

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

Carolina Guidi Gentil

Crime e loucura:
problematizações sobre o louco infrator na realidade do Distrito Federal

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

São Paulo
2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

Carolina Guidi Gentil

Crime e loucura:
problematizações sobre o louco infrator na realidade do Distrito Federal

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Social sob a orientação da Prof. Dra Maria Cristina Gonçalves Vicentin.

São Paulo
2012

BANCA EXAMINADORA

RESUMO

GENTIL, Carolina Guidi - Crime e loucura: problematizações sobre o louco infrator na realidade do Distrito Federal

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico- HCTP, ou também conhecido mais popularmente por Manicômio Judiciário- MJ se constitui, hoje, como o dispositivo central no trato do personagem do louco infrator. Este trabalho preferirá adotar a expressão louco criminoso, e também de Manicômio Judiciário, não por pretender legitimar a existência estrita e irremediável deste personagem e deste local, mas justamente para apresentar de forma clara o imaginário social hegemônico que o atravessa, e a instituição a ele delegada historicamente.

No trato deste personagem duas leis seriam centrais para a compreensão do lugar hoje destinado a estes sujeitos. A primeira delas a da Medida de Segurança, localizada no Código Penal de 1940 e em vigor até hoje. A segunda a da Reforma Psiquiátrica (nº 10.216/2001) aprovada em 2001, com uma nova política de saúde mental angariada principalmente na desinstitucionalização e cuidado dos sujeitos em instituições abertas. Por ora se sabem que estas duas leis operam de maneiras dissonantes em muitos sentidos, o que provoca um jogo de forças, onde ora uma se sobressai diante da outra, e vice-versa.

Estruturamos a dissertação em três capítulos. O primeiro deles focalizará a construção da figura da periculosidade, sua formação discursiva e os atores institucionais que dela participam. O segundo será configurado a partir do histórico brasileiro, e de como os estudos internacionais ecoaram aqui, culminando na lei da Medida de Segurança. E por último, numa fotografia do presente, quando se apresentará um perfil dos sentenciados à Medida de Segurança, no regime de internação, no DF, buscando tornar visíveis as funções do Manicômio Judiciário hoje.

Estabelecer esse percurso configura uma maneira de trabalho baseada em conceitos de Foucault onde se busca as raízes históricas da construção de uma objetivação, no nosso caso o imbricamento entre crime, patologia e defesa social, bem como os dispositivos de seu funcionamento. Especificamente os mecanismos das Medidas de Segurança, os exames médico-psiquiátricos e as instituições de custódia.

Encontramos como resultado que esses sujeitos seriam efeito de um percurso institucional, anterior à internação na ATP com uma porcentagem elevada de casos que tiveram passagem anterior por instituição de saúde, saúde mental e/ou o sistema socioeducativo. Além disso, são sujeitos solteiros, com baixa escolaridade, e em sua maioria diagnosticados com transtornos relacionados à psicose e esquizofrenia. Os crimes variam desde furtos a homicídios. Essa pesquisa encontrou dados semelhantes a outras realizadas anteriormente em outros Estados, e realizamos, também, algumas comparações.

Ao encontrar uma sobreposição de duas leis vigentes e buscar entender qual tem se sobressaído, bem como buscar fundamentar os dispositivos vigentes para essa sobreposição, e suas possíveis consequências ideológicas e políticas, a pesquisa nesta área se constitui como instrumento de análise e atualização de dados para possíveis novas ações políticas.

Palavras-Chave: periculosidade, louco-infrator, Medida de Segurança

GENTIL, Carolina Guidi- Crime and Madness: the problems and implications of the legally insane in the realities of Distrito Federal.

The Hospital of Custody and Psychiatric Treatment- popularly known as the judiciary asylum - functions today as the main resource of treatment for those labeled by a court as "legally insane". This work will adopt this expression, "legally insane", so as to emphasize the ambiguity that encircles this category of criminal, in the sense that they are neither criminals, nor innocents, they are found not-guilty by reason of insanity, being insanity a form of punishment in itself.

Studying this type of character, two laws become essential for fully comprehending its present situation. The first would be "Medida de Segurança", established by Penal Code of 1940, and still ruling. The second would be the Psychiatric Reform (nº 10.216/2001), established in 2001, following a new political programme for mental-health treatment, based mainly in a more humanized approach to the ones found in psychiatric wards. These two laws, by their very contradictory nature, collide and pose many problems.

This dissertation was structured in three chapters. The first one focuses on the process by which the notion of criminality is founded, the social discourses that validate it and the institutions that use such rhetoric. The second one observes the history of the law in Brazil, and how cases from different countries influenced the recent changes in our Constitution. And the last one studies the current situation of those found in psychiatric wards in Distrito Federal, and how these many factors operate in their reality.

My theoretical tools were driven out of the works and concepts of Foucault, where the historical roots are analyzed in order to create a panorama from which we can observe how crime, pathology, and social defense correlate to which other in a complex drapery that involves institutions, laws, and social stigmas.

It was found that a large amount of those kept in psychiatric wards had already a history of earlier hospitalizations. This was the first visible pattern. The second was that many were single subjects, poorly schooled, and diagnosed with dysfunctions related to psychosis and schizophrenia. The crimes they committed ranged from thievery to homicide. This research also found similar data in other states, which authorized comparisons for purposes of further elucidations.

By focusing on the essential conflict between the two laws and seeing which one would overcome the other, and also by trying to scrutinize the mechanisms behind such operation, this research had the purpose of posing a new debate over the current situation of those labeled "legally insane" and their treatment.

Keywords: Legally insane, "medida de segurança", criminality

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Milza Guidi, pelo apoio incondicional. Ao Tiago, meu irmão e cúmplice, que sempre esteve ao meu lado. À Juliana Guide, por ser e estar sempre comigo. E à minha família.

À Cristina Vicentin, por ter acolhido o projeto, pela paciência em orientar e desorientar.

À equipe da Seção Psicossocial do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, pelo suporte, disponibilidade e sempre cordialidade para efetuação da pesquisa.

Aos amigos de Brasília. Sempre prontos, sempre ali. Especialmente à Luisa, que me ensinou o significado da palavra compartilhar. Agradeço também à Tati, Laura, Vanessa, Daniel, Thiago e Thessa.

Aos amigos de Sampa. Notadamente Jana Koosah, por viver comigo as alegrias e as tristezas da cidade; Luara Tokarski pela sempre amizade, por abrir sua casa e fazer dela minha também; e ao Sebastião Oliveira Neto, que entrou na minha vida aos poucos, e permaneceu aos montes.

Aos colegas do núcleo, que com as conversas de corredor me incentivaram a permanecer no tema. Especialmente Dayse Andrade, com seu carinho; ao Rafael Domenes, por me acolher em sua casa sempre que necessário; à Flávia Blikstein, por tudo que vivemos.

Ao CNPq, pela viabilização prática da realização deste trabalho. E à PUC-SP, em especial ao departamento de Psicologia Social, e à Marlene, sempre pronta para ajudar nos problemas operacionais.

SUMÁRIO

LISTA DAS ABREVIACÕES.....	8
ÍNDICE DE TABELAS.....	10
INTRODUÇÃO	11
1 - O LOUCO INFRATOR: ENTRE O DISCURSO MÉDICO E JURÍDICO.....	20
1.1 – A EMERGÊNCIA DA NOÇÃO DA PERICULOSIDADE NA INTERFACE ENTRE CRIME E LOUCURA.....	20
1.2 - A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUAS DESCONSTRUÇÕES.....	32
2- O LOUCO INFRATOR NO BRASIL.....	38
2.1 DIMENSÕES HISTÓRICO-INSTITUCIONAIS DO LOUCO INFRATOR NO BRASIL.....	38
2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E A SUA INTERFACE COM A JUSTIÇA: UM CAMPO DE TENSÕES.....	47
3- LOUCOS INFRADORES NO DISTRITO FEDERAL: PERFIL E PROBLEMATIZAÇÕES NO TOCANTE AO ACESSO À REDE DE SAÚDE MENTAL.....	60
3.1 A TRAJETÓRIA DA PESQUISA – LIMITES E POTÊNCIAS.....	60
3.2 PERFIL DOS INTERNOS DO HCTP DE BRASÍLIA.....	68
3.3 ALGUMAS PROBLEMATIZAÇÕES NO TOCANTE AO PERCURSO INSTITUCIONAL DOS INTERNOS E SUA RELAÇÃO COM O CAMPO DE SAÚDE MENTAL.....	76
3.4 HORIZONTES – A REALIDADE DE BRASÍLIA	83
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXO.....	101

LISTA DAS ABREVIACÕES

ATP – Ala de Tratamento Psiquiátrico

ANIS - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero

CAPS – Centro de Atendimento Juvenil Especializado

CAJE - Centro de Atenção de Jovens

CP – Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

DCA - Delegacia da Criança e do Adolescente

DEPEN-MJ - Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça

DF – Distrito Federal

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HSVP – Hospital São Vicente de Paula

IML - Instituto Médico Legal

LEP – Lei de execuções penais

MJ – Manicômio Judiciário

MS – Medida de Segurança

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

MPF – Ministério Público Federal

TJDFT – Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios

INFOPEN - Sistema Integrado de Informações Penitenciárias

PFDC – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão

PUC-SP - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

SEVEC – Psicossocial da Vara de Execuções Criminais

STF - Superior Tribunal Federal

TA – Tratamento Ambulatorial

TPAS – Transtorno de Personalidade Anti-Social

SRT – Serviço de Residência Terapêutica

UES – Unidade Experimental de Saúde

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1	71
TABELA 2	72
TABELA 3	73
TABELA 4	73
TABELA 5	74
TABELA 6	77

Introdução

Se as figuras da loucura e da criminalidade mobilizaram intensamente o imaginário social - ainda que de diferentes modos, ao longo da história - a figura do louco infrator encarna o duplo peso desse imaginário, tendo merecido historicamente um lugar distinto, seja a prisão, seja o hospital. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) corporifica essa ideia, sendo uma espécie de híbrido entre a função prisão/custódia e a função hospital/tratamento. Nesta construção sócio-histórica as noções de crime e de loucura não são duas perspectivas distintas, mas sim perspectivas imbricadas e ecoam em uníssono uma sintonia conceitual, a do louco-perigoso.

Este lugar ambíguo de tratamento psiquiátrico e de função penal mobiliza também dois saberes distintos, o da psiquiatria e o do direito penal – ainda que com diferentes articulações. Neste lugar ambíguo, alguns saberes se fazem complementares e com uma sobreposição ideológica atuam em um sentido único: o de proteger a sociedade desses indivíduos considerados ao mesmo tempo loucos e criminosos.

As denominações deste personagem sofreram mudanças ao longo do processo histórico que vai desde sua identificação, caracterização até o horizonte do seu tratamento, direitos e instituições. Tais mudanças performaram diferentes “personagens”. Este trabalho preferirá adotar a expressão louco criminoso, não por pretender legitimar a existência estrita e irremediável deste personagem, mas justamente para apresentar de forma clara o imaginário social hegemônico que o atravessa. Ao utilizar este termo, no entanto, não deixaremos de problematizar os tensionamentos que se fazem presentes não só nas inflexões das nomeações atribuídas a estes sujeitos, mas também nos diferentes direitos de que seriam tributários: ora entendidos como loucos¹, ora como criminosos e ora como perigosos.

O louco infrator deveria ser hoje, no Brasil, regulado por duas legislações, a penal e a da Reforma Psiquiátrica, que discorre sobre o tratamento. A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216), aprovada em 2001, e posterior a do código penal, direciona os tratamentos a uma base comunitária e aberta. Esta lei, além de

¹ Cabe esclarecer ainda que neste trabalho utilizaremos a concepção da loucura de forma a marcar mais amplamente a figura da desrazão, tal como sinalizado por Foucault em História da Loucura (1972). Quando se tratar de referências de outros autores, respeitaremos o uso feito pelo documento citado. Essa opção permite também acompanhar as diferenças e variações sócio-históricas aí presentes.

promover uma mudança no paradigma do tratamento em direção a uma ética do cuidado e da promoção da vida, reposiciona o louco como sujeito de direitos de cidadania, passando ele a ser compreendido como capaz de assumir responsabilidades e ter responsabilidades atribuídas a si. No entanto ela é lacônica no que se refere à especificidade do louco infrator, discorrendo apenas sobre a modalidade de internação determinada pela justiça (BRASIL, 2001).

Abaixo o artigo onde essa especificidade está localizada:

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

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.
(BRASIL, 2001)

Outra lei que disciplina o louco infrator engloba dispositivos sob o título da Medida de Segurança (MS), localizado em diferentes códigos. No Código Penal – CP a MS encontra-se disciplinada nos artigos 96 a 99; já o Código de Processo Penal – CPP dispõe sobre “a insanidade mental do acusado”, nos seus artigos 149 a 154; e a Lei de Execuções Penais – LEP aborda a MS nos seus artigos 171 a 174 e a cessação da periculosidade nos artigos 175 a 179.

A MS regulada no Código Penal de 1940 estabelece que sujeitos autores de crimes quando diagnosticados com alguma doença mental – termo este especificado na lei - não podem ser considerados responsáveis pelos seus atos e, logo, são inimputáveis e devem ser tratados e não punidos. Esta concepção é aplicada àquele que no momento da ação ou omissão é incapaz de compreender o caráter ilícito do seu ato. A concepção de inimputabilidade aqui é a que não se pode atribuir a alguém a responsabilidade de algo, e tampouco a de classificar de crime ou erro. A MS também pode ser imposta à pessoa considerada semi-imputável, ou seja, entende-se que a compreensão acerca do ato delituoso é parcial. Outra possibilidade de aplicação de MS é durante o cumprimento da pena, quando o indivíduo apresenta um transtorno mental no transcurso de seu cumprimento (Código Penal Brasileiro, Lei 2.848/1940).

Percebe-se, de imediato, a existência de tensões e dissonâncias entre a lei penal e a lei da Reforma Psiquiátrica, destacando-se, especialmente a ideia da responsabilização. O código penal entende a loucura como um fator de inimputabilidade que destituiu o indivíduo de toda e qualquer responsabilidade. No entanto, alguns programas já em funcionamento no país (PAILI e PAI-PJ), como veremos a seguir, partem do princípio do ideário da Reforma Psiquiátrica bem como de seus desdobramentos na política de saúde mental. Eles concebem que a responsabilização é um horizonte possível para o louco, seja porque é coerente com a atribuição de cidadania, seja porque é relevante do ponto de vista da terapêutica. Tais tensionamentos têm ensejado processos de mudanças, visíveis em algumas experiências e em propostas para o alinhamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento à Reforma.

Neste sentido é importante ressaltar as experiências interessantes no trato destes sujeitos por intermédio de dois programas que serão mais bem detalhados no caminhar deste trabalho, o PAI-PJ e o PAILI, em MG e GO respectivamente, ambos em funcionamento em articulação do poder judiciário e da esfera de saúde mental. Parte deste trabalho buscará, também, articular como se construíram estas novas perspectivas.

No entanto é importante frisar que a política de saúde mental especificamente em relação a estes sujeitos precisa avançar nos planos jurídico-legal, técnico-assistencial, bem como na transformação do imaginário social. Trata-se de um campo em que se podem perceber inúmeros desafios.

Muito da vontade de escrever sobre o tema vem ainda da experiência que tive por um ano como estagiária da Vara de Execuções Penais, no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e territórios, no ano de 2007. Acompanhei mais de 20 sentenciados condenados à Medida de Segurança, tanto na modalidade de tratamento ambulatorial, quanto sob o regime de internação.

