, foi o 34º presidente da República Federativa do Brasil no período de 1995 a 2003.

- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Haja vista, a lei assegura que os direitos básicos humanos serão respeitados, estabelecendo-se como marco de um cuidado que difere daquele asilar, que condenou à morte vários internos do Hospital Colônia de Barbacena.

Porém, para tornar real o oferecimento de um atendimento humanizado, pautado pelos ideais da nova lei, fora necessária a instituição de programas que propiciassem a desinstitucionalização de pacientes que já estavam há anos sob o “cuidado” do modelo hospitalocêntrico (AMARANTE, 2007; BESSA, 2012).

Tem-se, então, o surgimento do Programa de Volta para Casa, a expansão de serviços como os CAPS e as Residências Terapêuticas, a criação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH). Foram essas iniciativas que puderam fazer o embrião de uma nova perspectiva de cuidado germinar, indo em direção à redução de milhares de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005).

O principal objetivo da nossa reforma, entretanto, parece ser alcançar a completa desinstitucionalização de pessoas que perderam parte – ou quase toda ela – da vida trancafiados em instituições que desrespeitavam todos os direitos básicos de um cidadão.

Segunda Bessa (2012),

a desinstitucionalização repercutiu na conseqüente redução das internações nos manicômios e a desconstrução do modelo hospitalocêntrico da psiquiatria como sinônimo de exclusão e violência institucional, bem como a criação de um novo lugar social para a loucura, dando ao portador de transtorno psíquico a possibilidade do exercício de sua cidadania (BESSA, 2012, p.216).

O que se pode entender é que Bessa (2012) salienta que não podemos, contudo, pensar que basta a desinstitucionalização, ou seja, somente a retirada dessas pessoas de ambientes asilares. Faz-se necessário dar a elas a possibilidade de se rearranjarem no mundo, assumindo o lugar que lhes fora negado, o de cidadão. É preciso dar subsídios para que elas se reinsiram socialmente, potencializando a rede de relações do sujeito, “através do resgate da noção de complexidade do fenômeno humano e reafirmação da capacidade de contratualidade

do sujeito” (p.217) a fim de criar um ambiente favorável para que possa ter o suporte necessário para reinscrever-se no mundo como ator social.

Apesar de ter conseguido alavancar inúmeros progressos, a Reforma Psiquiátrica brasileira não conseguiu alcançar um ambiente, aquele que mescla características de duas das maiores instituições de controle do sujeito da nossa sociedade: os manicômios judiciários.

Produto da convergência entre a Psiquiatria e o Direito Penal, atualmente chamada de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, essa instituição ainda se mantém com características asilares e, segundo CFP (2015), se vale

do aprisionamento para ser ainda pior que um manicômio. Por outro lado, uma prisão que se reveste do discurso da tutela sanitária para ser ainda mais eficaz na perpetuação do isolamento e da mortificação do sujeito em conflito com a lei – muito além do que hoje a Lei permite a uma prisão (CFP, 2015, p.7).

Historicamente, pessoas que “precisavam” ser afastadas do convívio social eram enviadas para verdadeiros depósitos de gente para que ficassem isoladas. Essa prática ainda se mantém, mas agora de forma legítima, pois se antes os manicômios judiciários não existiam, há décadas eles se estruturam como prisões perpétuas com a conivência da Justiça e das famílias (CFP, 2015).

Voltemos um pouco em nossa narrativa a fim de entendermos o surgimento dos Manicômios Judiciários em contexto mundial e brasileiro.

Carrara (2010) aponta ter sido a Inglaterra a primeira nação a se preocupar com a instituição para a qual seriam encaminhados os delinquentes alienados do país, a prisão Broadmoor, inaugurada em 1863. Segundo o autor, antes da Inglaterra, os Estados Unidos da América e a França haviam providenciado apenas anexos especiais em alguns presídios para a reclusão e tratamento dos mesmos, fossem eles previamente loucos ou tendo enlouquecido já na prisão.

No panorama brasileiro, o Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903 reorganizou a assistência médico legal aos alienados e estabeleceu, segundo Carrara (2010), que “cada estado deveria reunir recursos para a construção de manicômios judiciários e que, enquanto tais estabelecimentos não existissem, deviam ser construídos anexos especiais aos asilos públicos para o seu recolhimento” (p.17).

Segundo o autor, a partir desta legislação, criou-se no Hospício Nacional de Alienados, localizado no Rio de Janeiro, uma seção especial para abrigar os “loucos

criminosos” a ser batizada de “Seção Lombroso”, em homenagem ao psiquiatra César Lombroso⁶ (CARRARA, 2010).

Somente em 1921 viu-se erigir em solo brasileiro a primeira instituição inteiramente destinada ao fim de abrigar os alienados criminosos, o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, tendo sua direção entregue a Heitor Pereira Carrilho⁷, que antes chefiava a Seção Lombroso (CARRARA, 2010). Essa nova instituição é lida por Diniz e Brito (2016) como um desdobramento institucional do modelo tradicional do hospício, “mas tendo a anormalidade e o perigo como categorias-chave” (p.114).

Para os manicômios judiciários passaram a ir aqueles que recebiam a aplicação de medidas de segurança, uma nova modalidade de ação penal como alternativa para possibilitar ao direito penal um espaço de atuação frente aos irresponsáveis e "semi-responsáveis", inimputáveis e semi-imputáveis, que, com base no código anterior ao de 1940, estavam fora do âmbito das sanções penais⁸ (PERES; NERY FILHO, 2002).

Para Carrara (2010),

os manicômios judiciários são instituições complexas, que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas - o asilo de alienados e a prisão - e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que “perseguem” a todos: o criminoso e o louco (p17).

Essas instituições representam, então, o lugar que fora confiado para a realocação dessa população que, ainda que carcerária, não poderia conviver com os outros encarcerados das prisões comuns, segundo o Decreto nº1.132/1903. Poder-se-ia entender que, haja vista que lhe fora reservado um “lugar especial”, os ditos alienados criminosos poderiam usufruir de tratamento adequado, mas não fora isso que aconteceu, tendo Carrara (2010) escrito que

desde a primeira visita que fiz então ao manicômio judiciário do Rio de Janeiro (daqui em diante, apenas MJHC), tive a impressão (dessas tão caras à antropologia) de estar entrando em uma instituição híbrida e contraditória, de difícil definição. Além disso, o MJHC me parecia totalmente incapaz de atingir os objetivos terapêuticos a que se propunha (p.17-18).

Diniz (2013) ressalta que em quase 100 anos da história dos manicômios judiciários no Brasil, jamais havia se realizado a contagem nacional desses indivíduos, trabalho ao qual

⁶ Psiquiatra, cirurgião, higienista, criminologista, antropólogo e cientista italiano, conhecido por ser o principal fundador da Escola Positiva, ao lado de Enrico Ferri e Raffaele Garofal. Sua contribuição mais importante para a Criminologia foi a elaboração da teoria sobre o “homem delinquente” (MENEZES, 201?)

⁷ Médico psiquiatra e professor brasileiro, foi um dos principais defensores da inauguração do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (CARRARA, 2010).

⁸ Caracterizam-se como a condenação dada àquele que infringe alguma norma estabelecida em lei, ou seja, comete um ato ilícito. A sanção penal somente é determinada quando o infrator passa por um processo de julgamento. No Brasil, há três tipos possíveis de sanções penais: restritivas de liberdade, restritivas de direitos ou de multa (CP, 1940; LHACER, 2015).

se dedicou durante um ano quando o Departamento Penitenciário Nacional (Depen), do Ministério da Justiça, celebrou em 2009 um Termo de Convênio com a Anis — Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero — para a realização de um estudo censitário da população que vivia em todos os ECTPs (Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico) do país.

Antes desse trabalho, somente havia sido realizados estudos e levantamentos censitários a níveis locais ou em unidades específicas, não sendo, portanto, possível generalizar dados a nível nacional, tampouco traçar um retrato que fosse fiel a todos os 3.989 homens e mulheres que, à época de 2011, ocupavam os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou Alas Psiquiátricas em presídios do país (DINIZ, 2013).

Diniz (2013) critica a ausência de informações precisas e a nível nacional acerca da população alocada em HCTPs ou ATPs, pois afirma que o fato de informações sobre o perfil socioeconômico, as infrações, os diagnósticos, as trajetórias penais e os itinerários jurídicos das pessoas em medida de segurança no país ser pouco ou nada conhecidos se coloca como “um obstáculo para o planejamento e aperfeiçoamento das políticas penitenciárias e de assistência em saúde mental voltadas à população em medida de segurança” (p.11). Esse fato corrobora ainda a relevância social dessa pesquisa.

Os dados trazidos por Diniz (2013) apontam a existência de 26 (vinte e seis) ECTPs no país, sendo 23 (vinte e três) Hospitais de Custódia e tratamento Psiquiátrico HCTPs e 3 (três) Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) localizadas em presídios ou penitenciárias. Segundo a autora, as regiões Sudeste e Nordeste concentram a maioria dos ECTPs, sendo 38% (10) dos ECTPs no Sudeste e 31% (8) no Nordeste. Havia 12% (3) dos ECTPs na Região Sul, enquanto na Região Norte havia 12% (3) dos estabelecimentos e a Região Centro-Oeste possuía 8% (2) dos estabelecimentos (DINIZ, 2013).