No tratamento ambulatorial foi preciso um trabalho árduo para encontrar locais onde fosse possível efetuar o acompanhamento devido, decorrente da rede escassa de saúde mental do Distrito Federal - DF. Nesse sentido é importante frisar que segundo consta no relatório² do Ministério da Saúde, denominado Saúde Mental

² O relatório foi efetuado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em 2010, depois da IV conferência nacional de saúde mental intersetorial. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental.

em Dados nº 7, o Distrito Federal foi classificado com cobertura crítica (abaixo de 0,20 CAPS/100mil habitantes) no modelo proposto pós-Reforma Psiquiátrica, ficando em 26º lugar no ranking do Brasil, perdendo somente para o estado do Amazonas. No último relatório, o nº 10, mais atual, o DF continua com cobertura insuficiente, sendo agora classificado com cobertura baixa, (com 0,25 CAPS por 100 mil habitantes) (BRASIL, 2012). E, além disso, quando os sentenciados conseguiam algum acompanhamento psicossocial ainda ocorriam situações de preconceito e discriminação por parte dos profissionais da rede de saúde mental.

Já no regime de internação os sentenciados contavam com uma Ala de Tratamento Psiquiátrico - ATP, dentro do presídio feminino, na cidade satélite do Gama, no Distrito Federal. A ATP tinha capacidade para 80 internos, e no período de meu estágio se encontravam 107 sentenciados internados.

Com essa experiência foi possível vivenciar a ambiguidade com que se lida nesses casos: ora é preciso punir, ora é preciso cuidar e tratar.

Nesse terreno contraditório foi possível verificar, além da inexistência de tratamento, violações e iniquidades na própria lei. Muitas vezes os sentenciados acabavam sendo penalizados por um tempo superior, cumprindo pena além do tempo previsto no código penal se tivessem sido condenados a um apenamento comum. Logo, esse foi um primeiro aspecto que me chamou atenção: ao ser condenado a uma Medida de Segurança, o réu estará sujeito a cumprir um tempo mínimo da pena, não tendo, porém, direito a uma determinação prévia do tempo máximo a que estará sujeito. Se assim for estipulado pelos peritos psiquiátricos que o examinam, quando determinado pelo juiz, sua pena é passível de prorrogação. Nesse mesmo sentido, é possível encontrar relatos de casos onde o sentenciado permaneceu preso por tempo superior ao tempo estipulado pela Constituição Federal, exemplo colocado no documentário “A Casa dos Mortos”³ em que ficou demonstrada a existência de internos do HCTP da Bahia em situações que ultrapassam os trinta anos, o que implica descumprimento de decisão do Superior Tribunal Federal – STF (DINIZ, 2009).

Outro aspecto que provocou indagações foi o fato que, se o apenado contar com recurso financeiro, é possível que sua pena seja cumprida em clínicas psiquiátricas privadas, o que escancara a desigualdade presente no tratamento em

³ Produzido pela ONG Anis (DINIZ, 2009).

nosso país dado àqueles com mais recursos financeiros. Nesses casos, o réu chegava a pagar quantidades entre 10 mil a 50 mil reais por mês em clínicas que possuíam piscina, academia, assistência psicológica, psiquiátrica dentre outros. A maioria desses sujeitos conseguia cumprir o tempo mínimo estabelecido pela Medida de Segurança, de um ano. Ou seja, nos crimes de tráfico de drogas e homicídios, cuja pena no sistema penal comum costuma ser de vários anos, dentro dessa especificidade da Medida de Segurança em clínica privada, o réu poderia cumprir somente um ano, tempo mínimo estipulado pelo juiz.

As violações de direitos, injustiças, os preconceitos bem como a ausência de estudos nessa área me levaram a querer aprofundar mais no tema, que é controverso e também doloroso. A forma como a mídia elabora muitos fatos, a sobreposição da loucura com a criminalidade e os argumentos presentes no debate dos atores que lidam com esses casos serão ferramentas importantes na construção deste trabalho, que visa sobremaneira uma atualização da temática dentro das perspectivas atuais da política de saúde mental.

Escrever sobre esta temática é por vezes desafiador e instigante, e também bastante difícil e complexo. É necessário não tratar do tema com leviandade e ao mesmo tempo não cair em preconceitos. O campo de interface da saúde mental e justiça é um campo cheio de dúvidas, incertezas e ao mesmo tempo cheio de respostas prontas. Muitas vezes quando aparece um caso enigmático na mídia a resposta é sempre uma: quando cometeu o crime o indivíduo não estava em sua razão plena, estava louco. Outros afirmam veementemente: “é um psicopata sem cura”. Cabe esclarecer que no variado espectro diagnóstico dos “loucos infratores”, a psicopatia⁴ é atribuída a “pessoas sem senso moral, e sem nenhum problema da ordem intelectual” (FRY, 1985 apud VICENTIN, 1992), o que se chamou no início do séc. XIX, de loucura moral, a que mais se avizinha da periculosidade e que demanda a estratégia de controle pela custódia.

O próprio conceito de psicopatia dentro da denominada psiquiatria científica não é consensual; ao contrário, é bastante controverso (LEONARDIS, 1998; VICENTIN, 2010). Entretanto, quando se trata dessa especificidade, o conceito parece erigir todas as respostas aos motivos pelos quais o crime foi cometido.

⁴ Este trabalho não fará um estudo sobre a evolução mais recente do próprio conceito de psicopatia, uma vez que aqui o que está em jogo seria a capacidade que esta definição teria de articular tecnologias de punição e de defesa social. Essa discussão será retomada de maneira mais específica no capítulo 1.

Outro aspecto não menos importante no trato dessa questão é a mídia e a maneira como esses casos são recontados. Para Kolker (2005) há uma emergência dos discursos que preparam as subjetividades contemporâneas a quererem a utilização da prisão. A mídia concatena discursos sobre medo e violência que ocasionam a justificativa do uso de novas tecnologias de punição e de segregação. Ela afirma que é por intermédio da noção de risco social, uma espécie de reconstrução do discurso periculosista que se estabelecem estas novas maneiras de gestão da segurança urbana. O medo funciona como o eixo dos discursos atuais de segurança. O objetivo é a aprovação da opinião pública a um tratamento maniqueísta da violência de acordo com a classe social da vítima ou a posição social do perpetrado.

E então, como lidar com casos emblemáticos? Como lidar com os crimes hediondos? Sem resposta? Quais seriam as alternativas no trato desses sujeitos? Como desconstruir e reelaborar a elaboração midiática dos fatos? Como agir diante de casos sem explicações? Afinal de contas, loucura e periculosidade seriam necessariamente fatores complementares?

Lidar com esses casos sem respostas, e com esse “lado” humano que comete crimes, e muitas vezes crimes hediondos, ocasiona tristeza, dúvidas e um sentimento de desamparo. Desamparo esse por não encontrar uma resposta convincente com relação aos motivos do crime, e também por não encontrar dentro da sociedade ferramentas efetivas de amparo a esses sujeitos após cometerem o crime. Os motivos do crime são em sua maioria explicados por feixes psicológicos e furos biográficos que enquadram esses sujeitos em diagnósticos arbitrários. Esses diagnósticos por vezes encarnam o passado no futuro de serem em potencial sujeitos reincidentes em seus crimes. Esse desamparo, por conseguinte, não ocorre em relação à sociedade, pois a própria lei da Medida de Segurança visa protegê-la desses indivíduos, de sua periculosidade, de sua biografia e de sua iminência a cometer outros delitos.

Entender a sociedade em que vivemos hoje como perversa e desigual é uma das primeiras pistas que procuramos eleger no trato desse tema. Entendendo aqui que somente sujeitos muito específicos seriam condenados à Medida de Segurança. Neste sentido, Vicentin (1992) nos convida a refletir:

A figura do criminoso anormal abriu espaço, também, para que se confundissem todas as formas de ilegalidade: homicídios, atentados ao patrimônio público, usurpação da propriedade privada. Ao se transformar a oposição às leis em patologia, permitiu-se, por extensão, medicalizar-se as formas de contestação ao Estado, à moral burguesa, aos interesses do capital, às autoridades constituídas etc, justificando-se, portanto, a necessidade de criação de dispositivos capazes de conter tal tipo de anomalia social. (p. 101).

Desse modo, esse trabalho visa, sobremaneira, questionar em primeiro lugar, a construção do objeto louco perigoso. Por isso, a dissertação percorreu o caminho de elucidar a construção do objeto, inicialmente, em uma perspectiva histórica mais ampla, a da sociedade ocidental moderna, para depois, olhar suas singularidades no Brasil e em Brasília - lócus da pesquisa empírica. Estabelecer esse percurso configura uma maneira de trabalho baseada em conceitos de Foucault onde se busca as raízes históricas da construção de uma objetivação, no nosso caso o imbricamento entre crime, patologia e defesa social, bem como os dispositivos de seu funcionamento. Especificamente os mecanismos das medidas de segurança, os exames médico-psiquiátricos e as instituições de custódia.

A tarefa do genealogista é a de mapear a dispersão dos acontecimentos, e realizar um corte entre uma conjecturada relação determinista entre a coisa e a palavra que a nomeia, problematizando as relações de saber-poder que produziram realidades, e subjetividades, um modo de ser, de sentir e de pensar (FOUCAULT, 1979 apud LEMOS; CARDOSO JUNIOR, 2009).

A leitura de Foucault considera o sujeito sempre como efeito do discurso, ou melhor, de formações discursivas que emergem em meio a um jogo de forças que se atualizam a cada nova relação, a cada momento, e não de maneira linearmente evolutiva ao longo do tempo (LEMOS ; CARDOSO JUNIOR, 2009).

Desta maneira, Foucault (1996) vai aprofundando sua análise por intermédio do entendimento das condições que possibilitaram o surgimento e permanência de determinadas práticas discursivas. Tal perspectiva possibilita a compreensão dos enunciados, ou melhor, da formação discursiva como construção histórica, valorizando as condições abertas no ambiente – características e necessidades existentes – que produzem ou permitem a emergência desta mesma prática discursiva como dispositivo de poder (LEMOS; CARDOSO JUNIOR, 2009). É o que podemos ver quando ele nos diz:

As genealogias não são, portanto retornos positivistas a uma forma de ciência mais atenta ou mais exata, mas anti-ciências. Não que reivindicuem o direito lírico à ignorância ou ao não-saber; não que se trate da recusa de saber ou de ativar ou ressaltar os prestígios de uma experiência imediata não ainda captada pelo saber. Trata-se da insurreição dos saberes não tanto contra os conteúdos, os métodos e os conceitos de uma ciência, mas de uma insurreição dos saberes antes de tudo contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa. (...) são os efeitos de poder próprios a um discurso considerado como científico que a genealogia deve combater. (FOUCAULT, 1979. p. 97).

A genealogia seria, portanto, uma maneira diferente de lidar com os saberes na hierarquia de poderes próprios à ciência, seria algo no sentido de uma iniciativa para libertar da sujeição os saberes históricos, isto é, torná-los capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico, único, formal e científico (FOUCAULT, 1979).

Este trabalho será então elaborado na perspectiva de percorrer a construção do sujeito perigoso, e os jogos de saber-poder a ele relacionados, os atores imbricados e suas perspectivas históricas. A perspectiva genealógica estará presente como uma estratégia de pensamento na construção deste trabalho, seja em sua escrita, em seu modo de pesquisar e na análise dos efeitos desta articulação crime- loucura -periculosidade.

Estruturamos a dissertação em três capítulos. O primeiro deles focalizará a construção da figura da periculosidade, sua formação discursiva e os atores institucionais que dela participam. O segundo será configurado a partir do histórico brasileiro, e de como os estudos internacionais ecoaram aqui, culminando na lei da Medida de Segurança. E por último, numa fotografia do presente, quando se apresentará um perfil dos sentenciados à Medida de Segurança, no regime de internação, em Brasília, buscando tornar visíveis as funções do manicômio judiciário hoje.

Por fim, este trabalho preferirá a utilização dos pronomes em terceira pessoa do plural. Aqui se entende que esta tarefa não foi feita só, e tampouco é impessoal. Permitimo-nos fazer nossas as palavras de Deleuze:

As duas primeiras pessoas do singular não servem de condição à enunciação literária; a literatura só começa quando nasce em nós uma terceira pessoa que nos destitui do poder de dizer eu. Por certo,

os personagens literários estão perfeitamente individuados e não são imprecisos, nem gerais; mas todos os seus traços individuais os elevam a uma visão que os arrasta num indefinido como um devir potente demais para eles. (...) Embora remeta sempre a agentes singulares, a literatura é agenciamento coletivo de enunciação. (1993, p. 13)

1 – O louco infrator: entre o discurso médico e jurídico

1.1- A emergência da noção de periculosidade nas interfaces entre crime e loucura

“Podemos colocar todo mundo na prisão por medida preventiva, e não haverá mais crimes para cometer”.
Aftálion, um jurista clássico.

“Certos criminosos merecem ficar presos mesmo depois de terminada sua pena”.
Ditos populares

Ao longo da história alguns crimes tornaram-se emblemáticos sob o ponto de vista de sua repercussão e loucura aparente, e se tornaram a *posteriori* objetos de estudos e de intervenção, configurando, muitas vezes, mitos e tabus sobre a temática que deixou de ser a do crime em si, para ser a do crime e da loucura ocasionadora dos mesmos. Veremos neste capítulo alguns elementos que contribuíram para a construção da diferença entre crimes cometidos por sujeitos em sua “normalidade” e crimes cometidos por sujeitos em sua “loucura” e, mais ainda, para as íntimas relações entre psiquiatria e direito.

O caso do Pierre Rivière, de 1835, por exemplo, é paradigmático no que diz respeito ao início do processo de cooperação entre o direito e a psiquiatria. Rivière era um jovem camponês que matou a golpes de foice a mãe grávida, a irmã adolescente e um irmão de sete anos – um parricídio. O caso é trabalhado em um livro organizado por M. Foucault (1977) intitulado “Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão” e resultado de um trabalho de equipe realizado no Collège de France. Dele consta um dossiê do caso, isto é: o processo, os relatos das testemunhas, os pareceres médicos, um relato do próprio Rivière e também comentários de estudiosos sobre o caso.

Para Foucault (1977, p. 215), o relato de Rivière se articula, ao menos por sua forma “a toda uma série de narrativas que formavam então como que uma memória popular dos crimes”. Vejamos como se apresenta Rivière:

Direi como decidi cometer esse crime, o que eu pensava, e qual era minha intenção, direi também qual era a vida que levava entre as pessoas, direi o que passou no meu espírito depois de cometer esta ação, a vida que levei e os lugares que passei desde o crime até a minha prisão. (FOUCAULT, 1977, p. 51)

O caso de Rivière possui algo de singular. Seu discurso não foi preparado após o crime, nem após a solicitação dos médicos ou magistrados. Seu relato precede ou entrelaça-se a seu ato. O memorial não foi tomado como uma confissão ou como uma justificativa ou defesa, mas como uma peça do processo. Para os magistrados da época, o fato de matar e o fato de escrever, os gestos consumados e os fatos contados eram ações de uma mesma ordem. Percebendo isso, o magistrado pediu a Rivière que escrevesse e que relatasse o que havia acontecido (ANDRADE, 2007). Ele procede, então, a um “resumo dos sofrimentos e aflições causados por minha mãe e meu pai de 1813 a 1835” (FOUCAULT, 1977, p. 51) e conta um pouco da sua história, à sua maneira, com suas verdades, medos, fantasias.