Para além disso, Diniz (2013) tece críticas acerca dos cuidados dispensados aos pacientes/internos. Os dados apontam que 741 indivíduos não deveriam estar em restrição de liberdade – seja por laudo que atesta cessação de periculosidade, sentença judicial determinando desinternação, ausência de processo judicial ou medida de segurança extinta – mas ainda estão. Isso equivale a um em cada quatro indivíduos estar internado indevidamente (DINIZ, 2013).

A autora também aponta que 41% dos exames de cessação de periculosidade estão em atraso, desrespeitando o tempo médio de permanência à espera de um laudo psiquiátrico – o artigo 150, § 1o do Código de Processo Penal determina 45 dias, mas a média real é de 10

meses. Ademais, 21% da população encarcerada cumpre pena além do tempo previsto (DINIZ, 2013).

Muitos dados corroboram a ideia de que são violados direitos básicos⁹, apesar de ter-se acreditado que os ventos da reforma psiquiátrica brasileira mudariam radicalmente – ainda que lentamente – a realidade do cuidado dispensado a pacientes com transtornos mentais, inclusive com a progressiva extinção dos manicômios no país (BRASIL, 2005), o que Diniz (2013) aponta é que houve um “boom” de ECTPs após os anos 2000, sendo inaugurados 6 novos estabelecimentos após 2001.

A autora escreve em seu livro que houve três picos de criação de ECTPs no país: o primeiro entre 1921 e 1933, o segundo na década de 1980 e o último depois de 2001, podendo afirmar que “os hospitais para loucos infratores resistiram à Reforma Psiquiátrica; alguns foram, inclusive, inaugurados após a Lei 10.216 de 2001” (DINIZ, 2013, p.13).

Diniz (2013, p.14) escreve que é “entre a lei e a psiquiatria é que os indivíduos transitam”. A partir dessa afirmação, faz-se indispensável que passemos a revisar e discutir sobre o arcabouço legislativo que deu origem e que mantém a Medida de Segurança, mecanismo legal utilizado para confiar ao louco criminoso seu lugar no mundo.

2.2 “OS CRIMINOSOS LOUCOS DE TODO GÊNERO” SÃO INIMPUTÁVEIS: O QUE É A MEDIDA DE SEGURANÇA

O Código Penal brasileiro passou por inúmeras modificações ao longo dos séculos. Datado de 1830, o primeiro projeto do Código Criminal do Império do Brasil foi sancionado em 16 de dezembro do mesmo ano pelo imperador d. Pedro I e se firmava na doutrina clássica do direito penal, baseada em três pressupostos, segundo Peres e Nery Filho (2002, p.3): “igualdade dos homens perante a lei; pena como função da gravidade do delito; e condicionamento do crime à sua definição legal”. À época, não era possível julgar o louco que cometia crimes, pois ditava o nosso Código Criminal que não se julgaria criminosos “loucos de todo gênero”, salvo se tivessem intervalos de lucidez e neles cometessem o crime.

À época, não havia destino certo reservado a esses “loucos criminosos”, sendo estabelecido que aqueles loucos que cometessem crimes seriam recolhidos às casas para eles destinadas, ou seriam entregues às suas famílias, como ao juiz parecesse mais conveniente. É preciso salientar que os asilos ainda não existiam, então não havia um lugar específico para a

⁹ Os direitos fundamentais estabelecidos pela Constituição Federal de 88, sendo eles os direitos básicos individuais, sociais, políticos e jurídicos dos cidadãos, instituídos em consonância aos direitos fundamentais previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948).

loucura. O que havia eram prisões e os hospitais da Santa Casa (PERES; NERY FILHO, 2002).

Peres e Nery Filho (2002) salientam ainda que, apesar de não ainda haver nesse momento um tratamento específico para os loucos, eles recebiam tratamento diferenciado de acordo com sua situação social, sendo que os “loucos pobres” que vagavam pelas ruas e supostamente ofereciam perigo às pessoas, seriam controlados e encaminhados às cadeias e à Santa Casa, tradição mantida pelo à época vigente Código Criminal do Império, enquanto aos “loucos ricos” garantia-se o privilégio de receberem os cuidados que suas famílias considerassem melhor.

Somente em 1852 fora inaugurado em solo brasileiro seu primeiro hospital destinado ao tratamento dos alienados da Corte e demais províncias do Império, o Hospício de Pedro II segundo Amarante (2007). Peres e Nery Filho (2002) apontam que Teixeira Brandão¹⁰ fora um grande crítico ao Código Penal do Império, por “considerar suas disposições parciais, imperfeitas e inobservadas” (p.4). Alegava-o que era falho por não reservar um local específico para os “loucos-criminosos”. Ainda segundo os autores, ele também já lutava pela regulamentação da Psiquiatria no país e pela criação de Manicômios Criminais.

Quase concomitante aos esforços de Teixeira Brandão em construir um manicômio criminal, surgiu o novo Código Penal da República, aprovado em 1890. Segundo ele, os chamados “criminosos loucos” eram irresponsáveis penalmente e deveriam ser entregues a suas famílias ou internados nos hospícios públicos se, para a segurança dos cidadãos, isso fosse imprescindível (PERES; NERY FILHO, 2002; CARRARA, 2010).

Segundo Carrara (2010), esse cenário é modificado em 1903, quando

a lei especial para a organização da assistência médico legal a alienados no Distrito Federal, modelo para a organização desses serviços nos diversos estados da União (Dec.1132 de 22/12/1903), estabeleceu que cada estado deveria reunir recursos para construção de manicômios judiciários e que, enquanto tais estabelecimentos não existissem, deviam ser construídos anexos especiais aos asilos públicos para o seu recolhimento (p.17).

Foi criada, então, uma seção especial para abrigar os “loucos criminosos” no Hospício Nacional de Alienados, localizado no Rio de Janeiro, chamada de “Seção Lombroso” em homenagem ao importante psiquiatra César Lombroso (CARRARA, 2010).

¹⁰ João Carlos Teixeira Brandão foi um médico brasileiro que dedicou grande parte de sua trajetória à luta em prol dos alienados, especialmente à necessidade da criação de manicômios judiciários, que ocorreu somente em 1921. “A criação de manicômios jurídicos visava a observação dos acusados suspeitos de alienação mental no Hospício Nacional de Alienados, e substituir a Seção Lombrosa que funcionava com muitos problemas e foi extinta(11). Foi eleito deputado por seu Estado, ainda em outras legislaturas, nos anos de 1906, 1909, 1912, 1915 e 1918(9)” (ARAÚJO JÚNIOR; MOREIRA; ROCHA, 2009, p.10).

Somente anos mais tarde foi inaugurado o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, posteriormente chamado de Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, sendo a primeira instituição do gênero no país, estabelecida pelo Dec. 14.831 de 25 de abril de 1921 (CARRARA, 2010).

Novas mudanças voltaram a marcar a história do Código Penal brasileiro. Acompanhando os avanços da criminologia, de acordo com Peres e Nery Filho (2002), o projeto de Alcântara Machado¹¹ de um novo Código Penal é convertido em lei, em 1940, na vigência do Estado Novo (BRASIL, 1940).

São percebidas, então, sucessivas modificações no Código Penal, ao que ao final se chega a uma categorização das “penalizações” às quais devem ser submetidas as infrações cometidas por aqueles mentalmente incapazes.

Surge, nesse contexto, a medida de segurança, conceituada por Peres e Nery Filho (2002) como uma nova modalidade de ação penal como alternativa de atuação frente aos irresponsáveis ou “semi-responsáveis”, a fim de possibilitar que o Direito Penal consiga alcançá-los, já que, com base no código anterior, eles estavam fora do âmbito das sanções penais.

LHACER (2015) ressalta que é interessante notar que

o legislador ao nomear o instituto jurídico denominou-lhe “medida de segurança”, pois visa garantir a proteção tanto da sociedade, como a segurança do próprio indivíduo com transtorno mental. É controversa a posição adotada pela dogmática jurídico-penal e seu discurso de defesa (ou proteção) social (p.28).

Para a autora, portanto, estabelece-se um paradoxo, que coloca segurança vs hospital, Justiça vs Saúde, “ou melhor, Direito Penal Punitivo vs Tratamento Terapêutico” (LHACER, 2015, p.28). Ela questiona as intenções da medida de segurança, inclusive acerca de seu nome, que já parece carregar o peso de se estabelecer como um mecanismo de controle social. Salienta ainda que os próprios legisladores já reconheceram na medida de segurança uma modalidade de sanção penal, haja vista que anterior à reformulação do Código Penal em 1984 instituída pela LEP, a medida de segurança não era destinada apenas aos considerados inimputáveis.

Era, na verdade, “possível ao réu imputável a aplicação de pena e medida de segurança, o chamado sistema do duplo binário” (LHACER, 2015, p.28). Reconhecia-se, à época, que a medida de segurança era, sim, uma pena quando aplicada a um imputável, fato

¹¹ A pedido do governo federal, José de Alcântara Machado de Oliveira, professor, jurista, escritor e político brasileiro, redigiu o projeto de Código Penal brasileiro de 1940. Apesar de seu texto ter sofrido várias modificações, veio a se tornar por decreto-lei o Código Penal vigente até hoje (PERES; NERY FILHO, 2002).

que a autora utiliza para exemplificar que, diferentemente do que se afirma hoje, pacientes judiciários em cumprimento de medida de segurança também estão sendo penalizados.

Ainda segundo a autora citada acima, existe atualmente dois tipos de encaminhamento para indivíduos que cometem crimes segundo a legislação brasileira atual: a pena vista como sanção penal e a medida de segurança, que é encarada “como um meio de defesa social” (p.18).

A pena¹² é aplicável aos imputáveis, ou seja, àqueles que são considerados sãos e responsáveis por seus atos, por possuírem “plena capacidade de entender o fato como ilícito e agir de acordo com este entendimento, sendo maiores de 18 (dezoito) anos e que cometeram fatos tipificados pela lei como crimes ou contravenções penais” (LHACER, 2015, p.18).

Confirmando o que foi falado acima, a autora discorre acerca do sentido que a pena possui, sendo um instrumento que

[...] visa à reprovação e a prevenção do crime tendo, assim, dupla finalidade: possui um aspecto de *retribuição* ou de *castigo* pelo mal praticado proporcional à gravidade do crime e visa também a promover prevenção geral e especial contra o crime, ou seja, ser um desestímulo de todos da prática de crime e busca que o indivíduo encarcerado não volte a delinquir, através de sua recuperação e reinserção social (LHACER, 2015, p.20).

Entende-se, então, que a pena assume na sociedade um papel de punição aos violadores do Código Penal, visando – em teoria – evitar que eles reincidam no crime, assim como uma forma de retribuir àquele que delinque a responsabilidade por seus atos.

Segundo o art. 32 do Código Penal brasileiro, há três tipos de pena: I - privativas de liberdade; II - restritivas de direitos¹³; III - de multa¹⁴. Dentre as penas privativas de liberdade, considera-se a de reclusão ou de detenção. A pena de reclusão, que deve ser cumprida em regime fechado, semi-aberto ou aberto, é aplicada a condenações mais severas, sendo normalmente cumprida em estabelecimentos de segurança máxima ou média (CP, 1940).

A de detenção, entretanto, é aplicada para condenações mais leves e é, em geral, cumprida no regime semi-aberto, em estabelecimentos menos rigorosos como colônias agrícolas, industriais ou similares, ou no regime aberto, nas casas de albergado ou estabelecimento adequado segundo o art. 33 do CP (1940).

¹² Definida por Lhacer (2015) como a “retribuição coercitiva estatal diante da prática de fato delituoso, incidindo sobre determinados bens jurídicos determinados por lei, o principal deles, a liberdade do indivíduo, quando se trata da pena privativa de liberdade” (p.19).

¹³ Pena alternativa e substitutiva à privativa de liberdade, consistindo na suspensão ou diminuição de um ou mais direitos do condenado. Exemplos: a prestação pecuniária, a perda de bens e valores, a prestação de serviço à comunidade ou a entidades públicas, a interdição temporária de direitos e a limitação de fim de semana (CP, 1940).

¹⁴ Sanção penal com natureza patrimonial. Pode ser combinada com a pena restritiva de liberdade (CP, 1940; LHACER, 2015).

Diferentemente da pena como sanção penal, a medida de segurança não tem caráter punitivo ou retributivo, logo não se trata de uma sanção penal. Ela é aplicada em casos em que existe inimputabilidade, isto é, o sujeito, por motivo de transtorno mental ou desenvolvimento mental incompleto é inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do ato que praticou; é incapaz, sem responsabilidade penal (CP, 1940; PAILI, 2013).

Conforme o Código Penal de 1940, o sujeito poderá receber tanto indicação de internação quanto de tratamento ambulatorial, tal qual assegura o art. 97 do Código Penal:

Art. 97. Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Estão sujeitas à medida de segurança de internação, portanto, aquelas pessoas que praticarem um fato havido como crime apenado com reclusão – admite início de cumprimento em regime fechado –, restando-lhes somente a internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outros estabelecimentos dotados de características hospitalares; fica à cargo do juiz, entretanto, decidir entre internação ou tratamento ambulatorial em caso de pessoas que pratiquem crimes apenados com detenção – não admite o regime inicial fechado (CP, 1940; LHACER, 2015).

Costa (2015) aponta que nos casos de tratamento ambulatorial, em que a pessoa se apresenta durante o dia em local destinado para o atendimento para receber assistência médica, a justiça deve solicitar com certa periodicidade “atestados dos profissionais de saúde que tratam deste paciente, confirmando que seu tratamento está sendo conduzido adequadamente” (p.57). As perícias devem acontecer, em média, a cada 12 meses, para que se averigüe a evolução de seu transtorno e a possibilidade de sua reinserção social sem acompanhamento. Segundo o art. 97 do Código Penal brasileiro,

2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

O Código Penal ainda assegura em seu art. 97 *inciso* 4º que em qualquer fase do tratamento ambulatorial do agente, o juiz poderá determinar a internação em HCTP ou estabelecimento similar, se essa providência for necessária para fins curativos.

Segundo o PAILI (2013), a medida de segurança também pode ser aplicada em casos de semi-imputabilidade, ou seja, “aquele que, por força de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (p.16), porém nessa hipótese a aplicação da medida de segurança é facultativa e tem caráter substitutivo,

podendo o juiz decidir por reduzir a pena de um a dois terços, conforme dispõe o art. 26, parágrafo único, do Código Penal.

Uma terceira possibilidade para aplicação da medida de segurança é, se em curso do cumprimento de pena com restrição de liberdade, o sujeito vir a apresentar ou desenvolver transtornos mentais no cárcere, tendo caráter de substituição à pena privativa de liberdade segundo o estabelecido pelo art. 183 da LEP:

Art. 183. Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança (LEP, 1984).

Faz-se necessário discutir, entretanto, a função que as medidas de segurança assumem no trato do louco infrator. Questiona-se qual caráter a medida de segurança assume: se é de sanção penal ou apenas terapêutico (LHACER, 2015). Segundo Costa (2015), recebendo a medida de segurança, “é selado o destino do portador de transtorno mental, que mesmo que venha a ser reintegrado à sociedade, estará marcado, indelevelmente, pelo rótulo de ‘louco infrator’” (p.57).

Instrumento de controle como uma possibilidade de atuação frente à loucura, diferindo-se da pena por não ter caráter punitivo, assume-se que ela tem, também, que ser avaliada pelo prisma da saúde pública, e não apenas da segurança pública. Caracterizada como tratamento e assistência, ela precisa ser tratamento e assistência, e não apenas mais uma forma de levantar muros ao redor daqueles perturbadores da ordem moral e de afastá-los dos olhos do mundo (PAILI, 2013).

Acerca dessa questão, LHACER (2015) discute que apesar do título de “hospitais”, os HCTPs não se encontram inseridos no sistema de saúde, mas sim vinculados ao sistema prisional, administrados ainda pela Secretaria de Administração Penitenciária, o que revela, outra vez, a contradição de uma instituição criada para tratar e fazer cessar a periculosidade dos ditos loucos criminosos figurar no rol das instituições penitenciárias, que foram criadas a fim de alocar aqueles imputáveis que, punidos penalmente, precisam ficar reclusos.

Mas como pensar em um tratamento que não tem previsão de fim? O caráter indeterminado da medida de segurança pode conferir àqueles criminosos loucos uma indefinida cessação de liberdade. A Lei de Execução Penal, nº 7.209/1984, que altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, institui em seu art. 97,

1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos.

Costa (2015) afirma, entretanto, que apesar de não haver especificação no Código Penal sobre o prazo máximo de duração de medida de segurança, o mesmo assegura que não haverá, no Brasil, pena de caráter perpétuo e que não se excederá de 30 anos o tempo de prisão de nenhuma pessoa nascida em solo brasileiro. Ademais, a autora assinala que se o objetivo da internação é o tratamento e a cura, a cessação completa da periculosidade, a recuperação do indivíduo e não sua punição, um período de 30 anos é um prazo já bastante longo para se alcançar esse objetivo.

Corroborando as ideias levantadas pela autora citada acima, o CFP (2015) pontua que

[...] se, no entanto, é difícil sustentar a argumentação de que uma permanência desnecessariamente longa em um hospital psiquiátrico pode ser terapêutica, menos ainda se consegue fazê-lo, quando ela ocorre em estabelecimentos prisionais e em condições totalmente insalubres (p.128).

Entende-se, portanto, que de nada parece adiantar que se tenha reservado um espaço específico para o trato de pacientes judiciários, pois a principal meta da Reforma Psiquiátrica Brasileira não está sendo alcançada: a desinstitucionalização e a reinserção dessas pessoas à sociedade (CFP, 2015).

Se ficar constatado através das perícias médicas, que devem ocorrer anualmente, a cessação da periculosidade do autor de crime, o Juiz da execução penal deverá determinar a desinternação condicional dele, a qual será condicional pelo prazo de um ano, sendo encerrada caso, nesse período, o liberado não vier a praticar algum delito que indique persistência da periculosidade (COSTA, 2015).

Costa (2015), entretanto, questiona em que contexto essas perícias são realizadas, visto que as condições as quais estão submetidas dentro dos ECTPs passam longe de serem as ideais para um tratamento adequado, pois acabam depositadas longe do convívio social, por vezes marcadas pela ausência de vínculos familiares, com um único intuito de garantir a segurança de outrem. A autora salienta também que “esquece-se, porém, que consequência direta dos (des)tratamentos é a reinserção social de pessoas que, se antes possuíam um transtorno mental, agora o tem a gravado por anos de confinamento, negligência e maus tratos” (p.62).

O que se sabe, entretanto, é que os posteriormente chamados de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, acabaram se “desvirtuando de sua função e submetendo-os a uma espécie de prisão perpétua: após a entrada, poucos conseguem sair, mesmo quando cessa sua periculosidade” (CFP, 2015, p.9).

O caráter desumano dos manicômios judiciários, alvo de crítica ao longo de anos por estudiosos, suscitaram a necessidade de se estabelecer mecanismos de controle que pudessem assegurar, ainda que minimamente, que essas instituições respeitassem os direitos daqueles internados (CFP, 2015).