Ao longo do julgamento do seu processo, foram solicitados pareceres de médicos e psiquiatras a respeito do caso. O doutor Bouchard o “abandona” à justiça penal, e declara que não observou nenhum sinal de alienação mental. Atribui o triplo assassinato a um estado de exaltação momentânea, devido a sofrimentos ocasionados pelo pai. O doutor Vastel, médico da cidade e dono de um asilo, afirma que a hereditariedade é a causa de sua alienação mental, e que se não é culpado, é, no mínimo perigoso, e deve ser isolado em seu próprio interesse e, sobretudo, no da sociedade. Os médicos parisienses (Esquirol, Orfila, Marc, Pariset, Rostan, Mitiviè e Leuret) assinam um parecer onde se contentam em dar crédito à tese da loucura e apresentá-los em uma ordem coerente. Apresentam, ainda que brevemente, uma noção de monomania (CASTEL, 1977; FOUCAULT, 1977; WEBER, 2004).

A monomania⁵, segundo Castel (1978), teria sido a primeira resposta da escola alienista para qualificar de maneira patológica uma nova área do comportamento que não diz respeito à visão clássica da loucura por intermédio do delírio. Com isso, ela amplia o espaço de categorização, sendo uma extensão do patológico.

De fato, a jurisprudência desse caso é ilustrada pelo fato de não haver disposição legislativa que se aplicasse no caso dos alienados perigosos reconhecidos como irresponsáveis. Todos os textos médicos da época enfatizam que o parecer psiquiátrico não tem por objetivo inocentar o crime, nem deixar em liberdade os considerados alienados perigosos. Neste ponto, a psiquiatria, começa a esboçar a ideia de periculosidade. É quando começa a carreira da “monomania criminosa”, categoria adotada pela defesa, e aparecendo como um argumento inédito para os casos emblemáticos (CASTEL, 1977). Aqui o ato criminoso seria resignificado e por fim o seu ator inocentado, e caracterizado como irresponsável, sendo a doença mental (neste caso a monomania) a responsável pela irresponsabilidade do acusado.

Voltando ao caso, é interessante aqui resgatar o argumento que Bouchard utilizou para afirmar que Rivière não apresentava sinal de alienação mental: “ele não é monomaniaco, uma vez que não delira sobre um único assunto” (CASTEL, 1977).

Algo de similar aparece no relato dos médicos parisienses, escrito como uma espécie de petição com abaixo assinados - com cada nome assinalando a função principal do signatário, e que não trouxe nenhum elemento novo, ainda que demonstrasse o poder dos signatários. O texto era curto e evitava polemizar. O conceito de monomania é também introduzido, mas aqui é por intermédio de comparação entre o comportamento de Rivière após o crime e o comportamento dos monomaniacos que aparentemente retomavam a razão depois de uma crise. Mas não é elaborado de maneira explícita que ele seria monomaniaco, não seria ali o

⁵ Esquirol e outros médicos da época elaboram a noção de monomania, que seria uma micromania que se manifesta quando o delírio se orienta para um objeto particular, ou seja, um sujeito com monomania seria caracterizado por permanecer razoável em todos os pontos, menos naquele que diz respeito ao crime que cometeu – no qual se mostra como *louco*: “A mania tem como característica um delírio geral cujo princípio se encontra na desordem do entendimento, que por sua vez provoca a desordem das afeições morais.” (ESQUIROL, apud CASTEL, 1978); mas para Castel (1978) o que importa aqui não seria a noção em si da monomania, que inclusive é retrabalhada e resignificada a diante, mas sim o que se procura por intermédio dessa classificação que seria a elaboração e delimitação de um espaço de intervenção prática, que teria por fim a não responsabilização de um ato criminoso, com a consagração psiquiátrica/pericial.

momento de abrir um debate teórico. A função do parecer se fazia presente: convencer evitando chocar (CASTEL, 1977).

Neste sentido é importante resgatar a noção da monomania e o que ela implicou no sentido de transformação paradigmática. Ela seria a nova categoria para interpretar uma nova face de comportamento que escapava à psiquiatria e devia ser abandonada à justiça. A primeira incursão que o alienista realizou fora da instituição asilar consistiu na sua imposição como uma peça fundamental para o funcionamento do judiciário. O problema não seria novo e nem central, afinal de contas, nem para a justiça e nem para a medicina. Mas estaria em vista uma nova aplicação do código penal: a alienação mental excluiria o campo da penalidade porque ela provocaria uma desresponsabilização (CASTEL, 1978).

Em suma, Rivière acaba sendo condenado à pena de morte, mas com uma carta de indulto, Sua Majestade, o Rei, o perdoou e comutou sua pena para prisão perpétua. A petição dos médicos parisienses atingiu então seu objetivo, uma vez que a condenação pelo júri de Pierre (tido como um louco no final das contas) ocasiona uma comutação da sua pena de morte para uma pena a ser cumprida em estabelecimento penitenciário obtida por um indulto argumentado medicamente.

Aqui é importante destacar que neste crime a loucura do crime não era imediatamente visível e tão pouco de comum acordo nos pareceres psiquiátricos, ainda que tenha sido apresentado algum começo de discussão de um diagnóstico de monomania. No entanto desses mesmos pareceres, ainda que contraditórios, foi originada a imagem de sujeito perigoso, e, deste modo, Rivière foi merecedor de uma pena perpétua. Afinal não se sabia a que pena corresponderia seu ato, tampouco como agir penalmente diante do fato. Ele começou a cumprir a pena em Fevereiro de 1836. Acabou falecendo, em 1840, por suicídio (FOUCAULT, 1977).

Um século e meio depois de Rivière, é interessante traçar um paralelo com o caso Althusser, que, internado compulsoriamente e considerado inimputável pelo assassinato de sua mulher, Helène, porque louco, faz de seu livro auto-biográfico, "O futuro dura muito tempo", escrito em 1980, uma espécie de resposta (e defesa) pública ao silêncio e invisibilidade a que esteve condenado.

O século e meio que separam os dois casos conformam o período que nos interessa aqui abordar quando já se consolidava, conforme indica Castel (1978), a

moderna percepção da loucura, isto é, a da sua medicalização⁶ - ou de sua administração hegemônica pelo saber-poder médico, quando novas relações entre espaço urbano e medicina se configuravam⁷. Neste período é possível visualizar o surgimento de novos agentes, no caso, instâncias encarregadas de preencher o vazio conceitual entre a justiça, a administração pública e medicina e, lhes estabeleceu novas relações, especialmente com a justiça para configurar o exame médico-penal.

Desde 1838, o código penal Francês já trazia em seu artigo número 64 que “é porque o assassino ou o criminoso é considerado perigoso, tanto em relação a si mesmo (suicídio) quanto à sociedade (reincidência) que ele é posto a salvo de causar dano mediante o isolamento, seja o carcerário, seja o psiquiátrico” (ALTHUSSER, 1980). Aqui cabe mencionar que, em anos anteriores, para o código Francês, em 1810, culpa e loucura eram fatores excludentes, isto é, **ou o indivíduo seria considerado louco, ou ele seria considerado culpado e responsável pelo seu ato**. Essa lógica excludente, ou isto ou aquilo, começou a ser problematizada no caso vivido por Rivière. Entretanto, já a partir de 1832, na legislação vivida por Althusser, **culpa e loucura passam a conviver com a medida do tratamento**. Esta mudança proposta por uma reforma penal introduziu circunstâncias atenuantes que modulam a sentença segundo a doença e as perícias psiquiátricas passaram a integrar diretamente o processo de formulação da sentença. Em suma: o condenado seria absolvido de uma pena comum e condenado a uma medida de tratamento (WEBER, 2008).

Tanto Althusser quanto Riviere escrevem sobre suas motivações. No caso de Althusser, ele o faz a *posteriori* e em um momento no qual as problematizações sobre o manicômio e a segregação dos doentes mentais já ocupavam a cena social. Althusser (1980) argumenta que no código há vantagens evidentes de proteger o acusado, que é julgado **não responsável** pelos seus atos, mas que este também

⁶ A medicalização foi a forma pela qual a psiquiatria clássica administrou a loucura, reduzindo ativamente este problema social e propondo um novo tipo de gestão técnica dos antagonismos sociais. Com uma função política e de extensão dos domínios da medicina, restringiu-se o tratamento da loucura a um fazer especializado e asilar, configurando o período conhecido por alienismo (CASTEL, 1978).

⁷ O corpo social não é mais tido como uma simples metáfora jurídico-política, mas é uma realidade biológica e um campo de intervenção médica. O médico se inscreve como o técnico do corpo social, e a medicina, a uma higiene pública. Assim, se a psiquiatria se tornou tão importante já no século XVIII não foi simplesmente porque aplicava uma racionalidade médica às desordens, e sim porque funcionava como higiene pública (FOUCAULT, 1978).

dissimula perigosos inconvenientes, que são menos conhecidos: a hospitalização transforma o paciente frequentemente num caso crônico, sem limite de tempo previsível, embora se saiba ou se devesse saber que em princípio todo estado agudo é transitório: “na maioria das vezes, se não sempre, os médicos não são capazes de fixar um prazo, ainda que aproximado para um prognóstico de cura” (ALTHUSSER, 1980, p.50).

Esses dois casos apontam a problemática existente quando se trata de lidar com crimes cometidos por sujeitos considerados loucos. Certamente, eles não são únicos. É possível trazer outros casos à tona, a propósito de uma série de casos que tinham aproximadamente a mesma forma e que se desenrolaram entre 1800 e 1835, período em que, segundo Foucault (1978), ocorreu à intervenção da psiquiatria no âmbito penal.

Um deles é o caso de Sélestat na Alsácia, onde durante um inverno muito severo, em meio à miséria, uma camponesa se aproveita da ausência de seu marido, que havia saído para trabalhar, mata sua filha, corta-lhe a perna e a cozinha na sopa. Um outro ocorre em Paris, em 1825, onde uma criada, chamada Henriette Cornier procura a vizinha de seus patrões e lhe pede veementemente para que ela lhe confie sua filha durante algum tempo. A vizinha aceita, ainda que hesitante. Mais tarde, quando ela vem buscar a criança, Henriette Cornier havia matado a criança e jogado sua cabeça pela janela. Na Nova Inglaterra, Abraham Prescott mata sua mãe adotiva, ainda que eles tivessem uma boa relação (FOUCAULT, 1978).

Com esses casos Foucault (1978) indaga: por que, em todo o universo de crimes cometidos, foram estes que pareceram importantes, por que foram eles que estiveram em jogo nas discussões entre médicos e juristas?

De fato, no âmbito do direito penal vigente (séc. XVIII), o delito é a destruição por livre arbítrio do pacto social e a pena é uma medida pelo dano causado à sociedade. O fundamento do direito de punir é uma porção da liberdade de todos os homens, sacrificados ao bem geral, por um contrato social (BECARRIA, 2006, *apud* WEBER, 2008). A medida entre o crime e o castigo, seu elemento comum, é a razão do crime, tendo o crime, uma natureza (FOUCAULT, 1978). O que fazer, então, com os crimes sem motivos? Pois assim foram caracterizados os crimes como o caso de Henriete Cornier, que matou uma criança que ela desconhecia, sem ser capaz de dar a menor justificativa. Tendo o motivo do crime se tornado o motivo de punir, como punir se o crime era sem motivo? Para punir é necessário saber a natureza do

culpado, o grau da sua maldade. Porém, se há somente o crime de um lado e do outro a responsabilidade jurídica pura, não há como atribuir um sentido ao crime (FOUCAULT, 1978).

Tais crimes foram considerados embaraços absolutos para o sistema penal. Ou seja, situações onde diante de um crime não mais só se podia exercer o poder de punir. Nesse embaraço, a psiquiatria aparece como resposta com a afirmação de que seria capaz de farejar o perigo eminente de determinados sujeitos: com o mecanismo conceitual de instinto, a psiquiatria, a jurisprudência e a prática penal fundamentam e entrelaçam suas práticas e seu exercício de poder. É o que Foucault (1978, p. 25) nos diz: “A máquina penal não pode mais funcionar apenas com uma lei, uma infração e um autor responsável pelos fatos”.

Foi precisamente o que a psiquiatria no século XIX inventou: um crime louco, um crime que seria somente louco, uma loucura que nada mais é do que crime e em última instância chega a ser uma entidade fictícia. O sujeito louco é instantaneamente um sujeito perigoso, alguém cujas características da psique são inconciliáveis com as leis deste mundo (FOUCAULT, 1978). Assim:

Foi insidiosamente e como por baixo e por fragmentos que se organizou uma penalidade sobre o que se é: foram necessários quase 100 anos para que essa noção de ‘indivíduo perigoso’, que estava virtualmente presente na monomania dos primeiros alienistas, fosse aceita no pensamento jurídico e, ao cabo de 100 anos ela se tornou o tema central das perícias psiquiátricas (FOUCAULT, 1978, p. 25).

O indivíduo será responsável pelo seu ato quando mais estiver ligado a este por uma determinação psicológica. Há um paradoxo: a liberdade jurídica de um sujeito é demonstrada pelo caráter determinado do seu ato; a sua irresponsabilidade é provada pela natureza não determinada de seu gesto. Com esse paradoxo, a psiquiatria e a justiça penal entram em um estado de incerteza – da qual ainda estamos longe de sair. Assim, os jogos da responsabilidade penal e da determinação psicológica se tornaram o cerne do pensamento jurídico e médico, em voga até hoje (FOUCAULT, 1978).

Castel (1978) também analisa a função da medicina mental na mesma perspectiva que Foucault:

É por isso que a medicina mental ganhou, inicialmente, seu espaço de intervenção através de casos que lhe são oferecidos pela justiça porque, em suma, representam para esta última um enigma insolúvel. Trata-se desses grandes crimes monstruosos e sem motivos que entretiveram a opinião pública do século XIX: Léger, Papavoine, Lecouffe, Henriette Cornier, Pierre Rivière. Essas exceções literalmente transtornantes questionam o direito de punir ao nível de seu funcionamento. Atos tão deslocados que não podem mais ser recodificados em termos de motivos. Eles desconcertam toda e qualquer justificação racional da sanção, pois não podem ser referidos a nenhum cálculo. **Que o aparelho da gestão da loucura o assuma, portanto** (grifo nossos. CASTEL, 1978, p. 169).

É assim, portanto, quando a psiquiatria deixa de fazer referência aos comportamentos reais e presentes, e passa a realizar imputações a respeito do futuro e de comportamentos possíveis, que se inicia um processo onde a margem da interpretação e intervenção tem os seus limites incertos e indeterminados. Seria uma intervenção baseada em uma ameaça virtual. É o início da modalidade de prevenção (CASTEL, 1978). Aqui ela é convidada a explicar o comportamento depois que ele ocorreu, o ponto de ancoragem, será, como veremos adiante quando as explicações nosológicas passam a ser convidadas a prever. Portanto, além de explicar, prever.

Foucault, em seu livro “Os anormais” (1974) discorre sobre a passagem dessa percepção dos indivíduos que eram considerados monstros aos indivíduos considerados anormais. Nessa passagem, onde se entendia uma ausência da razão, foi que se deu o ponto de ancoragem para a intervenção psiquiátrica.