Com esse objetivo foram estabelecidas as inspeções dos manicômios judiciários brasileiros, realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia. Durante a última inspeção, publicada em livro pelo CFP (2015), foram constatadas graves violações aos direitos da pessoa com transtorno mental, instituídos pela Lei 10.216/2001. Falta avaliação psicológica regular, políticas de reinserção dos doentes na sociedade e sobra uma “grave omissão do Judiciário em autorizar a saída dessas pessoas” (p.9).

CFP (2015) afirma que nosso sistema manicomial é frágil tal qual o sistema carcerário brasileiro. Sendo um, às vezes, a extensão do outro – apesar de não devê-lo ser –, se torna cada vez mais necessário que estejamos atentos e vigilantes, a fim de não nos tornar conivente e perpetuar quaisquer práticas que destoem daquelas defendidas pela nossa Lei Antimanicomial.

Os direitos humanos só serão observados no sistema manicomial de uma sociedade autenticamente democrática, onde se afirmem como valores fundamentais o respeito à dignidade da pessoa humana e a garantia de liberdade, justiça e fraternidade entre os cidadãos (CFP, 2015, p.10).

Apesar de essa ideia ser verdadeira, o que parece é que ela perdeu força ao longo do tempo, sendo facilmente, hoje, em 2019, confundida com “defesa de bandidos” em uma sociedade que se dedica ao rechaçamento de minorias e de quaisquer grupos que ousem desafiar sua moral lida como única. Os direitos humanos, então, encontram solo infértil e não parecem conseguir prosperar.

Costa (2015) salienta que, embora hajam muitas determinações legais relacionadas com os direitos de pessoas portadoras de transtorno mental e/ou em conflito com a lei, seu cumprimento não é garantido. Tem-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948); o Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança (OMS, 2001); o Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação (OMS, 2005), além dos já citados Código Penal brasileiro (1940); a Lei n° 7.210/84 ou Lei de Execução Penal – LEP; a Lei n° 10.216/2001 ou Lei Antimanicomial, entre outros que serão considerados neste trabalho.

Embora haja uma gama de disposições legais acerca do cuidado com pessoas com transtornos mentais, sejam eles pacientes judiciários ou não, sabe-se de muitas violações de

direitos, desde os básicos e inalienáveis garantidos pela Constituição de 88, até recomendações mais atuais feitos por dispositivos como a OMS e a ONU (COSTA, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (2001) versa que

prisões são o lugar errado para pessoas com necessidade de tratamento de saúde mental, já que o sistema de justiça criminal enfatiza mais a repressão e a punição do que o tratamento e a atenção. Onde os estabelecimentos correccionais enfatizam a reabilitação, os programas costumam ser inadequadamente equipados para ajudar as pessoas com transtornos mentais (p. 129).

Tal qual assegura em seu texto, a Lei 10.216/2001 também salienta que o tratamento de pacientes com transtornos mentais não deve se dar em instituições com características asilares, ou seja, “aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º”.

Apesar, e corroborando com a fala de Costa (2015), das inúmeras recomendações e garantias de direitos estabelecidos por diversos mecanismos legais, o que se sabe do atual tratamento oferecido a pacientes com transtornos psiquiátricos em conflito com a lei não é, nem longe, aquele que deveria ser. A fim de se discutir sobre as denúncias e violações aos direitos humanos ocorridas em ECTPs, sigamos para seção seguinte, destinada a desvelar essas questões e articulá-las aos mecanismos legais que sustentam (ou deveriam) esse tratamento.

3.3 AUSÊNCIA DO DIREITO DE TER DIREITOS: VIOLAÇÕES EM ECTPs

O CFP (2015) define os ECTPs como o produto da convergência entre a Psiquiatria e o Direito Penal, “duas das maiores instituições de controle do sujeito na nossa sociedade” (p.7). Sendo um resultado da fusão do hospital com a prisão, esses estabelecimentos mantiveram-se por longos anos realizando práticas de violações de direitos humanos longe dos olhos do mundo, sob a responsabilidade e conivência do Estado, assim como de funcionários, prestadores de serviços e também da população, pois para Arbex (2013) nenhuma prática de violação de direitos humanos dessa magnitude se sustentaria tanto tempo sem a omissão da sociedade.

Diniz (2013) traz dados importantes acerca dessa população, definida por ela como invisível, a fim de contextualizar quem são esses que sobrevivem aos ECTPs ainda que ninguém os conte – literal e figurativamente. Depois de quase um século de existência dos manicômios judiciários, jamais havia se quantificado e investigado quem são os seus moradores. Esse trabalho somente fora realizado em 2011, através do estudo censitário da

população que vivia em todos os ECTPs do país, na celebração do Termo de Convênio entre o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), do Ministério da Justiça, com a Anis — Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero.

Para Diniz (2013), o Censo dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é um retrato da população dos ECTPs e possibilitou o conhecimento dessa população tão vulnerável e que pela primeira vez foi alvo de uma pesquisa que buscou “levantar um perfil socioeconômico, de diagnósticos e de itinerários penais das pessoas que viviam nos ECTPs a fim de orientar políticas públicas voltadas a essa população” (p.12).

Assim sendo, o referido autor constata que, em 2011, havia 3.989 homens e mulheres vivendo nos ECTPs analisados ao longo de 11 meses de pesquisa de campo. O conjunto de ECTPs era formado por 23 HCTPs e 3 ATPs localizadas dentro de complexos penitenciários. Dos 3.989 indivíduos, 2.839 estavam em cumprimento de medida de segurança, 117 estavam em medida de segurança por conversão de pena e 1.033 estavam em situação de internação temporária. Em porcentagens, 92% eram homens (3.684) e 7% mulheres (291). A média etária da população era de 38 anos.

Em relação a especificações sobre cor, pretos e pardos somavam 44% (1.782) da população e brancos, 38% (1.535), enquanto amarelos eram 0,2% (9) e indígenas eram 0,2% (7). Para 16% (621) da população não havia registro de cor. Acerca do estado civil, 77% (3.059) da população dos 26 ECTPs eram solteiros, 9% (354) eram casados, 5% (193) eram amasiados, 4% (153) eram divorciados e 2% (60) eram viúvos, ao passo que,

[...] considerando apenas a população masculina, 78% (2.860) eram solteiros, 9% (319) eram casados, 5% (171) eram amasiados, 4% (138) eram divorciados e 1% (45) era viúvo. Das 291 mulheres, 67% (196) eram solteiras, 12% (35) eram casadas, 7% (21) eram amasiadas, 5% (15) eram divorciadas e 5% (15) eram viúvas (DINIZ, 2013, p.38).

Sobre o nível de escolaridade dessa população, Diniz (2013) afirma que 23% (933) eram analfabetos e 43% (1.713) tinham ensino fundamental incompleto, 13% (534) ensino fundamental completo, 6% (226) ensino médio e 0,8% (33) ensino superior. Apenas um indivíduo possuía pós-graduação. Sobre as mulheres, os dados apontam que da população geral (291), 20% (57) eram analfabetas, 36% (105) possuíam ensino fundamental incompleto, 26% (75) tinham ensino fundamental completo, 7% (20) tinham ensino médio e 2% (5) tinham ensino superior.

Segundo Diniz (2013, p.39), “havia uma concentração de indivíduos em profissões que exigem pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional”, sendo que 31% (1.228) eram trabalhadores de serviços administrativos, vendedores do comércio, trabalhadores da

área agropecuária, florestais e da pesca; 22% (875) eram trabalhadores da produção de bens e serviços industriais; 17% (687) não possuíam profissão e 4% (159) eram aposentados. “Além disso, 1% (48) era de profissionais das ciências e das artes e 0,8% (33) era de profissionais das forças armadas, policiais e bombeiros militares” (p.40).

Há, entretanto, uma série de dados levantados por Diniz (2013) acerca da população dos ECTPs que dizem respeito às suas internações propriamente ditas e não sobre perfis socioeconômicos.

Dos 2.839 indivíduos em medida de segurança nos 26 ECTPs, 91% (2.585) estavam em medida de segurança de internação e 6% (159) estavam na reinternação. Entre os 117 indivíduos em medida de segurança por conversão de pena, 98% (109) estavam em medida de segurança de internação e 10% (11) estavam na reinternação. [...] Nos 26 ECTPs, 1% (39) das pessoas internadas cumpria medida de segurança de tratamento ambulatorial. [...] Além disso, entre os indivíduos em medida de segurança sem conversão de pena, 2% (54) possuíam a medida de segurança extinta, mas continuavam internados no ECTP (p.40).

Diniz (2013) aponta que dos 1.033 indivíduos em situação temporária, 353 (34%) estavam internados para realizar exame de sanidade mental e 362 (35%) possuíam laudo de sanidade mental e aguardavam decisão judicial para andamento de seu processo. Apesar de o Código Penal brasileiro versar que o prazo de internação para a realização de exame de sanidade mental não ultrapasse 45 dias, o que se sabe é que a média de espera dos indivíduos era de 10 meses, sendo que somente 97 (27%) do total internado para exame aguardava dentro da previsão legal, enquanto 244 (69%) aguardava em período superior aos 45 dias. Dos 353 indivíduos, 12 (3%) sequer sabia a data de sua internação, o que dificultava o cálculo dos prazos.

Acerca do tempo de internação, os dados trazidos por Diniz (2013) são de que, entre a população temporária dos ECTPs, cerca de 59% (612) estavam internados há menos de um ano, 31% (324) estavam internados há um período entre um e três anos, 3% (30) estavam internados entre quatro e cinco anos, 3% (26) estavam internados entre seis e dez anos, 1% (10) estava internado entre onze e quinze anos, e 0,3% (3) estava internado entre dezesseis e vinte anos. Apenas uma pessoa estava internada há um período compreendido entre 21 e 25 anos, e dois indivíduos estavam internados havia mais de trinta anos.

Diniz (2013) levanta ainda dados sobre os diagnósticos que permeiam as internações nos ECTPs, tendo encontrado ao todo 91 categorias diagnósticas, desconsiderando comorbidades. Segundo a autora,

havia uma concentração de diagnósticos de esquizofrenia na população em medida de segurança, com 42% (1.194) dos casos. Das medidas de segurança, 16% (454) eram de indivíduos com retardo mental, 11% (309) eram de indivíduos com transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas, 5% (144) tinham

transtornos de personalidade, 3% (97) tinham epilepsia, 3% (95) tinham transtornos afetivos uni ou bipolares, 2% (51) tinham transtornos mentais orgânicos e 1% (37) tinha transtornos da preferência sexual (p.43).

Entre a população feminina, 38% (81) delas apresentava diagnóstico de esquizofrenia, 13% (28) possuía diagnóstico de retardo mental, 6% (14) de transtornos afetivos uni ou bipolares, 8% (18) apresentou transtornos de personalidade e 14% (31) era diagnosticada com transtornos mentais devidos ao uso de álcool. Não foi constatado nenhuma mulher com transtornos da preferência sexual entre a população em medida de segurança dos ECTPs (DINIZ, 2013).

Acerca da população em cumprimento de medida de segurança por conversão de pena, Diniz (2013) versa que havia uma grande concentração de diagnósticos de esquizofrenia nessa população, apresentando uma porcentagem de 44% (51) dos casos. Outros diagnósticos levantados foram de que 12% (14) possuíam retardo mental, 15% (17) apresentavam transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas, 6% (7) eram de transtornos de personalidade, 3% (3) apresentavam epilepsia, e 2% (2) eram diagnosticados com transtornos da preferência sexual. Apenas um indivíduo apresentava transtorno mental orgânico. A autora destaca ainda que entre a população em cumprimento de MS por conversão de pena não havia pessoas internadas com transtornos afetivos uni ou bipolares, diferentemente da população em MS. Não foi possível estabelecer comparações entre os diagnósticos da população feminina e masculina, pois a primeira era bastante reduzida – cerca de seis mulheres (DINIZ, 2013).

O censo identificou ainda a gama de infrações penais que motivaram e justificaram as internações em ECTPs, sendo considerado que entre a população total de 2.956 indivíduos em MS, haviam 3.133 infrações penais envolvidas, “uma vez que uma única pessoa internada pode cumprir medida de segurança por duas ou mais infrações penais concomitantes” (DINIZ, 2013, p.44).

Segundo a autora anteriormente citada, foi encontrada uma concentração de crimes contra a vida¹⁵, somando cerca de 43% (1.228) das MS, seguida de crimes contra o patrimônio, com uma porcentagem de 29% (818). Os crimes contra a vida dividiam-se em homicídios, com 67% (829), e tentativas de homicídio, que somavam 33% (397). Crimes contra a dignidade sexual¹⁶ somavam 15% (423) das medidas de segurança, enquanto crimes

¹⁵ Envolvimento direto ou indireto na morte de terceiros. Pode ser por homicídio, infanticídio, aborto ou indução, ajuda ou instigação ao suicídio (CÓDIGO PENAL, 1940; DINIZ, 2015).

¹⁶ Estupro, violação sexual mediante fraude, assédio sexual (BRASIL, 2009).

contra a liberdade individual¹⁷ e crimes da lei antidrogas¹⁸ somavam 4% (105) e 4% (102) respectivamente (DINIZ, 2013).

A categorização acerca das infrações cometidas pelas mulheres internadas nos ECTPs dividiu-se nos seguintes achados: 55% (118) delas cometeram crimes contra a vida, 22% (48) cometeram crimes contra o patrimônio; contra a dignidade sexual, 1% (3) das mulheres havia cometido essa infração e 9% (19) das mulheres cometeram infrações penais relacionadas a crimes da lei antidrogas (DINIZ, 2013).

Faz-se necessário destacar ainda os dados levantados por Diniz (2013) acerca do tempo de internação dos pacientes dos ECTPs, sendo que

[...] 21% (606) das pessoas internadas cumpriam medida de segurança há mais tempo que a pena máxima em abstrato para a infração penal cometida. Além disso, 56% (1.648) das pessoas em medida de segurança do país estavam internadas há mais tempo que a pena mínima em abstrato para a infração penal cometida (p.54-55).

Segundo Diniz (2013), das medidas de segurança do país, em 70% (2.065) delas havia determinação de inimizabilidade, enquanto de semi-inimizabilidade havia uma porcentagem de determinação em 3% (88) das sentenças, além de conversão de pena em medida de segurança, que somava 11% (13) das sentenças.

Após a caracterização dessa população invisível, faz-se necessário que nos debruçemos no estudo das violações ou ausências de direitos mínimos que deveriam ser, mas não o são, garantidos a todos, sem discriminações motivadas por quaisquer características e condições.

Para Costa (2015), apesar de o recomendado ser o oposto, o que se percebe “é a extrema violência com a qual é tratada esta população” (p.60). Lança-se mão de atitudes truculentas e opressoras, utilizando-se como justificativa a inadequação do comportamento apresentado pelos portadores de transtornos mentais, correlacionando a prática de crimes com a presença de transtornos psiquiátricos, apesar de ainda não haver consenso entre estudiosos acerca disso.

A essas 3989 pessoas, “os indivíduos anônimos e abandonados (que) recebem diferentes nomes a depender do regime de classificação de cada unidade custodial do país: são os problemas sociais, os em longa permanência, os abrigados, ou, simplesmente, os

¹⁷ Privação de liberdade ou prejuízo poder de ação. Constrangimento ilegal, ameaça, sequestro e cárcere privado, redução a condição análoga à de escravo (CÓDIGO PENAL, 1940).

¹⁸ Porte e cultivo para consumo próprio; tráfico; indução, instigação ou auxílio ao uso de drogas; associação para o tráfico; financiamento ao tráfico, entre outros (BRASIL, 2006).

esquecidos anônimos” (DINIZ, 2013, p.14) fica reservado o não lugar, o não cuidado e a não libertação.

Costa (2015) aponta que a maioria dos ECTPs, em tese destinados a tratar os internos, não possuem condições mínimas para abrigar sequer seres humanos sãos, tampouco para aqueles que necessitam de apoio, atendimento específico, acompanhamento e tratamento adequados, se quisermos pensar em uma possível desinternação.

Há, também, um desencontro de informações acerca da população geral dos ECTPs do país. Silva (2010) aponta a existência de 23 estabelecimentos, que abrigavam cerca de 4.600 pessoas. Seus estudos levaram em consideração os dados do Sistema de Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário Brasileiro (IFOPEN) de 2009, porém, como se pode perceber, apenas dois anos depois os achados foram diferentes.

Outrossim, diferentemente do apontado por Diniz (2013), o CFP (2015) registrou a presença de 2.864 “presos/pacientes” (p.17) em ECTPs no país, porém com o adendo de que o relatório em questão produzido pelo Conselho Federal de Psicologia investigou apenas 18 instituições desse tipo, enquanto a autora primariamente citada elencou a existência de 26 instituições. O desencontro de informações pode ser originário do fato de que nem todos os CRPs responsáveis pelas inspeções estaduais responderam em tempo hábil a solicitação do CFP ou pela inexistência de instituições com essas características no estado, como foi o caso do CRP 23 do Tocantins.

O Relatório produzido pelo CFP (2015) apontou uma série de irregularidades nos ECTPs inspecionados. Acerca da infraestrutura, deparou-se com imensa precariedade. “De modo geral, todas as instalações foram consideradas inadequadas para acomodar seres humanos” (p.98). Foram considerados aspectos de iluminação, ventilação, temperatura, dormitórios, camas, limpeza geral, conservação do edifício, estado dos mobiliários e banheiros, sendo registrado que nenhuma das instituições alcança o nível máximo de infraestrutura. Na verdade, quatro delas apresentaram nível de precariedade física extrema.

Há superlotação em pelo menos sete dos dezessete¹⁹ manicômios pesquisados, havendo uma variação de 110% a 410% a mais da capacidade total de vagas dos estabelecimentos. Em sua maioria, não havia espaço suficiente para abrigar tantas pessoas. Segundo o relatório de inspeção nacional,

Em média, as instituições que recebem o louco infrator estão acima de sua capacidade máxima em mais de um quarto. Entretanto as realidades são mais

¹⁹ Apesar de ter enviado seu relatório dentro do prazo estipulado, o CRP - 07 encaminhou um ofício ao Conselho Federal de Psicologia (CFP) solicitando a retirada de seu relato de inspeção da publicação. Logo, apesar da inspeção ter sido realizada em 18 ECTPs, apenas dados de 17 foram mantidos (CFP, 2015).

dramáticas em determinadas regiões. A situação mais grave foi averiguada no Maranhão, onde para cada vaga há quatro internos (CFP, 2015, p.96).