As três figuras que constituem o a percepção do discurso sobre o “anormal” seriam: o monstro humano, o indivíduo ser corrigido e a criança masturbadora. O “monstro humano” é aquele que constitui “(...) em sua existência mesma e em sua forma, não apenas uma violação das leis da sociedade, mas uma violação das leis da natureza” (FOUCAULT, 1974, p. 69). O monstro humano combina o impossível com o proibido e, serviu como o grande exemplo de todas as disparidades. O monstro é, em si, ininteligível ou dotado de uma inteligibilidade tautológica – ele é a infração, e a infração elevada a seu ponto máximo.

Já o “indivíduo a ser corrigido” é característico dos séculos XVII e XVIII e habita a família e suas relações com instituições vizinhas. Neste conjunto, o anormal é, no fundo, um monstro cotidiano, um monstro banalizado (FOUCAULT, 1974, p. 71). Enquanto o monstro é sempre uma exceção e remonta ao domínio da teratologia, a existência do indivíduo a ser corrigido é um fenômeno normal, e

estatisticamente mais recorrente. Ele é fundamentalmente incorrigível, o que demanda a criação de meios científicos para a sua reeducação, que lhe permita a vida em sociedade.

A criança masturbadora, própria do final do séc. XVIII, se constituía como um segredo, onde ao mesmo tempo todo mundo compartilhava, mas ninguém comunicava. Assim, foi possível perceber um leque de patologias totalmente relacionadas à etiologia sexual, oriundas desse paradoxo.

Aqui nos interessa retratar, entretanto, que foi a partir da figura do “indivíduo a corrigir” onde foi possível à germinação daquilo que, no final do século XIX iniciará em meio aos domínios disciplinares como o saber sobre o crime: a criminologia (ALMEIDA, 2006; FOUCAULT, 1974).

Não será mais simplesmente nessa figura excepcional do monstro que o distúrbio da natureza vai perturbar e questionar o logo da lei. Será em toda parte, o tempo todo, até nas condutas mais ínfimas, mais comuns, mais cotidianas, no objeto mais familiar da psiquiatria, que esta encarará algo que terá, de um lado, estatuto de irregularidade em relação a uma norma e que deverá ter, ao mesmo tempo, estatuto de disfunção patológica em relação ao normal (FOUCAULT, 1974, p. 205).

Para Foucault (1987) a introdução do biográfico faz existir o criminoso antes do crime, e, num raciocínio-limite fora deste. Na medida em que a biografia do criminoso acompanha na prática penal a análise das circunstâncias, quando se trata de medir o crime, é possível observar os discursos penal e psiquiátrico confundirem suas fronteiras. Entretanto, no seu ponto de junção forma-se a noção do indivíduo perigoso, a que permite estabelecer a rede causal em sua biografia e estabelecer a informação de punição e correção desses indivíduos.

O delinquente, nesse caso, se diferencia do infrator não só pelo fato de tão somente ser o autor, mas também estar ligado ao delito por intermédio de instintos, pulsões, tendências e natureza. O delinquente seria uma manifestação singular de um fenômeno global de criminalidade (FOUCAULT, 1987). Aqui as leis estariam não mais dentro do protocolo das ações, e sim das ações psíquicas diagnosticadas por um perito.

Ainda conforme Foucault (1974), a primeira função da psiquiatria dentro do direito penal seria a de dobrar o delito com a criminalidade, ou seja, a cada delito estabelece-se além de uma penalidade, uma autoria – a do sujeito criminoso. A

segunda função seria a de dobrar o autor do crime com esse personagem novo, que é o delinquente no século XVIII, ou seja, um biográfico anterior à existência do crime – e um biográfico mensurável dentro de uma categoria. Assim, o exame médico-legal enquanto procedimento médico e como documento escrito, desconstrói e reconstrói o corpo e a mente do delinquente, traduzindo para uma linguagem científica. O indivíduo que a justiça vai julgar ou que o presídio irá prender não será mais aquele que cometeu o crime e portanto tornou-se criminoso, mas aquele que foi traduzido em uma linguagem médico-legal, que prevê um criminoso antes do crime (FOUCAULT, 1975; FERLA, 2009).

Em síntese, o essencial do papel da psiquiatria seria o de legitimar, na forma do conhecimento científico, a extensão do poder de punir para além de outra coisa que não a infração (FOUCAULT, 1975). O olho treinado e especializado do cientista médico seria o único capaz de identificar, na multidão, os sinais indicadores de desvio. A medicina entrou nas instituições penais pela porta da frente e com autoridade científica debaixo dos braços: aqui não era mais interessante somente isolar, mas estudar o caráter desviante de cada indivíduo (FERLA, 2009). A noção de periculosidade foi se ampliando para além e aquém do delito: para o julgamento da periculosidade o crime cometido é apenas um dos aspectos, não o principal. Importa considerar a personalidade do homem, a vida anterior ao delito, o comportamento posterior à ação criminosa, a qualidade dos motivos e por fim, o crime cometido, o ato que manifesta a periculosidade (AFTALION, 1954 *apud* DELGADO, 1992).

Abaixo fazemos um resumo dos preceitos que culminaram hoje na elaboração do conceito de periculosidade, hoje a base do exame pericial, necessário para a constatação da loucura quando ocorrido o ato infracional.

Periculosidade: desdobramentos

O conceito de periculosidade ganha lugar na escola Positiva do Direito Penal⁸, consolidando-se mais tarde como conceito-chave do Direito Penal moderno. O

⁸ A escola positiva de direito penal, também reconhecida como italiana, surgiu ao final do século XIX, com trabalhos do italiano Cesare Lombroso, com o discurso central de patologização do ato anti-social dentro de um discurso médico-científico eficiente. Essa escola pode ser considerada um desdobramento da escola degeneracionista francesa, com Auguste Morel, que em 1857 escreveu o “Tratado de degenerescências físicas, intelectuais e morais da espécie humana”, e tinham como

Direito Clássico detinha-se na gravidade do delito e na correspondente punição. Já a Escola Positiva do Direito Penal considerou o delito um indicador, um sintoma de personalidade anormal (MECLER, 2010). A escola positiva entendia que a pena deveria ser compreendida como um tratamento, um local de recuperação, e não de punição. O crime em si deveria ser considerado apenas um evento revelador de aspectos da personalidade anormal do criminoso, do criminoso nato. Esses estudiosos promoveram assim, um deslocamento do objeto jurídico do crime para o objeto científico do criminoso.

Alguns estudiosos consideram que foi com Garófalo – jurista e criminologista italiano, em 1878, que houve uma primeira tentativa de sistematização jurídica da concepção sobre a periculosidade. Este autor argumentava que, se as sanções têm de constituir um meio de prevenção, deveriam ser adaptadas não apenas à gravidade do delito ou ao dever violado, mas sim à "temibilidade" do agente. Definiu "temibilidade" como "a perversidade constante e ativa do delinqüente e a quantidade de mal previsto que se deve temer por parte do mesmo". Este foi o conceito-chave, para fins penais, dos positivistas, sendo o antecessor da contemporânea Teoria da Periculosidade (BRUNO, 1991 *apud* MECLER, 2010).

Outro jurista importante do mesmo período, Ferri, criminologista italiano e estudante de Lombroso, trouxe à tona a noção de periculosidade, que à época, era o mesmo conceito de temibilidade. É ele que inaugura a concepção de substitutivos penais, abrindo espaço fora da normal penal, com a concepção de tratamento e readaptação do criminoso (WEBER, 2008).

Em 1910, já no século XX, a noção da periculosidade dentro da ideia de responsabilidade penal é afirmada em estudos que se tornaram clássicos na Espanha e Itália, como de Jiménez de Asúa e de Felipe Grispiñi, passando a ocupar um lugar central na escola positivista de direito penal (DELGADO, 1992).

É neste ponto onde se encontram o cientista e o tribunal, em que os discursos serão enunciados com o estatuto de "verdade científica". Neste local onde se permutam o saber médico e a instituição judiciária se construirá o discurso científico

elemento teórico central a hereditariedade, incurabilidade e caracteres físicos e constitucionais. Assim, Lombroso com seu livro "O homem delinqüente", lançado em 1876, trouxe em evidência a ideia do criminoso nato, realizando, ainda, aproximadamente quatrocentas autópsias e mais de seis mil análises de pessoas encarceradas, buscando a manifestação anatômica, fisiológica e mental da delinqüência. Pode ser considerado um dos preceitos fundadores da escola positiva, presente até hoje no discurso penal (FERLA, 2009; WEBER, 2008).

com a curiosa propriedade de ser, inclusive, maior que todas as regras (FOUCAULT, 1975).

Nesse sentido, o trabalho instaurador de Goffman (1961) elucidou que uma única estrutura de relações sociais era possível de ser encontrada tanto em presídios quanto em manicômios, ambos podendo ser bem compreendidos através de um único conceito: o de *instituição total*.

Carrara (2010) chama-nos atenção, no entanto, para o fato que se o manicômio e a prisão são verdadeiramente “espécies” de um mesmo “gênero”, como defendeu Goffman, o HCTP nos saltaria os olhos justamente para a diferença que existe entre as duas “espécies” (prisão e manicômio). Ou seja, existiriam, portanto alguma diferença? Castel (1978) já indagava que se o psiquiatra e o policial tivessem exatamente a mesma função e fizessem exatamente o mesmo trabalho por que teriam se desdobrado? Esse paradoxo conceitual e também institucional nos permite visualizar algumas ambiguidades já presentes quando se une duas estruturas distintas, e ao mesmo tempo semelhantes.

Em suma, a moderna percepção da loucura e do crime é fruto de um processo que, embora tortuoso, já dura mais de dois séculos. Por intermédio desse processo, onde se compeliram médicos, juristas e outros profissionais, generalizou-se a ideia de que existe uma diferença essencial entre as transgressões realizadas por sujeitos considerados loucos – que não teriam controle nem consciência de suas ações - e aquelas provenientes de indivíduos considerados normais - que teriam controle sobre suas ações e plena consciência de seu caráter delinquente ou desviante (CARRARA, 2009).

Assim, em alguns países, os indivíduos que cometem crimes e são considerados irresponsáveis devido à presença de algum tipo de doença ou perturbação mental são enviados a setores especiais de hospitais psiquiátricos. Em outros, são enviados para setores especiais das prisões. A Inglaterra foi o primeiro país a arquitetar e ter registro de um estabelecimento particularmente destinado para os delinquentes alienados, a denominada prisão especial de Broadmoor, em 1863 (CARRARA, 2010).

Para Carrara, o HCTP se caracteriza fundamentalmente por ser ao mesmo tempo um espaço prisional e asilar, penitenciário e hospitalar.

O que se encontrava, tanto na legislação referente aos loucos-criminosos quanto no destino social que lhes continua sendo reservado, era justamente a superposição complexa de dois modelos de intervenção social: o *modelo jurídico-punitivo* e o *modelo psiquiátrico-terapêutico*. Superposição e não justaposição, pois, o modelo jurídico-punitivo parecia englobar o modelo psiquiátrico-terapêutico, impondo limites mais ou menos precisos ao poder de intervenção dos médicos e demais técnicos. Dessa maneira, **é possível visualizar o manicômio judiciário como uma “solução final” de um conflito histórico de competências, de projetos e de representações sociais mais abrangentes e não, simplesmente, como um acordo entre funções sociais complementares.**” (grifo nossos, CARRARA, 2010).

As figuras do perito, do psiquiatra, do jurista e do perigoso encontram-se entrelaçadas na figura do louco infrator e das leis subsidiárias no trato deste personagem hoje no Brasil e em outros países. É o que veremos no capítulo a seguir, tanto no conjunto de leis que embasam a Medida de Segurança quanto, ainda que incipiente, também, na lei da Reforma Psiquiátrica.

1.2- A Reforma Psiquiátrica e suas desconstruções

“A diferença entre loucura e razão é sobretudo ética, e não médica”.
Paulo Amarante

Uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e onde passou a impor ao homem a sua vontade privando-o assim da sua liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então se dá conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade. No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, à vontade dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e agir autonomamente. Em vez de liberdade ele encontrara o vazio, porque junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro, e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano da sua vida (BASAGLIA, 1981 apud AMARANTE, 1996, p. 66).

É com essa metáfora da serpente que domina o corpo e a vontade de um sujeito que Basaglia⁹ estabelece uma analogia entre a função do hospital psiquiátrico na vida das pessoas. Com a tomada desse pensamento inicia um projeto de transformação no Hospital de Gorizia, onde era diretor. Esse processo de transformação perpetrou mudanças não só na Itália, mas em vários lugares do mundo.

O seu percurso de reflexão caminha por várias vertentes filosóficas, e sobremaneira há uma aproximação à fenomenologia-existencial, além da influência da teoria crítica, e a sociologia de tradição marxista italiana. Um dos seus principais questionamentos cursa o sentido de criticar a ideia de neutralidade e cientificidade ensaiada e atuante pela psiquiatria:

A psiquiatria clássica de fato está limitada à definição das síndromes nas quais o doente, extraído de sua realidade e retirado do contexto social em que vive, vem etiquetado, constrangido a aderir a uma doença abstrata, simbólica, e, enquanto tal, ideológica. (BASAGLIA, 1981 apud AMARANTE, 1996).

Com esses questionamentos Basaglia coloca em negação os conceitos de doença mental, instituição manicomial, o doente mental, e o papel do psiquiatra com relação ao paciente. Ele argumenta que estes conceitos se deram como uma construção teórica. Afirma também que a realidade manicomial, e os manicômios, angariada na instituição asilar, vêm demonstrar que o que se exercita sobre doença objetivada é um ato de violência - por intermédio de um controle social - e não um gesto de cura (AMARANTE, 1996).

O processo de transformação operada por estes questionamentos de Basaglia permitiu uma abertura e mudança de paradigma com relação à loucura, diferente daquele administrado pela psiquiatria moderna, que tanto no manicômio quanto fora dele objetivava o sujeito e propunha uma gestão absoluta de sua vida mediante tutela. Assim, nessa nova perspectiva o louco quando desapropriado de seus direitos (inclusive o direito a um real tratamento), do convívio com sua família e

⁹ Franco Basaglia, nascido em 1924, estudou medicina e após 12 anos de vida acadêmica decide abandonar a carreira universitária e ingressa no Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Resignificou a noção de doença mental, e no plano operativo modificou a realidade institucional do hospital psiquiátrico. Seus debates e repercussões provenientes de seu trabalho culminaram na aprovação da lei nº 180 – a lei da reforma psiquiátrica italiana. (AMARANTE, 1996)

do convívio com a sociedade, deveria ter na cidade o espaço real de sua reabilitação, ou ainda, de sua habilitação social. Os espaços da cidade se transformam nos melhores lugares no cuidado desses indivíduos. Desse modo, Basaglia dá início, assim, ao processo de desinstitucionalização (AMARANTE, 1996).

Assim, as inovações normativas provocadas pela aprovação da lei 180 (em 1978) na Itália com forte influência das ações de Basaglia criaram um campo de tensão nas relações entre psiquiatria e justiça. As principais mudanças foram a progressiva abolição dos hospitais psiquiátricos com um direcionamento para os serviços abertos e territoriais. Essa nova perspectiva levou a uma dissolução do nexo causal e imediato entre **doença mental e periculosidade social**, fruto de um pacto historicamente construído, onde foram delimitados os espaços de competências, ainda que dissolúveis, entre psiquiatria e justiça (BARROS, 1994).