Foram encontrados, além da superlotação das celas e dos quartos, chuveiros insuficientes; vasos sanitários sem válvula de descarga; mau cheiro – consequência da ausência de equipes específicas para a limpeza; vestimentas sujas – devido às raras lavagens; além da inexistência de espaços para convivência íntima (CFP, 2015).

Destacam-se, também, irregularidades em relação à manutenção e à atualização dos prontuários dos pacientes judiciários, que em sua maioria desconhecem seus próprios planos terapêuticos. Além disso, há baixa frequência de psicólogos inseridos nas equipes de cuidado específicas a essa população (CFP, 2015). Contribuindo com essa crítica, Costa (2015) pontua também a falta de qualificação profissional específica para o trato dessa população. Segundo a autora, a falta de informação técnica por parte tanto de operadores do direito, quanto de psicólogos e psiquiatras acaba por tornar ainda mais difícil o cumprimento de medida de segurança em ECTPs. Lhacer (2015), entretanto, aponta a escassez de profissionais nesses estabelecimentos, salientando que o “déficit de funcionários ligados à saúde leva a distorções e improvisações ‘caseiras’ para suprir uma falha estatal” (p.86).

Costa (2015) denuncia uma violação à privacidade dos pacientes judiciários, que muitas vezes têm suas correspondências avaliadas e até interceptadas por profissionais dos estabelecimentos. A autora ressalta que

[...] Cartas são subtraídas e anexadas a relatórios técnicos e, muitas vezes, utilizadas contra o interno ou preso. As conversas com familiares são sempre ouvidas pelos agentes de segurança. Passa-se pelo constrangimento da presença de agentes há menos de dois metros de distância, com o argumento de proteção e segurança, mas num claro intuito de compartilhar a privacidade de uma sessão de avaliação psicológica ou visita familiar, uma vez que estes jamais apresentaram qualquer tipo de conduta que pudesse ser tida como ameaçadora, entretanto, potencialmente, podem ser internos ou presos que desejam denunciar os maus-tratos sofridos dentro de suas instituições (COSTA, 2015, p.66).

Estamos diante de uma violação grave ao direito de privacidade e à liberdade de opinião e expressão, assegurados nos artigos XII e XIX da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948; COSTA, 2015). Os dados levantados pelo CFP (2015) corroboram os escritos da autora citada anteriormente. Segundo as inspeções, oito instituições não asseguram o direito à privacidade e ao sigilo em relação aos atendimentos individuais dos presos-pacientes. A investigação encontrou ainda a existência de restrições para atendimentos psicológicos, que variaram entre a exigência de uso de algemas, presença de agente de segurança e realização de atendimento com porta aberta ou entreaberta.

Ademais, há denúncias de agressões físicas, psicológicas e emocionais, fazendo-se uso até mesmo de *taser* com pacientes em crise. Também parece ser prática recorrente o isolamento de pacientes, seja por consequência de “mau comportamento”, seja na tentativa de conter crises (CFP, 2015; COSTA, 2015).

Salienta-se, também, a ausência de tratamento para os presos-pacientes com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial nos ECTPs. Segundo Costa (2015, p.76),

[...] foi possível observar que os internos cujo diagnóstico tratava-se de Transtorno de Personalidade Antissocial, não recebiam quase nenhum tipo de atendimento pela equipe de saúde que declarava que pessoas com este tipo de transtorno não se beneficiavam de atividades terapêuticas, além de serem alvo de muito temor por parte dos funcionários da instituição, que parecem não possuir nenhum preparo para lidar com este tipo de psicopatologia.

Esse grifo corrobora com as críticas de Lhacer (2015) acerca da falta de qualificação profissional adequada ao trato dessa população. Não somente os “antissociais” sofriam pelos *destratamentos*, mas também aqueles que cumpriam medida de segurança por prática de crimes de natureza sexual. A ausência de tratamento específico pode dificultar a reintegração dessas pessoas à sociedade sem que haja o risco da reincidência (COSTA, 2015).

Segundo o CFP (2015),

se evidenciou um número bem maior de agentes penitenciários (611) do que de psicólogos (43)¹⁹, psiquiatras (77), enfermeiros (90) e auxiliares e técnicos de enfermagem (246), o que permitiu, mais uma vez, confirmar a direção do trabalho adotado nas instituições vistoriadas.

Percebe-se então, que a preocupação principal não parece tratar os pacientes judiciários, mas contê-los e vigiá-los. Acerca dessa contenção, destaca-se também, por parte dos próprios usuários, o excesso de medicações psicoativas, que muitas vezes assumem o papel de controlar e atenuar os comportamentos das pessoas com transtornos psiquiátricos, a fim de que não mais incomodem (CFP, 2015).

Outros abusos foram denunciados pelo relatório do CFP (2015), como a demora em realização de laudos psiquiátricos, tanto aqueles que atestam a sanidade mental, quanto os que afirmam a cessação de periculosidade. Em muitas instituições havia grande contingente de paciente internados ainda sem terem sequer realizado exame de responsabilidade penal ou perícia. Segundo o relatório,

Ainda sem diagnóstico ou tratamento qualquer, os indivíduos ficam mantidos numa espécie de limbo, por período indefinido de tempo à espera da decisão pericial de se ele deveria estar ou não no HCTP. Portanto, é preocupante o número alto de instituições que não responderam a este quesito. Foram dez instituições examinadas pelos CRP-07, CRP-09, CRP-10, CRP-12, CRP-14, CRP-16, CRP-17, CRP-20, CRP-21 e CRP-22 que não informaram sobre o número de indivíduos mantidos

presos, aguardando exame de responsabilidade penal ou perícia. É curioso o número de instituições que não sabem ou não quiseram responder esse item. Foram 13 estabelecimentos que se isentaram desta resposta, salvaguardando-se de oferecer um quadro mais claro da precariedade do funcionamento (CFP, 2015, p.139).

Diante de tal cenário, entende-se a importância de uma investigação mais profunda e contínua dos ECTPs, a fim de evitar que esses abusos e violações de direitos básicos continuem a se reproduzir, gerando a possibilidade de se pensar no tratamento de pacientes judiciários para além dos hábitos prisionais e carcerários, mas como de responsabilidade também da saúde, tal qual se afirma no Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, que versa sobre o primeiro esforço dever ser “o de integração e comunicação entre as duas áreas em benefício do paciente (BRASIL, 2002, p.25)”, para que se assegure que o SUS alcance essa população.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO

A partir do que foi apresentado sobre os processos que permeiam a internação de pacientes judiciários, desde a concepção da loucura, passando pela instituição da medida de segurança, e chegando até os mecanismos legais que aprisionam pessoas com transtornos psiquiátricos que descumprem a lei, é possível discorrer acerca do fenômeno do encarceramento dessa população e questionar seu impacto no modo de existir dela.

Há quase um século temos funcionando em solo brasileiro instituições de tratamento para pessoas com transtornos psiquiátricos em conflito com a lei. A inauguração desses estabelecimentos, em 1921, marcou o momento em que, na teoria, se consolidava a importância de tratar esses “delinquentes mentais” em ambientes que não eram as prisões, pois se entendia que eles não eram presos comuns (PERES; NERY FILHO, 2002; CARRARA, 2010).

O que se percebe, entretanto, é que em muito pouco parece se diferenciar os tratamentos dispensados para essas duas populações – os presos ‘sãos’ e os adoecidos mentalmente – no período compreendido entre a instituição do primeiro Manicômio Judiciário brasileiro e os dias atuais, que sucedem a sanção da Lei nº 10.216/2001.

Não entraremos no mérito de que tampouco o sistema prisional e carcerário brasileiro cumpre sua função de ressocializar as pessoas em conflito com a lei. A realidade é que, por si só, sendo destinado aos “não adoecidos”, ele já é deficitário e pouco eficiente, baseando-se em um caráter punitivista, que pouco (ou nada) é capaz de garantir a não reincidência e a completa reinserção dessas pessoas na sociedade.

A discussão acerca do *destratamento* dispensado aos pacientes judiciários remonta desde as primeiras noções do que é loucura e de como ela se relaciona com a prática de crimes. A noção foucaultiana de loucura como construída socialmente parece ser, hoje, desconsiderada, pois pouco se discute acerca dos mecanismos adoecedores que permeiam a vida dessas pessoas. Desconsidera-se o contexto em que elas estão inseridas, as configurações familiares, as condições de educação, de trabalho, de moradia, de alimentação e possibilidades de saúde e de cuidado (FOUCAULT, 1978).

Pode-se entender o perfil predominante dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) a partir dessa problematização. Segundo Diniz (2013), “essa é uma população é majoritariamente masculina, negra, de baixa escolaridade e com periférica inserção no mundo do trabalho” (p.16).

Os dados já elencados nesse trabalho demonstram como o perfil dessas pessoas pode se relacionar com a ausência de tratamentos de saúde, assim como com a inexistência de redes de apoio e cuidado – seja familiar, seja social – e, também, a carência de políticas públicas e sociais que garantam, ainda que minimamente, que essa população seja assistida pelo Estado e tenha seus direitos básicos respeitados (DINIZ, 2013).

Discute-se ainda a falsa ideia de indissociabilidade entre diagnóstico psiquiátrico e infração penal. Não existem, nem na literatura internacional, tampouco na brasileira, evidências científicas que corroborem com essa ideia. Classificações psiquiátricas, sejam embasadas pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) ou pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), não têm relação com a prática de quaisquer crimes, tanto que, para Diniz (2013, p.15), “indivíduos com diferentes diagnósticos cometem as mesmas infrações”. A autora salienta que a predominância de um determinado diagnóstico na população dos ECTPs pode representar muito mais uma preferência no sistema custodial psiquiátrico a uma evidência de que esse subgrupo é mais perigoso (DINIZ, 2013).