Desta forma, abre-se um debate sobre o princípio de incapacidade, ou, da não-responsabilidade do doente mental frente a seus atos. Afinal, seria o denominado doente mental capaz de entender, discriminar, caracterizar o caráter ilícito do seu ato? Ao desvincular o elo doença mental – periculosidade – inimputabilidade seria possível então investigar caso a caso, cada processo? E assim definir se a pessoa acusada de ato infrator teria ou não posse de suas capacidades mentais plenas? (BARROS, 1994).

Para Ota de Leonardis (1998) é nítido que o conceito de periculosidade social como um instrumento para o controle social estaria em crise no discurso científico e nas atuais práticas antimanicomiais, mas, entretanto, no plano operativo e prático este conceito parece ainda erigir resposta para inúmeras práticas e o funcionamento de instituições e leis. Seria o que justificaria ainda a existência dessas instituições em pleno funcionamento, não só no Brasil, mas em outros países.

Assim, essa noção de periculosidade, que foi uma das bases de configuração de uma psiquiatria criminológica, tem sido problematizada nos últimos trinta anos. Alguns argumentos refutam a sua consistência científica: há uma ruptura do nexo causal entre enfermidade e periculosidade; há um questionamento da “certeza diagnóstica” e da competência e capacidade preditiva da psiquiatria no tocante à periculosidade e pela “crise e dissolução do paradigma positivista-organicista”, com o desenvolvimento dos enfoques sociais e interacionistas no tocante ao sofrimento mental (LEONARDIS, 1998).

Com o acúmulo desses elementos críticos, o debate psiquiátrico pôs em evidência que a periculosidade é uma noção jurídica e não um diagnóstico clínico ou médico (VICENTIN, 2005). A própria Associação Americana de Psiquiatria, assume essa perspectiva em 1974:

Está claro que a periculosidade não é um diagnóstico psiquiátrico nem médico, mas que investe questões de definição e julgamento jurídicos, assim como questões de política social. Não se estabeleceu uma competência científica da psiquiatria na predição de periculosidade e os médicos deveriam renunciar a julgamentos conclusivos nesse campo (apud LEONARDIS, 1998, p. 431).

Leonardis (1998) desperta nossa atenção, pois se no campo do conhecimento científico essas noções de periculosidade e de loucura estritamente associadas estariam em um declínio conceitual, na prática estes conceitos ainda parecem solucionar o campo objetivo no conjunto de leis e na instituição do HCTP.

Com a difícil separação conceitual entre periculosidade e doença mental¹⁰, Denise Barros nos convida a refletir a respeito do que ocorreu na cidade de Trieste¹¹, na década de 70, onde o gesto infrator começou a ser percebido em sua relação com a norma. Ou seja, todo gesto passaria a ser considerado em seu significado comunicativo (aqui apoiado em Habermas apud BARROS, 1994). Isso implica, dentre outros, que seria “incorreto discutir o pressuposto de incapacidade do doente mental em responsabilizar-se por seus atos desvinculados da relação com a norma”. Os operadores de Trieste conseguiram continuidade assistencial aos seus usuários detidos, e redimensionaram, no plano terapêutico, a noção de irresponsabilidade do louco. Psiquiatras e psicólogos passaram a se dedicar também aos trabalhos no sistema prisional. Com isso ocorreu uma diminuição abrupta da quantidade de pessoas que permaneciam no manicômio judiciário, e passaram a ser atendidas em Trieste. Os casos eram encaminhados para o MJ, mas acabavam voltando para Trieste.

¹⁰ Na Itália, os manicômios judiciários fazem referência principalmente ao chamado Código Rocco de 1931. A periculosidade social do doente mental neste código considera o problema psíquico como um fator aistórico e imutável. Apesar de a corte constitucional italiana (sentença 139/82) ter considerado a ausência de nexos automáticos entre doença mental e periculosidade, mesmo quando há a simultânea ocorrência de ambos, é nítido que a instância custodial é a que prevalece através da justificativa de Medida de Segurança social, para além da instância de tratamento (BARROS, 1994).

¹¹ Em 1973 Trieste constituiu-se para a Organização Mundial da Saúde como área piloto dentro de um plano de pesquisa a respeito de novas práticas e soluções em psiquiatria, e da adequação dos serviços às novas exigências da organização social (BARROS, 1994).

É o que Barros (1994) nos leva a pensar: “muito pode ser feito quando se constrói um trabalho contínuo, com grande capacidade de continência, versatilidade e responsabilidade por parte dos operadores”.

Assim, uma vez que a relação não seria mais com a doença, mas sim o doente, fica complicado trabalhar em termos de critérios pré-definidos. A crise passaria a ser, desse modo, um evento no curso do tempo e que pode ser superado.

O redimensionamento cotidiano do conceito de periculosidade é tido, ainda nos dias atuais, como pedra basilar do trabalho. Não se pode mais falar em periculosidade como uma categoria abstrata que diz respeito apenas ao indivíduo, devendo ser lida no interior de interações entre sujeitos, instituições e contexto social. (...) Quando a periculosidade é reconhecida como a única expressão possível do sujeito, as múltiplas facetas de sua existência não encontram condições para sua expressão, fator esse que, por ser essencialmente redutor, impede o equacionamento de suas necessidades (BARROS, 1994, p. 136).

Ainda que a reforma iniciasse uma perspectiva diferente, e positiva diante das novas maneiras de cuidar, ao mesmo tempo havia alguns receios da opinião pública: após a lei difundira-se o temor que o fechamento do hospital psiquiátrico instauraria uma situação de perigo social, com aumento de suicídios e de atos de violência por parte dos pacientes psiquiátricos, e com o aumento proporcional das internações nos Manicômios Judiciários (VENTURINI, 2010).

Entretanto, a realidade demonstrou exatamente o contrário, a exemplo do que Barros (1994) nos elucida: o número das internações em Manicômio Judiciário diminuiu, graças a uma grande diminuição de encaminhamentos por parte dos serviços territoriais.

Venturini (2010) nos traz a noção de oximoro para retratar esta ideia que para salvaguardar uma pessoa é necessário condená-la pode parecer um paradoxo. Haveria, então, de fato uma figura retórica de linguagem que se chama "oximoro": juntam-se palavras de sentido oposto quando o código do idioma deve contradizer a si mesmo para expressar conceitos particularmente profundos.

A desinstitucionalização sempre foi um oximoro, porque é uma contradição radical, uma projeção que, para produzir efeitos inéditos e sugestivos, vai contra as regras e contra a opinião comum. A desinstitucionalização nega a instituição, mas inventa outra; se apresenta como uma utopia, mas age na concretude do hoje; é uma revolução, porque na aceleração do tempo torna possível um outro

futuro, mas é também uma reforma, porque atravessa o interior das contradições para dissolvê-las na prática; joga as bases de um novo saber e é uma ação política, porque trabalha no centro do poder psiquiátrico e se integra com o social; é uma prática, mas abre novos horizontes para o conhecimento (VENTURINI, 2010).

Assim, como reconhecimento dos resultados positivos da desinstitucionalização, alguns setores da magistratura transformaram as resistências iniciais, introduzindo mudanças substanciais na normativa jurídica e penal. Em 2003, na Itália, o Tribunal Supremo Constitucional quebrou o automatismo entre Medida de Segurança e encaminhamento ao Manicômio Judiciário, consentindo a aplicação da Medida de Segurança em lugares alternativos (como residências terapêuticas) e seguindo uma praxe a ser definida caso a caso (VENTURINI, 2010).

Esta maneira de resolução nos incita a pensar que alguns horizontes são possíveis na discussão do tema, ainda que com a presença de inúmeros desafios. É o que veremos a seguir, na especificidade do trato deste personagem no Brasil, com as nossas leis e instituições.

2 – O louco infrator no Brasil

2.1 – Dimensões histórico-institucionais do louco-infrator no Brasil

Segundo informações do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (INFOPEN) em janeiro de 2009 havia 31 registros de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP, sendo que, desses registros, dois eram alas psiquiátricas em unidades prisionais e seis eram hospitais penais, de modo que totalizavam efetivamente 23 HCTPs (OLIVEIRA, 2009 *apud* SILVA, 2010). Estes abrigam cerca de 3.604 pessoas com transtornos mentais ou dependência química em conflito com a lei, segundo o Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça, de 2010¹² -DEPEN-MJ (BRASIL, 2011).

Anos antes, em 2002, dados divulgados no relatório do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (BRASIL, 2002, p. 52-53) apontavam a existência de 19 HCTPs. Dois estados da federação implantaram HCTPs ao longo desse período, entre 2002 e 2009: Piauí e Pará (SILVA, 2010).

Das aproximadamente 470 mil pessoas reclusas em estabelecimentos penais no país em torno de 4.600 estão em HCTP (INFOPEN, 2009; OLIVEIRA, 2009 *Apud* SILVA, 2010).

Em suma, o Brasil possui 23 HCTPs e 3 ATPs em 20 unidades federativas diferentes. Os estados do Acre, Amapá, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins não possuem nem HCTPs nem ATPs, o que leva as pessoas em medidas de segurança a cumprirem a sentença em delegacias e em presídios comuns nestes estados. No entanto, sobre as medidas de segurança nos seis estados sem HCTPs e ATPs, não há registros de dados oficiais nem de estudos sobre quantas são e como se dá aplicação das medidas de segurança nestas situações. O estado de Goiás não possui nem HCTP nem ATP, mas as pessoas cumprem as medidas de segurança de internamento em liberdade, em um

¹² O DEPEN-MJ está realizando o censo nacional de HCTPs, mas os dados ainda não foram divulgados. Portanto cito a fonte secundária, que também ainda estava aguardando resultado da pesquisa mais atualizada.

programa diferenciado sob responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde (BRASIL, 2011; Silva, 2010).

Objetivando elucidar de maneira mais clara as ambiguidades imanentes ao dispositivo do HCTP, bem como as especificidades históricas na construção das leis subsidiárias no trato do tema, é importante retratar as leis que lidam com essa especificidade no Brasil. Com isso, buscaremos elaborar como se chegou à atual caracterização desses casos bem como a diferenciação da intervenção penal para esses sujeitos considerados além de “anormais e loucos”, também “delinquentes e perigosos”.

Assim como no campo de esfera internacional alguns casos foram embaraçosos para o sistema penal, aqui no Brasil não foi diferente. O caso que ocasionou repercussão à época foi o caso do Febrônio Índio do Brasil (1895-1984). Foram nove ocorrências criminais por processos variados, desde estelionato, vadiagem, e homicídio. O que chamou mais atenção foi o registro de três casos de atos libidinosos diversos de conjunção carnal, cujas vítimas de 17/18 anos eram tatuadas e sodomizadas – atraídos por uma falsa proposta de emprego em lugares ermos. Resumidamente: foi o primeiro homicida de repetição ou em série, cuidadosamente estudado no país (MATTOS, 1999).

Para Febrônio, as palavras D.C.V.X.V.I significava Deus Vivo e ele tinha a missão de fazer essa tatuagem em dez rapazes para conseguir atingir sua missão. O seu advogado, à época, afirmou veementemente em sua defesa que ele era louco, e pediu para que ele fosse internado em um manicômio e não em uma penitenciária. Além dele, outros três médicos psiquiatras fizeram relatórios e opinaram sobre sua loucura (Leonídio Ribeiro, Murillo de Campos e Heitor Carrilho) (FRY, 1985).

Ele chegou a escrever um evangelho o qual intitulou “Revelações do Príncipe do Fogo”. Foi controverso. Para alguns estudiosos da época como Sérgio Buarque de Hollanda e Mário de Andrade o texto continha trechos notórios, com bons ritmos e sonoridades, inédito e surrealista. Já para os psiquiatras da época era ilegível, e teve seus exemplares queimados pela Polícia Federal (FRY, 1985; WEBER, 2008).

O laudo psiquiátrico constava de três partes. A primeira era a respeito dos antecedentes da vida de Febrônio na Seção intitulada “antecedentes mórbidos pessoais” e constava que teve duas entradas no Hospital Nacional de Psicopathas. A segunda parte foi feita de um exame somático onde aparecia características como

ginecomastia, dentre outros. A terceira parte constava o exame mental. Nesta parte o relator frisou dois pontos basicamente: o “não arrependimento” e suas “extravagantes ideias místicas” (FRY, 1985).

Desse caso se segue uma longa discussão a respeito de responsabilidade criminal. O relator do laudo busca demonstrar que Febrônio seria doente e, portanto, irresponsável criminalmente e também altamente perigoso. Defende a prisão perpétua no caso (FRY, 1985).

Fry (1985) nota que são citados ao menos 20 autores ilustres da época para legitimar o discurso de loucura, e ainda que o julgamento tenha acontecido em um momento muito específico entre as ciências médicas e jurídicas, onde havia duas maneiras distintas de apreender a visão do crime (direito positivo e clássico). Na visão do direito clássico todo membro da sociedade seria dotado de livre arbítrio. Já o direito positivo enfatiza a necessidade de investigar a personalidade e o caráter dos criminosos:

O “direito positivo” rejeitava como “metafísica” a noção de livre arbítrio, e concentrava seu olhar não no crime, mas no criminoso; não na punição, mas no tratamento e na regeneração. Embora houvesse muitas diferenças de opinião entre os teóricos do direito positivo – uns enfatizando mais aspectos biológicos, outros os sociológicos, e outros os psicológicos -, todos tinham em comum o interesse em investigar a personalidade e o caráter dos criminosos, e em definir os meios adequados de terapia para transformá-los em cidadãos obedientes. Nosologias e taxonomias de tipos criminais cada vez mais complexas eram produzidas, mas todas concordavam na singularidade de cada caso. Melhor do que falar da psicologização do crime, era falar da sua individualização. (FRY, 1985, p. 123).

Em resumo, Febrônio teve sua defesa arguida no sentido que fosse levado para um manicômio, e não para um sistema penitenciário. O juiz acaba acatando o argumento e o absolve (não se pode ser louco e culpado ao mesmo tempo). Permaneceu segregado no Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (foi o primeiro a ingressar na instituição) por 55 anos, até sua morte (FRY, 1985; MATTOS, 1999; WEBER, 2008).

O caso é elucidativo da colaboração entre saber médico, psiquiátrico, direito penal e mídia e também da dificuldade de julgar um caso como esse. Afinal, como o Brasil começou a lidar com casos como este?

O Código Criminal do Império do Brasil, de 1830, baseou-se na doutrina clássica do direito penal, que se firmava em três pressupostos: igualdade dos homens perante a lei; pena como função da gravidade do delito; e condicionamento do crime à sua definição legal. Já nessa época, começou-se questionar se um homem ao cometer um crime em uma situação considerada de loucura poderia ser considerado responsável pelo crime (BRASIL, 1830; PERES; NERY FILHO, 2002).

Assim, é possível afirmar que esse foi o primeiro instrumento jurídico brasileiro elaborado a fim de realizar um controle acerca do comportamento denominado desviante. Já nessa norma jurídica o louco é classificado como inimputável, ou seja, uma pessoa a quem não se pode atribuir uma punição/pena por não possuir razão (MUSSE, 2008).

Para lidar com este problema, ditava o nosso código criminal: “Art 10: Não se julgarão criminosos: § 2. Os loucos de todo gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem o crime.” (BRASIL, 1830; PERES; NERY FILHO, 2002).

Em 1886, o alienista Teixeira Brandão teceu críticas a esse Código Criminal do Império, argumentando que o código era falho, por só contemplar o ato criminoso do alienado, deixando de lado uma população louca que não cometeu crimes (PERES; NERY FILHO, 2002).

É importante destacar nesse ponto que a lei Brasileira se preocupou primeiro com os loucos criminosos. Este é um aspecto que corrobora a concatenação do imaginário da loucura entendida como perigosa. A essa época ainda não existiam os asilos/manicômios destinados a essa população específica. Embora à loucura não fosse dado nenhum tratamento específico, os loucos eram tratados diferentemente, segundo sua situação social. Eram os loucos pobres que vagavam pelas ruas (PERES; NERY FILHO, 2002).

Assim assegurava o Código Criminal, no artigo 12: "Os loucos que tiverem cometido crimes serão recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente." (BRASIL, 1830; PERES; NERY FILHO, 2002).

Após a abolição da escravidão, esse Código foi reformado. O primeiro Código Penal da República, de 1890, trouxe mudanças significativas no estatuto jurídico penal do doente mental e seu destino institucional. Essas modificações podem ser apreendidas analisando-se em conjunto os artigos 1, 7, 27 e 29:

Art 1. Ninguém poderá ser punido por fato que não tenha sido qualificado crime, nem com penas que não estejam previamente estabelecidas.

Art 7. Crime é violação imputável e culposa da lei penal.

Art 27. Não são criminosos:

§3. Os que, por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação;

§4. Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no ato de cometer o crime.

Art 29. Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues às suas famílias, ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim o exigir para a segurança do público. (BRASIL, 1890).

Os loucos, já com esse Código passaram a ser vistos como inimputáveis, não tendo seu ato caracterizado como um crime.

Sendo assim, o artigo 27, colocado acima, de ampla possibilidade interpretativa, foi então usado não no sentido de limitar o conceito da loucura, mas teve outro efeito: ampliou a noção de loucura e a penetração dos peritos psiquiátricos nos tribunais. A esse respeito, dizia Escorel, (1905 p. 49, *apud* PERES; NERY FILHO, 2002): "Compete à medicina averiguar o fato da alienação mental, razão por que em todos os casos patológicos os exames médicos são as provas reconhecidas como as mais legítimas e precedentes".

Assim, com um sistema concatenado e bem amarrado, a psiquiatria, no século XVIII, e mais notadamente no século XIX, vai se erigir enquanto resposta e técnica para a loucura. Já nos casos jurídicos a psiquiatria ocupa um papel além do saber médico, que passa a ser o saber pericial, aquele capaz de identificar a loucura perigosa. Os limites teriam que ser estabelecidos, tanto da loucura, quanto do papel do perito. A perícia, capaz de mensurar e provar de maneira significativa a alienação mental, passa a ser então uma parte do processo que tem por fim último assessorar o juiz.

Embora já estivesse em curso o movimento dos alienistas pela construção de manicômios criminais, o Código Penal de 1890 deixava claro que o local dos loucos-criminosos era o Asilo de Alienados (artigo 20). Essa internação só era prevista caso ameaçassem a segurança dos indivíduos considerados normais (MAMEDE, 2006; PERES; NERY FILHO, 2002).

O processo de institucionalização e medicalização da loucura é paralelo e é difícil de distinguir do processo de estreitamento conceitual da loucura com a

periculosidade. O isolamento do louco é fundado na concepção médico-científica a qual compreende a cura como um processo que aconteceria na medida em que fosse possível observar a sucessão de sintomas apresentados pelos doentes. Foi assim que se organizou o espaço asilar, pois além do isolamento da loucura, se entendia que podia discipliná-la. Pinel foi o principal médico representante no estabelecimento da doença como pertencente à ordem da moral, postulando o isolamento como forma fundamental para tratar o problema (AMARANTE, 1986).

Esse processo de institucionalização ganha força com a construção do Hospital Dom Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro. As modalidades assistenciais mantêm o louco excluído da convivência social e lhe atribui um estatuto de menoridade social, atestado por médicos, que passa a ser essencial não somente dentro dos hospícios, mas para a família e para toda a sociedade (MUSSE, 2008).

Segundo Carrara (2010), parece ter sido a Inglaterra, em 1863, o primeiro país a arquitetar um estabelecimento particularmente destinado para os loucos-infratores. Já no Brasil, a criação oficial dos manicômios se deu em 1903, com o decreto nº 1132. Esse decreto pode ser considerado a primeira reforma da política de medicalização da loucura. Essa norma foi idealizada por dois grandes psiquiatras brasileiros da época - Juliano Moreira e Teixeira Brandão. Com esse decreto o Estado passa a ser o único com autorização para concretizar o “sequestro” e asilamento do louco e da loucura. Outros precursores do debate entre crime e doença mental foram os médicos Afrânio Peixoto (1890), Franco da Rocha (1900) e Nina Rodrigues (1905) (MAMEDE, 2006; MUSSE, 2008).

Esse mesmo decreto (nº 1.132/1903) proibia o encarceramento dos doentes mentais ao lado dos criminosos nas cadeias públicas. Deste modo determinou que havia a necessidade de se estabelecer um local apropriado para os infratores portadores de doença mental: o manicômio judiciário (MUSSE, 2008).

Com esse decreto estabeleceu-se que cada estado deveria construir seus manicômios judiciários e que, enquanto não fossem erguidos precisavam ser construídos anexos especiais. Neste mesmo ano, no Rio de Janeiro, no Hospício Nacional de Alienados, criou-se uma seção especial batizada de Seção Lombroso¹³, a fim de abrigar os loucos e criminosos. Porém foi em 1920 que surgiu no Rio de Janeiro o primeiro manicômio judiciário no Brasil, com o médico Heitor Carrilho na

¹³ Esta seção se deu em homenagem a César Lombroso, psiquiatra e antropólogo criminal italiano, que se notabilizou por desenvolver uma teoria de criminosos natos.

direção até 1954 – foi lá que Febrônio foi internado. Também outros foram construídos em todo o país, como em Porto Alegre, fundado em outubro de 1925 sob a direção de Jacinto Godoy e em São Paulo, denominado Franco da Rocha, em 1933 (MAMEDE, 2006; PERES; NERY FILHO, 2002).

Esta instituição, denominada inicialmente de Manicômio Judiciário e hoje denominada Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP, veio como resposta, conseqüentemente àqueles indivíduos que cometeram algum crime, mas supostamente não haveriam de ter consciência ou razão plena de seu entendimento e de seus atos, comprovada cientificamente por um diagnóstico de um perito médico.

Os loucos e “inimputáveis morais” passaram a ser considerados os mais perigosos em relação aos indivíduos considerados normais e com o passar dos anos passou-se a defender a individualização e indeterminação da pena. Estas concepções culminaram na lei da Medida de Segurança, em 1940, fruto de um paradigma imposto pela Escola Positiva de Direito Penal, corrigindo a suposta anomalia presente no código de 1890, que, ao isentar de pena os doentes mentais perigosos, não previa para eles nenhuma Medida de Segurança ou de custódia, deixando-os completamente a cargo da assistência a alienados (BRASIL, 2011; PERES; NERY FILHO, 2002).

É importante destacar que a responsabilidade do louco infrator foi definida, deste modo pela Medida de Segurança, em vigor até hoje e localizada no Código Penal Brasileiro de 1940, artigos 96 a 99:

É isento de pena o agente que, por doença mental, ou desenvolvimento mental incompleto, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com o entendimento, sendo considerado, assim inimputável.

As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ou à falta, em outro estabelecimento adequado; II- Sujeição a tratamento ambulatorial.

O Código Penal Brasileiro manteve como a maioria dos países ocidentais, a compreensão de que o “louco”, por força da sua “apartação da razão” não devia estar subordinado ao contrato social que rege o conjunto dos cidadãos. Em última análise uma Medida de Segurança visa proteger a sociedade destes indivíduos

(“criminosos e loucos”), embora teoricamente seu objetivo seja um tratamento. A pena é constituída por um tratamento ambulatorial ou em regime de internação em um HCTP, e sempre é constituída de um tempo mínimo, e nunca de um tempo máximo. Sendo assim o tempo da pena é estipulado segundo uma perícia médica, realizada por peritos especializados, que assegurarão a saída, entrada, ou permanência desses indivíduos. Este laudo pericial é chamado de cessação da periculosidade, que atesta, portanto, se este tratamento foi ou está sendo “eficaz”.

Entretanto, essa condicionante legal – cessação da periculosidade – pode ser questionada de diversas maneiras. Afinal, não há um conhecimento científico que saiba categorizar, com absoluta segurança, o quão se é perigoso, para quem se é perigoso, quando se é perigoso e quando se deixa de sê-lo. E mais, essa condicionante pode vir a condenar a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (louco infrator) a viver eternamente em um HCTP, sob o argumento periculosista. O que é muito contraditório, pois a agressividade é inerente ao ser humano e não apenas à pessoa com transtorno mental. Por isso, todos somos potencialmente perigosos e podemos cometer alguma infração ao longo da vida. As respostas dadas a essas indagações, por intermédio de laudos técnicos são sempre provisórias, circunstanciais e dependentes do referencial que o perito adotar (MUSSE, 2008; BRASIL, 2011).

No Brasil também as problematizações oriundas da Reforma Psiquiátrica¹⁴ trouxeram impacto na legislação: em 1984 houve uma reforma no CP que trouxe uma modificação importante, pois passa a vigor o sistema vicariante, e não mais o duplo binário. Ou seja, não será mais possível para um mesmo crime, a submissão de um indivíduo à pena e a uma Medida de Segurança, mas apenas à pena ou à Medida de Segurança (WEBER, 2008). Essa revisão acabou com a separação entre o punitivo e o terapêutico, mas manteve situações introduzidas no Código de 1940 onde a internação equipara-se a reclusão – ideias sustentadas no conceito de periculosidade genérica do louco (DELGADO, 1992).

Essa reforma no CP pode ser explicada, em partes, por influência da Reforma Psiquiátrica, abordada de maneira mais específica no tópico a seguir. Nesta reforma é consagrada, ainda de maneira incipiente, as tendências de desinstitucionalização.

¹⁴ Lei 10.216/2001, aprovada em 2001. Em suma esta lei propôs o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos do país, caracterizando a maneira do cuidado em saúde mental por intermédio de instituições abertas. Mais problematizações e características acerca de seu funcionamento será melhor explicitado no tópico a seguir.

Ou seja, há a possibilidade do agente de ir a um tratamento ambulatorial, cumprindo-lhe comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico (BRASIL, 2011).

Algumas críticas já foram tecidas no tocante ao nosso código penal. É o que Cohen nos diz:

O nosso Código Penal, com sua revisão de 1984, leva em consideração a premissa da equivalência entre doente mental e perigoso, fazendo um falso tipo de relação. Isso pode ser observado quando o Código Penal reserva o conceito de periculosidade apenas às pessoas que infringiram a lei e foram consideradas como doentes mentais, pois tais indivíduos não serão considerados como responsáveis pelo seu ato, mas serão considerados como socialmente perigosos e, pelo sistema vicariante, o semi-imputável poderá estar sujeito à Medida de Segurança. Entendido de outra maneira, de acordo com o nosso Código Penal, um indivíduo que matar toda a família e os seus vizinhos não será considerado socialmente perigoso; ele o seria se furtasse uma loja e fosse considerado doente mental. No mínimo, esse tipo de entendimento que o Código dá ao crime - como estigmatizante da doença mental - é um pensamento um tanto Lombrosiano, que está visando ao perigo nato; nesse caso, o doente mental. Observamos que a nossa lei procura generalizar o conceito de periculosidade dando ao criminoso e ao doente mental a qualidade de potencialmente perigoso. (COHEN, 2006, p. 125).

Outras leis apresentam também essa especificidade do louco infrator. O Código de Processo Penal – CPP dispõe sobre a insanidade mental do acusado (artigos 149 a 154); e a LEP aborda a MS nos artigos 171 a 174 e a cessação de periculosidade nos artigos 175 a 179 (BRASIL, 2011).

Além de disposições na legislação penal, encontramos as disposições sobre a loucura também no código civil. O código civil de 1916, que vigeu até 2003, foi uma ferramenta essencial para a compreensão do estatuto jurídico conferido ao doente mental, pelo Estado e pela sociedade brasileira, no início do século XX. É nesta norma onde a incapacidade do doente mental, a sua curatela e, em última análise, a interdição ao exercício da sua autonomia da vontade, está angariada (MUSSE, 2008).

Foucault (1978) já nos alertava que sua hipótese primeira era a de que foi o direito civil e não a criminologia que possibilitou a articulação entre o código penal e ciência. Essa transformação se daria em torno da noção de acidente, de risco e de

responsabilidade. Em última análise é o que podemos encontrar no nosso código civil citado acima.

Há, ainda, a Reforma Psiquiátrica, cuja lei foi sancionada em 2001 e também provocou influências nesse campo. É o que veremos a seguir.

2.2 – A Reforma Psiquiátrica no Brasil e a sua interface com a justiça – Um campo de tensões.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira surge de uma confluência política, onde a rápida privatização da saúde, a partir da década de 60, transformou a loucura em um comércio proveitoso. Deste modo, houve a necessidade de transformação do modelo de atenção à saúde mental, até então caracterizado pela lógica que excluía parte da população. Esse processo acarretava uma “coisificação” da vida de uma grande parte da população, que veio constituir um abundante “exército” de pacientes internos aos hospitais psiquiátricos (PACHECO, 2005).

Essa lógica é caracterizada pelo modelo do hospital psiquiátrico, arquitetado sob a égide da doença mental, tratada por intermédio de fármacos, isolamento e diagnósticos.

Na década de 70 formou-se no Brasil o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), protagonizando o movimento da reforma nacional. Um dos primeiros aspectos a serem questionados é a função asilar no tratamento, e sua terapêutica. A elucidação dessa iniciativa é o jargão “por uma sociedade sem manicômios”, que reflete a tendência de comprometer a sociedade no processo de desinstitucionalização (AMARANTE, 1996).

Destarte, a desinstitucionalização materializa-se na desconstrução do manicômio, local de uma psiquiatria tida com o poder legítimo de gerir as figuras da periculosidade social, da marginalidade e da improdutividade, associadas ao rótulo de doença mental. A desconstrução do manicômio e a desinstitucionalização da loucura prevê a desmontagem de um aparato material e também teórico-conceitual. Os saberes psiquiátricos tradicionais passam a ser questionados, ao mesmo tempo em que emergem novas formas de se conceber a saúde, a doença e a própria ciência (BIRMAN, 1999).

Inspirado na Lei Basaglia italiana, o projeto de Lei Paulo Delgado¹⁵ foi apresentado em 1987 ao Congresso Nacional e foi um catalizador nos debates brasileiros.

O Projeto de Lei Paulo Delgado foi inspirado pelos movimentos sociais e pelo “exército de usuários” dos hospitais psiquiátricos, que conseguiram acatar em vários estados brasileiros a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental com a desinstitucionalização. É na década de 90, com a assinatura da Declaração de Caracas¹⁶ e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental¹⁷, que as primeiras normas federais são regulamentadas e os serviços de atenção diária entram em vigor no país, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS – Centro de Atenção Psicossocial - e hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Estas movimentações culminaram assim, com a promulgação da lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, que tramitou no Congresso Nacional por quase 12 anos até ser aprovada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; MUSSE, 2008).