Esse sistema custodial psiquiátrico brasileiro, construído ao longo de décadas, parece ter se fundamentado, primariamente, na ideia clássica da Nau dos Loucos. Apesar de hoje o mecanismo de controle ser diferente, o Direito Penal brasileiro comporta-se como o algoz, que designa aos mentalmente incapazes o seu novo lugar. Aquele lugar afastado dos olhos do mundo, do seio da sociedade e da família; o lugar do “tratamento” baseado em violências – psicológica, física e emocional.

É através da instituição da medida de segurança, a partir do Código Penal de 1940, que o Estado brasileiro passa a garantir que pessoas com transtornos psiquiátricos, quando em conflito com lei, serão consideradas inimputáveis, logo, serão alocadas em um lugar diferente das cadeias públicas. Apesar de se estabelecerem como “um meio de defesa social” (LHACER, 2015, p.18) e não como sanção penal, o principal questionamento que se levanta é se, por si só, elas já não existam com o mesmo propósito que as penas, que têm caráter retributivo-preventivo, e sejam outra forma de punição.

Acerca da questão levantada acima, Lhacer (2015) também aponta o fato de que os ECTPs do país serem geridos pela Secretaria de Administração Penitenciária – com exceção da ATP do Maranhão, que está sob a gestão da Secretaria de Saúde do Estado – configurando-se, portanto, no rol das instituições penitenciárias, tal qual as cadeias públicas, e não administradas pela Secretaria de Saúde, que, em teoria, deveria ser responsável pelas instituições destinadas a tratamentos de saúde.

Segundo o PAILI (2013, p.11-12),

se a medida de segurança não tem caráter punitivo – e de direito não tem – a sua feição terapêutica deve preponderar. Eis o argumento elementar levado à mesa de discussões. Muda-se o paradigma. A questão deixa de ser focada unicamente sob o prisma da segurança pública e é acolhida definitivamente pelos serviços de saúde pública.

O que se tem percebido, entretanto, é a descaracterização e o despreparo dessas instituições frente ao tratamento especializado para pessoas com transtornos psiquiátricos em conflito com a lei. A Lei de Execução Penal, nº 7.209/1984, que altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, institui em seu art. 97 que a internação ou tratamento ambulatorial será por tempo indeterminado, fixando-se apenas o tempo mínimo de permanência, que será de um a três anos.

O caráter indeterminado da medida de segurança viola o próprio Código Penal brasileiro (1940), que estabelece em seu art. 75 que o tempo de cumprimento de penas restritivas de liberdade não pode ultrapassar 30 (trinta) anos. Ora, mas o que tem acontecido na realidade é a prisão perpétua de alguns pacientes judiciários, pois se vincula o direito à liberdade à cessação da dita periculosidade que eles apresentam. Os dados levantados por Diniz (2013) denunciam, entretanto, a ineficácia do Estado em fazer cumprir o que a própria lei estabelece como seu dever: a realização anual, ou quando o juiz julgar necessário, tanto daqueles exames que atestam a sanidade mental, quanto os que afirmam a cessação de periculosidade.

Esses fatos apontados acima corroboram e exemplificam a fala de pacientes judiciários como o Sr. P., que questionou se “essa medida de segurança é infinita ou tem prazo de vencimento” (SILVA; BRANDI, 2013, p.3952). Há claras falhas no processo de libertação dessas pessoas, seja por omissão do Estado brasileiro (ARBEX, 2013; DINIZ, 2013; COSTA, 2015; LHACER, 2015), seja por ausência de advogados dos ECTPs, fato denunciado pelo CFP (2015), que afirma que “torna-se ainda mais difícil para o chamado louco infrator o vetor de saída do sistema prisional/manicomial se não se pode contar com o acesso à justiça” (p.17).

Não faltam apenas advogados, mas uma gama de outros profissionais essenciais ao cuidado dessa população. Costa (2015) destaca que o combo ausência de profissionais implicados no trato especializado para aquele ambiente, a falta de recursos materiais adequados e o percentual de paciente vs profissionais iníquo compromete acentuadamente o progresso da saúde dos presos-pacientes e, conseqüentemente, seu processo de alta e extinção de medida de segurança.

Ainda que pensemos que a sanção da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira como o início de uma nova caminhada em direção à garantia de acesso a serviços de saúde dignos, pautados na humanização e no respeito às pessoas com transtornos mentais, o que é real é a ineficiência dessa Lei diante da população de pacientes judiciários. Costa (2015) versa que a Lei nº 10.216/2001 ainda é um alento que não alcançou o cárcere.

Apesar de já em seu primeiro parágrafo versar sobre o direito da pessoa com acometimento psiquiátrico de não sofrer qualquer tipo de discriminação pela gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, percebe-se que pacientes com diagnóstico de TPA são, sim, discriminados e chegam até a não ser tratados como os demais presos-pacientes. Ademais, aqueles que cometeram crimes de natureza sexual também são rechaçados e ficam sem tratamento específico, tendo a equipe justificado desconhecer técnicas específicas para o lide com essa psicopatologia (COSTA, 2015).

Versa-se ainda sobre os familiares dos pacientes serem informados sobre os direitos garantidos pela Lei, mas o que se nota é o completo desconhecimento por parte desses. Assim, torna-se ainda mais difícil que se cobre algo do Estado, vide que, primariamente, não há consciência de quais direitos essas pessoas têm. Corroborando com esse fato, Costa (2015) pontua que “o quase completo desconhecimento desta lei faz com que os pacientes e famílias não realizem reclamações ou denúncias” (p. 83).

Após a análise dos achados em ECTPs, percebe-se que não há garantia e respeito a nenhum dos direitos enumerados pela Lei da Reforma Psiquiátrica, havendo, em suma, enorme distância entre o que é garantido pela Lei e o que é praticado no cotidiano dessas pessoas. Não há acesso ao melhor tratamento, consoantes às necessidades individuais; não há tratamento humanizado e respeitoso, nem proteção contra abusos e explorações; não há, também, garantia de sigilo, livre acesso aos meios de comunicação possíveis, inclusive informações acerca do próprio plano terapêutico.

Outras determinações da lei também são ignoradas, tais como aquelas elencadas no art. 4º, que salienta que a internação somente será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. Se assim fosse seguido, talvez fosse possível não encontrar tamanha superlotação dos ECTPs do país, especialmente aquela registrada no Maranhão, que estava 410% acima do capacitado (CFP, 2015).

O estudo minucioso das produções acerca dessa população escancara o fato de as instituições destinadas aos pacientes judiciários seguem padrões asilares, desprovidas dos recursos que assegurem assistência integral a essas pessoas, inclusive serviços médicos, de assistência social, psicológica, ocupacionais, de lazer e outros, tampouco se mostram capazes

de garantir a reinserção social desses pacientes em seus meios, violando drasticamente o que a Lei nº 10.216/2001 determina (CFP, 2015; COSTA, 2015).

O descumprimento dos versos das Leis que permeiam as internações por medida de segurança de pessoas com transtornos psiquiátricos reflete o abandono dessas pessoas tanto pelo Estado, quanto pela sociedade. A lógica punitivista que está por trás do nosso sistema prisional e carcerário parece estar, também, por trás das internações em ECTPs.

A ideia de uma pessoa que descumpra nosso Código Penal merecer não somente ser penalizada legalmente com a restrição de sua liberdade, mas também com a completa perda de direitos básicos, como moradia decente, alimentação adequada, vestimentas limpas, acesso à educação e saúde, entre outros, parece ser consenso entre os civis. Corroborando com essa ideia, Costa (2015) salienta que “[...] é comum haver posicionamentos no sentido de encarar tais necessidades (e que podem contribuir sobremaneira na ressocialização dos presos) como luxos e privilégios que só as pessoas em liberdade merecem” (p. 72). Essa lógica ultrapassa, então, a noção de cumprimento do Código Penal e transforma-se em endosso ao sofrimento dessas pessoas.

Entende-se que, ainda hoje, não conseguimos cuidar dessas pessoas que, acometidas por transtornos psiquiátricos, tornaram-se violadoras da lei. A não garantia de um tratamento ressocializador, tal qual estabelece como prioridade a Lei nº 10.216/2001, já denuncia a incapacidade do Estado brasileiro em ser responsável por essa população tão vulnerável, apesar de haver expressamente determinado em lei que seu papel é, sim, o de desenvolver uma política de saúde mental, de assistência e de promoção de saúde aos portadores de transtornos mentais.

A ausência de uma rede de apoio e cuidado familiar e social também reverbera no *destratamento* dessa população, seja por desconhecimento de direitos, seja pela exclusão dessas pessoas dos tratamentos de seus pares. O CFP (2015) denunciou que em apenas quatro instituições das 18 inspecionadas, “as famílias participam de alguma forma de programa, projeto ou trabalhos desenvolvidos com os internos da instituição” (p. 151), apesar de, novamente, essa ser uma recomendação e um direito expresso no texto da Lei da Reforma Psiquiátrica.

Faz necessário também salientar que, segundo Diniz (2013), essa ausência de vínculos familiares pode ser consequência por cometimento de infração penal contra uma pessoa de sua rede familiar ou doméstica, fato que afasta os outros membros desse paciente judiciário. Corroborando com esse fato, o CFP (2015) versa que esse afrouxamento ou até

completo rompimento de laços familiares dificulta a desinternação, assim como a prevenção da reincidência criminal.