Nesse sentido é interessante destacar que foi necessária uma luta política densa e que se prolongou por bastante tempo desde o início do projeto de lei Paulo Delgado até a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001). Muitos pareceres foram apresentados no sentido contrário à lei, principalmente contra o referencial teórico adotado como paradigma da reestruturação do sistema de saúde mental brasileiro, que reduziriam as doenças mentais a simples consequências da chamada repressão político-social dominante. O atendimento comunitário também foi arguido (MUSSE, 2008).

Com a promulgação da lei, outro desafio estava colocado: o de aplicar os preceitos éticos-estéticos e também as “novas” instituições, juntamente com a nova e diferente forma de lidar com o problema. Desde então, ao portador de transtorno mental é priorizado o tratamento em serviço de atenção diária. Outro aspecto importante é que ficam proibidas as internações em instituições com características asilares, só havendo justificativa para a admissão em estabelecimento psiquiátrico quando os outros recursos mostrarem-se insuficientes (artigo 4º). Entende-se dessa

¹⁵ Projeto de lei que inspirou a lei da reforma psiquiátrica nº 10.216.

¹⁶ Ocorrida em 1990, os dois grandes objetivos de seus signatários foram a superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra abusos e exclusão das pessoas com problemas de saúde mental.

¹⁷ Realizada em 1992, assegurava aos usuários dos serviços de saúde mental direitos tais como: garantir a reinserção social dos presos liberados de instituições psiquiátricas forenses.

maneira que o espaço de cuidado do usuário de serviços de saúde mental é na própria comunidade. Um dos principais dispositivos da reforma é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Designados para funcionar como alternativa às internações psiquiátricas, os CAPS passam a ser o lugar de referência e tratamento para os portadores de transtornos mentais. Ao contrário das internações psiquiátricas que promovem o isolamento, a dessocialização e a exclusão social, seu objetivo é empregar os cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial adequados às singularidades de cada caso e, ao mesmo tempo, desenvolver a autonomia, a cidadania e a responsabilidade favorecendo a inclusão social dos usuários em seu próprio território¹⁸ (FIALHO; KOLKER, 2006).

Se todas essas medidas já possibilitaram a redução dos leitos psiquiátricos de 72.514 para 42.076, apenas no período de 1996 a 2005, o mesmo não pôde suceder nos HCTPs do país¹⁹ que ainda aguardam um plano nacional para a reorientação do seu modelo de atenção. Por outro lado, se a rede hospitalar pública e conveniada já pôde ser devidamente recenseada permitindo um adequado conhecimento do perfil de sua clientela, o mesmo não pôde ser feito nos manicômios judiciários do país, onde só foram realizados alguns estudos locais. Com o censo nacional ficamos sabendo que pacientes internados por falta de suporte social não são comuns apenas em HCTPs. Nos anos 1980, o Brasil chegou a ter mais de 100 mil leitos psiquiátricos. Desde então, com as medidas implementadas pela Reforma Psiquiátrica, este número caiu para menos da metade, dos quais cerca de 20.000 são pacientes-residentes que já perderam os vínculos sócio-familiares e não têm para onde ir (FIALHO; KOLKER, 2006, p.11).

Neste sentido aqui é importante frisar que mesmo de maneira embrionária, os novos paradigmas da reforma produziram um campo de tensão nas resoluções até então encontradas para o louco infrator.

¹⁸ Hoje, além dos primeiros CAPS voltados para o acolhimento diário de pacientes psicóticos adultos, existem também os CAPS infantis e os CAPS para portadores de transtornos mentais decorrentes do uso de drogas e o CAPS III que funcionam 24hs. A esse respeito consultar "Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial", Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; FIALHO E KOLKER, 2006).

¹⁹ Segundo o Ministério da Saúde, em todo o país há 4000 pacientes distribuídos em 19 HCTPs. Nos estados que não possuem HCTP, existe um número desconhecido de inimizáveis custodiados em unidades prisionais.

Há um projeto de lei – PL número 3.473/2000²⁰ que visa alterar o código penal. De acordo com esse projeto o juiz poderá conceder ao paciente que apresentar quadro de melhora em seu tratamento, a desinternação progressiva, possibilitando saída temporária para visita a família ou participação que contribuam para a retomada do convívio social, com supervisão da instituição em que tiver sido internado. E quanto ao prazo de duração da MS, este não poderá ser superior ao máximo da pena determinada ao tipo do crime (BRASIL, 2011).

Alguns questionamentos são incitados nesse sentido. Afinal, como poderia ser atestada de uma maneira quantitativa que a doença cessou? E se com a reforma em 1984 o sistema vicariante passa a vigorar por que vincular a MS à pena? Para alguns estudiosos esta medida ainda mantém a ideia da periculosidade. Pois fica evidente, ainda, a centralidade da perícia e não da equipe psicossocial, conforme preconiza a lei da Reforma Psiquiátrica (MERCHEWKA, 2002 apud BRASIL, 2011).

Outro fato é que dezenove artigos do PL número 5.075/2001²¹, que altera a LEP dispõem sobre MS. Algumas proposições são trazidas como a obrigatoriedade de se declarar a interdição do paciente, dentre outras como a possibilidade de internação em estabelecimentos privados, na falta de estabelecimento público. O parecer de 2011 avalia o PL como ultrapassado, e que merece ser rejeitado.

É possível visualizar, em síntese, que estas propostas de alteração da legislação penal não se encontram adequadas à Declaração de Caracas²², ao PNDH-3²³, à Constituição Federal Brasileira e à resolução 46/119 da ONU²⁴ (MUSSE, 2008).

Outra contradição importante da natureza do HCTP é o fato que do ponto de vista constitucional haveria um enigma ao dirigir a um inimputável um direito penal baseado na culpabilidade, onde se pune uma ação ocorrida no passado, e não na pretensa periculosidade, que seria algo no futuro. Afinal de contas é possível culpar

²⁰ Sua emenda substitutiva dispõe, nos artigos 96 a 98-A sobre a MS. O andamento do PL está disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=19717>>.

²¹ O PL está disponível no site:

<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=32027>>

²² Ocorrida em 1990, os dois grandes objetivos de seus signatários foi a superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra abusos e exclusão das pessoas com problemas de saúde mental.

²³ Programa Nacional de Direitos Humanos da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/sedh/pndh3/pndh3.pdf>>

²⁴ A Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991 aprovada pela Assembléia Geral da ONU sobre a proteção das pessoas com doenças mentais e a melhoria da assistência à saúde mental é um marco no campo dos direitos das pessoas com doenças mentais .

alguém que é legalmente irresponsável? É o que Jacobina nos traz como ponto de reflexão:

Estabelecer, portanto, a constitucionalidade de um direito penal dirigido ao inimputável, baseado na periculosidade social (juízo para o futuro) e não na culpabilidade (juízo para o passado), é muito complicado, do ponto de vista da afinação com a Constituição vigente. Submetê-lo a processo penal para aplicar-lhe uma Medida de Segurança é, da mesma forma, complicadíssimo. Onde encontrar a culpa de quem é legalmente irresponsável? Como garantir o devido processo penal a quem não pode sequer *entender seus termos*? Como garantir a pessoalidade (a pena não deve passar da pessoa do condenado) se o louco deve ser *absolvido* e depois *apenado*? (JACOBINA, 2008, p.99).

Em julho de 2002 foi realizado em Brasília o Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Sua realização se deu em função da Portaria 628, resultado de esforços interinstitucionais e intersetoriais, formulada pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, que pela primeira vez, aprovando o Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário, reconhece a população confinada em presídios e manicômios judiciários como uma clientela sob responsabilidade também da área da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2002).

O seminário reuniu diretores de Hospitais de Custódia, Coordenadores Estaduais e Municipais de Saúde Mental, Peritos, Técnicos da Justiça e da Saúde, teóricos e estudantes, responsáveis pela formulação e aprovação em plenária das diretrizes para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Nas plenárias foram elencados diversos encaminhamentos. Dentre eles: criação de um banco de dados nacional a fim de gerir um perfil dos sentenciados; implantação de programas permanentes de reintegração psicossocial; retirar da LEP a desinternação condicionada; que o tempo no qual os pacientes estiverem em atividades terapêuticas seja utilizado como remissão do tempo; e a criação de um modelo assistencial nacional onde se garanta um atendimento contínuo (MINISTÉRIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2002).

Aqui fica evidente a dificuldade de implantação dessas diretrizes, uma vez que, passados 10 anos nenhuma delas conseguiu ser efetivamente aplicada.

Em 2004, o Conselho Nacional de Políticas Criminais e Penitenciárias, na Resolução nº 5, tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos

e a superação do modelo tutelar, estabeleceu que o tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis, deve visar como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio (art. 4º da Lei 10.216/01); e que os pacientes com longo tempo de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e sem suporte sócio-familiar, devem ser objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (art.5º da Lei 10.216/01) (FIALHO E KOLKER, 2006).

Outro importante evento foi a IV Conferência de Saúde Mental, realizada em 2010 em Brasília, que ocorreu em um cenário do reconhecimento dos avanços, e da diversificação da rede de serviços de base comunitária, e também na identificação de lacunas e desafios para a promoção da saúde mental (RELATÓRIO IV CONFÊRENCIA DE SAÚDE MENTAL, 2010).

No assunto 3.4 do relatório consta o que foi dialogado no âmbito da justiça e o sistema de garantia de direitos. Neste ponto destaca-se o ponto número 730, que assinala a alteração do Código Penal Brasileiro, no sentido de excluir o conceito de presunção de periculosidade da pessoa com transtorno mental em situação de privação de liberdade e em presídios, sendo garantido a essas pessoas o direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social; **propõe também a extinção da reclusão em HCTPS; e assinala a importância da reformulação da LEP – lei de execuções penais – de acordo com os princípios da lei da reforma (10.216/2001)**, mediante a construção de soluções jurídicas e clínicas sociais conquanto a pessoa estiver no contexto jurídico penal.

Neste mesmo aspecto é possível perceber que há uma tentativa da reforma, dos movimentos sociais, e dos trabalhadores em saúde mental em articular melhorias no tocante às políticas relativas ao denominado louco infrator. Mas é nítido que essas tentativas são em sua maioria desarticuladas na prática. Os HCTPS continuam em pleno funcionamento, e o código penal não sofreu nenhuma alteração específica.

Para retratar melhor essa realidade é possível citar duas pesquisas recentes realizadas em HCTPS. A primeira no Rio de Janeiro, realizada pela Superintendência de Saúde da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro com o objetivo de adequar as medidas de segurança às diretrizes

estabelecidas pela Lei 10.216/01²⁵. E outra, mais atual, foi realizada pelo Ministério da Justiça, e em parceria com a ONG ANIS, em 2010, cujo objeto foi as medidas de segurança, e a população-alvo foram os pacientes internados nos HCTPs em Medida de Segurança de internamento nos estados da Bahia, Goiás e Minas Gerais. O relatório ainda não foi inteiramente publicado, mas foi possível encontrar parte dos dados no relatório Nº 35 da série pensando o direito, publicado pelo próprio Ministério da Justiça²⁶.

A pesquisa no Rio de Janeiro foi realizada com as pessoas internadas nos hospitais psiquiátrico-penais Heitor Carrilho, Henrique Roxo e Roberto Medeiros, que totalizavam 366 pacientes (FIALHO; KOLKER, 2006).

Fialho e Kolker (2006, p. 19) afirmam:

A maioria dos pacientes era branca (52%), do sexo masculino (91%), tinha entre 30 e 49 anos (54% para os homens e 75% para as mulheres), possuía baixa renda (77%) e pouca escolaridade, não tendo completado o 1º grau (77%) nem chegado a se profissionalizar. 78% dos pacientes apresentavam diagnóstico de transtorno mental maior, algumas vezes complicado pelo uso de substâncias psicoativas; a maioria apresentava grau de autonomia pleno (59%) ou relativamente preservado (28%); um número expressivo de pacientes foi internado pela prática de homicídio (45%), freqüentemente cometido contra familiares (43%); 33% não referiram tratamento psiquiátrico antes do delito e os demais, em geral, só referiram assistência episódica e descontínua (86% em hospitais psiquiátricos). Além disso, somente 51,8% dos pacientes podiam contar com o apoio de seus familiares; 45% dos pacientes estavam internados há mais de cinco anos, e, por último, 20% tinham sido reinternados, mas apenas 9% por novo delito.

Já a outra pesquisa, da ANIS e do MJ, teve como um dos focos a análise de conteúdo dos dossiês objetivando realizar um levantamento de como as sentenças que aplicaram Medida de Segurança nos estados da Bahia e Minas Gerais incorporam os princípios da Lei 10.216. Além disso, foram levantadas também informações sobre os pacientes em longa internação. A pesquisa entendeu como medidas de segurança de longa internação aquelas onde a pessoa em Medida de Segurança está internada em um prazo superior à metade do prazo máximo definido em decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) em 2009, isto é, 30 anos como

²⁵ A pesquisa foi coordenada por Tania Kolker e Márcia L. Carvalho e contou com o auxílio de bolsistas.

²⁶ Disponível no site: Pensando o Direito: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7B329D6EB2-8AB0-4606-B054-4CAD3C53EE73%7D>

período máximo de internação. Isso significa que o projeto considerou medidas de segurança de longa internação como todas aquelas iguais ou superiores a quinze anos.

A pesquisa avaliou HCTPS na Bahia, Juiz de Fora, Barbacena e Ribeirão das Neves (BA e MG). A população encontrada foi de 479 pessoas, apesar de constar apenas 228 processos de Medida de Segurança em internação. Destes 25% estão em internação de longa duração, e há 10 casos onde o tempo de internação é superior a 30 anos (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2012).

Dentre os dados apresentados verifica-se que a maioria é solteiro (80%), analfabeta (51%), 85% não tem histórico de cumprimento de Medida de Segurança anteriormente; 35% já tem cessada a periculosidade e ainda estão no HCTP (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2012).

Outra resolução que concerne ao assunto, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça foi para propor aperfeiçoamentos à política, desde 2004, com a Resolução n.º 4 e n.º 5 do CNPCP (Brasil, 2004; Brasil, 2010b apud MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2011). A Resolução n.º 4 afirma que “os pacientes com longo tempo de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (...), com profunda dependência institucional e sem suporte sócio-familiar, deverão ser objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, beneficiados com bolsas de incentivo à desinternação e inseridos em serviços residenciais terapêuticos”.

Aqui é válido lembrar que em dezembro de 2011, via decreto nº 7.648/11²⁷ a Presidenta da República concedeu indulto às pessoas submetidas a MS, independentemente da cessação da periculosidade que, até 25 de dezembro de 2011, tenham suportado privação da liberdade, internação ou tratamento ambulatorial por período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta praticada ou, nos casos de substituição prevista no art.183²⁸ da LEP, por período igual ao tempo da condenação.

Outro documento importante e atual é o Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei n. 10216/2001. A importância do parecer decorre do fato de ter sido encomendada pela

²⁷ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7648.htm>

²⁸ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm#art183>. Art. 192. Concedido o indulto e anexada aos autos cópia do decreto, o Juiz declarará extinta a pena ou ajustará a execução aos termos do decreto, no caso de comutação.

Procuradoria Geral dos Direitos do Cidadão e Ministério Público, a fim de subsidiar implementações de modelos legais efetivamente pautados na promoção dos direitos humanos, assegurando, os direitos da pessoa com transtorno mental. O parecer foi construído por uma equipe multidisciplinar que realizou uma análise da legislação penal, processual penal e da lei de execuções penais (LEP), no tocante ao cumprimento das MS (BRASIL, 2011).