Segundo o CFP (2015), a manutenção dos vínculos familiares é a única forma de garantir a existência de vida digna após uma segregação tal qual a manicomial. Na ausência destes, sobra pouco perto do necessário para que se agarre a chance de, realmente, garantir reinserção social dessas pessoas. Para além dos laços afetivos, destitui-se também o direito dos pacientes judiciários serem chamados pelo próprio nome. Sobram alcunhas vexatórias, humilhantes, que fazem alusão aos crimes cometidos ou seus números de identificação no sistema. Quando não, são simplesmente os “Ignorados de tal”, sem direito a nome e sobrenome (ARBEX, 2013; COSTA, 2015).

Tornam-se invisíveis, destituídos de seus lugares em suas famílias e grupos sociais. São substituídos por suas psicopatologias, que passam a ser consideradas antes de quem são. Pessoas que existem por trás de nomenclaturas que apenas reforçam estereótipos. Presos-pacientes; pacientes judiciários; loucos infratores. Não à toa escolhemos esse último para usarmos neste trabalho. Na tentativa de gerar incômodo e fazer com que essa sensação desperte questionamentos, optamos por usar aquele que mais representa a imagem das pessoas com transtornos psiquiátricos em conflito com lei. Aquela que demarca seu lugar de dupla marginalização e sua invisibilidade diante do Estado e da sociedade.

Essa invisibilidade também se evidencia quando percebemos que poucas produções acadêmicas são direcionadas ao estudo dessa população, seja quantitativamente, seja qualitativamente. Essa crítica é levantada por Diniz (2013), pois antes do Censo 2011 realizado pela autora e equipe, nunca antes havia se investigado e documentado, a nível nacional, quem era essa população que vivia em ECTPs. Ademais, apesar de pesquisas terem sido eventualmente realizadas, sempre foram abrangendo determinadas instituições ou cidades, não sendo passíveis de generalizações, tampouco capazes de representar fielmente a realidade desses estabelecimentos em todo o país.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa monográfica empenhou-se em suscitar discussões que sejam capazes de gerar frutos não somente a nível acadêmico, mas, sobretudo, a nível social. A discussão acerca do encarceramento de pessoas com transtornos psiquiátricos em conflito com a lei, os ditos loucos infratores, é complexa e ampla, pois exige a integração de diversos saberes, inclusive para muito além da Psicologia e do Direito Penal.

A existência de ECTPs é atravessada por questões sociais, culturais, políticas e econômicas. Entretanto, apesar disso, continuam funcionando como um aparato de controle, legitimado por uma política pública que combate o diferente, que rechaça tudo aquilo que desvirtua a ordem sociocultural imposta como ideal. O combate à loucura não é atual, existe, na verdade, há séculos, desde quando se impôs a ideia de que os de existência facilmente errante²⁰ não mais cabiam nos muros das cidades e precisavam ser expurgados.

Diante do atual desmonte da Saúde Pública, com ênfase na Saúde Mental, produto do *desgoverno* em voga, objetivou-se nessa pesquisa, portanto, analisar o processo de marginalização e invisibilidade do louco infrator diante do Código Penal brasileiro e da Lei 10.216/2001, bem como conhecer de que maneira o Código Penal brasileiro e a Lei de Execução Penal atuam nos casos de medida de segurança contra um inimputável ou semi-imputável; identificar os avanços e retrocessos no cuidado ao paciente psiquiátrico a partir da Lei 10.216/2001 e refletir de que forma está se dando o tratamento-custódia de pacientes judiciários no país.

Salienta-se que o processo de invisibilidade da população dos ECTPs de forma alguma é derivado somente da atual política governamental do país, vide que a lei que hoje regulamenta a rede de atenção à saúde mental brasileira nasce em 2001, 18 anos atrás. Esse processo possui raízes muito mais antigas, pois parece inconcebível pensar que, em quase um século de existência de Manicômios Judiciários, somente em 2011 foi realizada uma pesquisa que abrangesse, a nível nacional, a população desses estabelecimentos.

Uma das principais críticas levantadas pelos autores utilizados como base desse trabalho é a ineficácia da Lei nº 10.216/2001 no que tange ao tratamento dos pacientes judiciários do país. Essa invisibilidade do louco infrator não fora rompida com as conquistas da nossa Reforma Psiquiátrica. Inalcançados pela saúde, sob a tutela, em maioria, pela Secretaria de Segurança ou de Administração Penitenciária, essa população vive em

²⁰ Referência ao texto de Foucault (1978).

instituições híbridas²¹, entre o pior da prisão e o pior do hospital, com pouca possibilidade de ressocialização, haja vista que não estão submetidos a um tratamento eficaz, que possa romper com a suposta periculosidade que eles carregam.

A omissão do Estado, dos profissionais envolvidos com essas instituições e da sociedade em geral sustenta essas práticas asilares, contrariando, inclusive, o texto da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, que estabelece que está vedada a internação de pacientes com transtornos psiquiátricos em instituições com essas características. Sabe-se, todavia, que essa determinação fica apenas no papel.

Salienta-se que o endosso a essas práticas asilares se mostra congruente com as ideias populares atuais, que exaltam a tortura, o assassinato de infratores do Código Penal e a violência em geral. Congruente, mas de forma alguma adequada, essa postura exemplifica o porquê de, por tanto tempo, essa população permanecer excluída e invisível socialmente.

Essa pesquisa, portanto, propõe uma reflexão acerca do complexo fenômeno de encarceramento da população com transtornos psiquiátricos em conflito com a lei, a fim de gerar inquietação em todos aqueles que, porventura, vierem a ter contato com essa produção. Ademais, pretende-se que ela contribua cientificamente, haja vista a escassa produção brasileira acerca do tema e as raras discussões acadêmicas acerca do mesmo dentro da graduação.

²¹ Referência ao termo utilizado pelo CFP (2015) para conceituar os Manicômios Judiciários.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro, Ed Fiocruz, 2007.

ARAÚJO JUNIOR, M. V.; MOREIRA, A.; ROCHA, B. Biografia de João Carlos Teixeira Brandão: de alienista a diretor da 1ª Escola de Enfermagem do Brasil. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 1-13, fev. 2009.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. 1. Ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.
BESSA, P.S. Gestalt-terapia e cuidado em saúde mental: um diálogo possível e necessário. **Revista IGT na Rede**, v. 9, nº 17, 2012, p. 210 – 222.

AURELIO, O mini dicionário da língua portuguesa. 5ª edição. Rio de Janeiro, 2010.

Brasil. **Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903**. Reorganiza a assistência a alienados. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 10 de set de 2019. 1903.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 15 de set de 2019. 1940.

BRASIL. **Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execuções Penais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm>. Acesso em: 19 de set de 2019. 1984.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 22 de set de 2019. 2001.

BRASIL. **Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. 2006.

BRASIL. **Lei n. 12.015, de 07 de agosto de 2009.** Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1o da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5o da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1o de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm>. Acesso em: 19 de set de 2019. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CARRARA, S. L. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 16-29, abr. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios.** Relatório Brasil 2015/Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2015. 172p.

COSTA, E. W. K. A. **A falência da medida de segurança:** da exclusão à alteridade. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. 2015.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil:** censo 2011. Brasília: LetrasLivres; Edunb. 2013.

DINIZ, D.; BRITO, L. “Eu não sou presa de juízo, não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, vol. 23, núm. 1, 2016, p. 113-129. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil.

FONTE, E. M. M. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil. **Estudos de Sociologia**, [S.l.], v. 1, n. 18, mar. 2013. ISSN 2317-5427. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>>. Acesso em: 23 out. 2019.

FONTELLES, M.J., SIMOES, M.G., FARIAS, S.H., FONTELLES, R.G.S. Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. **Rev Par Medicina.** 2009 ago Disponível em: <<https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo>>. Acesso em: 10 de out de 2019.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica.** Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

LHACER, P. M. V. **Justiça, cidadania e saúde**: reflexões sobre limites, possibilidades e desafios para a implementação da reforma psiquiátrica nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no Estado de São Paulo. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
doi:10.11606/D.6.2013.tde-01092014-123244. Acesso em: 30 de set de 2019.

MENEZES, C. **Noções de Criminologia**. Disponível em:
<<http://www.doraci.com.br/files/criminologia.pdf>>. Acesso em: 20 de out de 2019. 201?.

Organização Mundial de Saúde - OMS. (2001). **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: OMS.

Organização Mundial de Saúde - OMS. (2003). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID 10**. (9ª. Ed. rev.). São Paulo: EDUSP.

Organização Mundial de Saúde - OMS. (2005). **O Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. Genebra: OMS.

ONU - Organização das Nações Unidas (1948). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>>. Acesso em: 19 de nov de 2019.

PAILI: **Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator**. Haroldo Caetano da Silva (coord.). 3.ed. Goiânia: MP/GO, 2013. 60p.

PEREIRA, M. Gestalt-terapia e saúde mental: contribuições do olhar gestáltico ao campo da atenção psicossocial brasileira. **IGT na Rede** - Vol. 5, N° 9. 2008.

PERES, M. F. T.; NERY FILHO, A. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 335-355, Ago. 2002.

POLI, M. C. “Alienação” na psicanálise: a pré-história de um conceito. **Psychê** — Ano IX — n° 16 — São Paulo — jul-dez/2005 — p. 133-152.

PROVIDELLO, G. G. D.; YASUI, S. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1515-1529, Dec. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702013000401515&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Nov. 2019.

YASSUI, Silvio. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro. v.18, n.2, abr.-jun. 2011, p.585-589.