Neste parecer é citado que segundo o INFOPEN, 2010, existem 3.604 pessoas custodiadas em HCTPs no Brasil, mas alegam que embora oficiais, este dado não corresponderia ao total de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei em medidas de segurança em HCTPs ou ATPs, principalmente porque não há uma sistematização periódica entre os gestores dos HCTPs e o INFOPEN. Por exemplo, na tabela replicada no Parecer, a própria ATP (objeto deste trabalho e pesquisa) consta com uma população de 0 pessoas.

O Rio de Janeiro é o estado com maior concentração de HCTPs, com um total de 7, seguido pelo estado de São Paulo, com 4, e Minas Gerais, com 3.

- Experiências transformadoras: PAI-PJ, PAILI e RJ

Existem já alguns programas em funcionamento no Brasil e que se utilizam dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica para funcionar. É o caso do PAI-PJ – Programa de atenção integral ao paciente judiciário – em Minas Gerais e o PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – em Goiás. Estes programas foram criados em épocas e contextos diferentes, mas acontecem em comum acordo com as mudanças da Reforma Psiquiátrica e estão compreendidos em diretrizes dos direitos humanos e realizam estudos e pesquisas além de uma atuação inovadora acerca do tema.

O PAI-PJ foi o primeiro projeto brasileiro e foi iniciado em março de 2000. É ligado diretamente ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais, e atende os pacientes em medidas de segurança residentes na capital Belo Horizonte e em algumas outras cidades do estado (BARROS-BRISSET, 2010; SILVA, 2010). Tem como base um acompanhamento interdisciplinar, e promove a mediação entre o processo jurídico, o tratamento, e as relações sociais do paciente até o seu convívio social. O acompanhamento aposta na escuta dos pacientes, e convida-os a falar de suas razões, criando uma possibilidade de responder pelos seus atos (CAMPOS, 2001).

Há ainda a premissa de convocar o próprio ordenamento jurídico a responder pelos direitos dos pacientes na determinação de medidas que possibilitem o tratamento e o envolvimento social (CAMPOS, 2001).

Cheib (1999 apud FREITAS, 2001) sugere pensar na relevância do espaço da psicologia jurídica no sentido da desconstrução do sujeito do direito. Elabora que não só o “louco infrator” é capaz de cometer um ato criminoso, mas que todas as pessoas podem vir a fazê-lo, e se o fizerem, devem se responsabilizar pelo seu ato.

O PAI-PJ tem a premissa que a Psicologia deve intervir junto ao Direito para que seja permitido ao “louco infrator” sustentar sua verdade subjetiva e para isso é necessário trabalhar que o “louco” é capaz sim de responder pelo seu ato. Nesse caso a lei jurídica passaria a funcionar como uma suplência onde faltou a Lei simbólica²⁹.

O trabalho de implantação do programa foi e é um esforço contínuo de uma rede de atores em Belo Horizonte. Desde o Tribunal de Justiça, até o Ministério Público, Projeto de Saúde Mental do Município de Belo Horizonte, o Centro Universitário Newton Paiva e os diversos recursos institucionais, dentre outros disponíveis na cidade (BARROS, 2010).

Já o PAILI, foi instituído em 2006 mediante convênio pactuado entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Secretaria Municipal da Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público do Estado de Goiás. O Programa contempla uma mudança de paradigma na execução das medidas de segurança, fazendo com que o assunto deixe de ser tratado unicamente sob o prisma da segurança pública para ser acolhido pelos serviços de saúde pública, mediante a participação da rede de clínicas psiquiátricas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e serviços substitutivos (CAPS).

Segundo a cartilha do programa foi por intermédio da proposição da lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) que se abriu o espaço para repensar a execução da Medida de Segurança, não mais regulada exclusivamente pela legislação penal.

Com isso o programa, que teve sua proposição inicial somente para realizar um levantamento de censo da aplicação das medidas de segurança no estado do

²⁹ Os Escritos de Lacan (2006) são as referências utilizadas pelo programa.

Goiás, após o Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2002), ganhou força com sua pesquisa. (SILVA, 2010)

É válido frisar, que neste íterim, houve duas tentativas de construção do manicômio judiciário, em Goiânia, e as duas vezes as obras foram embargadas. Por questões de insalubridade do local, que era próximo a um lixão, e também porque a discussão da sua real necessidade ganhou força após a promulgação da lei da Reforma Psiquiátrica, da realização do seminário para reorientação, anteriormente citado, e com os resultados dessa pesquisa - a qual o PAILI foi inicialmente contratado - que não foram favoráveis à perspectiva de tratamento desses indivíduos. Um dos locais hoje se tornou um presídio de segurança máxima, e próximo ao lixão nada chegou a ser construído.

Dessa forma, com o diálogo de diversos setores, o programa passou a ser responsável pela Medida de Segurança, e sua aplicabilidade. Esse diálogo foi feito com diversas instituições públicas (Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Tribunal de Justiça, Procuradoria Geral de Justiça, Secretaria da Saúde do Município de Goiânia) e as clínicas psiquiátricas instaladas em Goiânia.

O principal mote do programa é a mudança de paradigma, pois a Medida de Segurança não é mais edificada a partir da segurança pública, e sim sob o prisma da saúde pública, com o SUS sendo o principal pilar.

É o que afirma o idealizador do programa, Dr. Haroldo Caetano da Silva:

Impõe-se agora uma nova interpretação das regras relativas às medidas de segurança, tanto no Código Penal quanto na Lei de Execução Penal, parcialmente derogadas que foram pela Lei da Reforma Psiquiátrica. Ao submeter o agente inimputável ou semi-imputável à Medida de Segurança, deve o juiz dar preferência ao tratamento ambulatorial, somente determinando a internação “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”(art. 4º, caput). De tal sorte, mesmo que o fato seja punível com reclusão, deve o juiz preferir o tratamento ambulatorial, diversamente do que prevê o art. 97 do CP. (SILVA, 2010)

A natureza retributiva da Medida de Segurança, e a relação entre tratamento e pena são também discutidas:

Diferentemente da pena imposta ao indivíduo imputável, a Medida de Segurança não tem natureza retributiva e visa exclusivamente ao tratamento deste, e não à expiação de castigo. Tal objetivo é agora reforçado pela Lei da Reforma Psiquiátrica que, dentre outras regras, estabelece que “o tratamento visará, como finalidade permanente, a

reinserção social do paciente em seu meio” (Art. 4º, § 1º), sendo expressamente vedada a internação em instituições com características asilares e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º da mesma Lei (art. 4º, § 3º). (SILVA, 2010)

É interessante constatar que a maneira como a Medida de Segurança é hoje aplicada no Brasil todo, no PAILI é referida como algo do passado. A reinserção social nesse caso é o caminho escolhido pelo programa, por intermédio da rede aberta de saúde mental.

Outra característica interessante do PAILI é que os funcionários não são alocados pelo tribunal de justiça, e sim são técnicos da secretaria de saúde.

O juiz, no caso, não aplica a Medida de Segurança nem em regime de internação e nem em tratamento ambulatorial em sua sentença. Os casos são “simplesmente” encaminhados ao programa, que detém autonomia de fazer e direcionar o projeto terapêutico.

O índice de reincidência é baixo, os casos relatados são os de semi-imputabilidade, que em sua maioria, apresentam comorbidade relacionadas ao uso e abuso de drogas.

Há casos que são encaminhados, pelo programa, para internação, mas sempre em conformidade com a lei 10.216, em seu artigo 4º, quando todos os recursos foram esgotados, e sendo na rede, e por período de tempo determinado. São clínicas conveniadas pelos leitos do SUS.

Há, ainda, uma comissão de acompanhamento das medidas de segurança do estado do Goiás. Essa comissão é constituída pelo Ministério Público, representantes de clínicas, dos serviços do CAPS Há uma convocação pelo próprio MP para que se dialogue como os casos estão sendo tratados, e como estão os projetos terapêuticos, inclusive, as dificuldades. Essa comissão foi instituída no próprio termo de compromisso, no processo de criação do PAILI.

Embora os programas pertençam a instituições distintas – o PAILI à Secretaria de Estado de Saúde e o PAI-PJ de Minas Gerais ligado ao Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais – os programas são semelhantes nos objetivos, isto é, no cuidado em liberdade, possível por meio do acompanhamento terapêutico da aplicação das medidas de segurança, inserindo os pacientes em serviços assistenciais de saúde abertos de acordo com a lei da Reforma Psiquiátrica (SILVA, 2010).

Dentre outras características, o PAILI difere do programa PAI-PJ, pelo fato de Minas Gerais ainda possuir HCTPs (nas cidades de Ribeirão das Neves, Juiz de Fora e Barbacena), e o estado Goiás não possui HCTP (BARROS-BRISSET, 2010; SILVA, 2010).

Estes programas demonstram a potência transformadora dos paradigmas aviltados pela Reforma, e nos mostra por intermédio de ações que é possível traçar alternativas diferentes aos dispositivos asilares, e excludentes, e pouco terapêuticos, arquitetados no HCTP.

Outro fato relevante no tocante a questão foi a experiência ocorrida no Rio de Janeiro. Fialho e Kolker (2006) relatam que, houve uma mudança significativa quando as perícias realizadas no estado deixaram de utilizar como critério a avaliação da periculosidade e passaram a condicionar a desinternação à remissão da sintomatologia e ao apoio sócio-familiar. Com isso, foi possível observar uma redução progressiva do tempo de internação. Entretanto, esta possibilidade só conseguia beneficiar os pacientes internados mais recentemente e que ainda mantinham vínculos familiares. Os mais longamente institucionalizados, com ausência de apoio e vínculos familiares permaneciam sem ter para onde ir. Para esta mudança beneficiá-los também seria necessário um espectro de residências terapêuticas em funcionamento para acolhê-los. O que até então, não era viável.

3- Loucos infratores no Distrito Federal: perfil e problematizações no tocante ao seu acesso à rede de saúde mental

Nos capítulos anteriores foi possível visualizar a objetivação da figura do louco infrator e do dispositivo³⁰ manicômio judiciário. Foi possível evidenciar, também, alguns tensionamentos que as mudanças colocadas pelas lutas relativas aos direitos humanos e à Reforma Psiquiátrica colocaram neste campo; bem como a singularidade desta situação no Brasil, tanto no aspecto histórico, quanto das atuais práticas e políticas, e a insuficiência de políticas públicas.

Neste capítulo, introduziremos o estudo empírico no qual buscamos focalizar a realidade do Distrito Federal e de seus “loucos infratores”. O estudo se deu na perspectiva de construir um perfil dos sentenciados em MS no DF. A seguir discutiremos os dados encontrados, apresentando as pistas metodológicas que elegemos no trato do tema.

3.1 - A trajetória da pesquisa – limites e potências.

“A genealogia, como análise da proveniência está (...) no ponto de articulação do corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo”.

Foucault, 1993, p. 22

A primeira ideia da pesquisa foi a de uma prospecção, como uma fotografia. Não no sentido literal, mas sim no sentido de conseguir prospectar uma realidade do que está acontecendo em uma esfera micro, valendo-se do dispositivo da Medida de Segurança. Ou seja, conseguir vislumbrar quem estava internado, e quem a Medida de Segurança estava “selecionando” no período entre agosto de 2011 e outubro de 2011 – período de realização da pesquisa. A metáfora da fotografia aqui é evidente,

³⁰ Segundo Foucault, o dispositivo é “(...) um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma: o dito e o não-dito (...). O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos” (Foucault, 1979, p.244).

pois em um sistema penal, que depende estritamente do tempo, as realidades costumam mudar conforme o tempo passa, e a foto seria uma captura do presente: “Embora em certo sentido a câmera de fato capture a realidade, e não apenas a interprete, as fotos são uma interpretação do mundo tanto quanto as pinturas e os desenhos” (SONTAG, 1977, p. 17). Assim, com base nessa ideia de que é impossível se eximir de interpretações, ainda que se busque simplesmente a realidade dos fatos, este trabalho foi construído. Foi-se tirada uma foto, por assim dizer, do quadro atual dos sujeitos em cumprimento de MS em Brasília, em um tempo em que já vige a Reforma em saúde Mental.

Para alguns estudiosos, não há nenhuma diferença essencial entre curiosidade e ciência. Dessa forma, investigar é uma forma de relatar o mundo e a pesquisa social é tanto um produto social para relatar quanto um produtor de relatos; é uma maneira de contar – e produzir - o mundo. A pesquisa acontece da curiosidade e da experiência assumidos como processos sociais e intersubjetivos de fazer uma experiência ou refletir sobre uma experiência (SPINK, 2003). Neste sentido, buscamos investigar a realidade do Distrito Federal.

A Seção Psicossocial da Vara de Execuções Criminais – SEVEC, diretamente ligada ao Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios - TJDF, tem por objetivo realizar o devido acompanhamento psicossocial aos sentenciados condenados à Medida de Segurança no DF. O trabalho consiste em realizar acompanhamento dos sentenciados ao regime de internação, tratamento ambulatorial e desinternação condicional. O acompanhamento varia desde visitas domiciliares, encontros no presídio, visitas a outros serviços de saúde mental, e, finalmente, os relatórios ao juiz, com a finalidade de concessão de benefícios, e relatos a respeito dos sentenciados. A SEVEC, deste modo, se constituiu como um local estratégico no trato dos temas que são centrais neste trabalho.

Através de um primeiro contato com a Seção, foram expostos os objetivos da pesquisa, bem como a apresentação do seu respectivo projeto. Foi também sondada a possibilidade de realização de coleta de dados ali. A equipe da psicossocial teve interesse pela proposta e obedecendo à hierarquia presente no órgão, respaldou-se na resposta dada pelo juiz para a confirmação da execução da pesquisa. O juiz responsável do órgão deu pleno poder à seção psicossocial no trato dos dados solicitados da pesquisa, bem como na sua condução, não sendo assim

mais necessária nenhuma autorização ao longo do percurso, podendo tudo ser coletado e esclarecido diretamente com a seção.

Os internos sentenciados com Medida de Segurança condenados ao regime de internação ficam em uma ala de tratamento psiquiátrico. Cabe esclarecer que a Ala de Tratamento Psiquiátrico de Brasília - ATP fica localizada na cidade do Gama, longe do centro urbano, de difícil acesso. A ala é localizada junto à Penitenciária Feminina, apelidada de “Colméia”, devido à sua arquitetura. A única linha de ônibus que permite chegar obriga a uma caminhada de aproximadamente 1.500 metros em uma subida (OMAR, 2004; AQUINO, 2008).

Essa pesquisa optou por não ser realizada dentro da ATP pela dificuldade de entrada na instituição, no tempo hábil que tínhamos para a pesquisa. Entretanto, em nenhum momento foi descartada a possibilidade de no percurso da construção e da coleta de dados na Seção, isso ocorrer.

- A que serve a invisibilidade? A necessidade de uma perspectiva ético-política na pesquisa

O foco da pesquisa não se deu em relação ao trabalho das técnicas na Seção, apesar de este ser um aspecto que permeou esse projeto. Assim, o foco foi conseguir vislumbrar quem está hoje sob a Medida de Segurança, e quais dispositivos de tratamento são oferecidos, e enfim, em que medida as diretrizes da Reforma e suas legislações tem impactado esta realidade.

A Seção documenta os casos acompanhados (sentenciados condenados ao regime de internação, tratamento ambulatorial e desinternação condicional). Este documento é um prontuário, com registros de nome, nascimento, dados e contatos de familiares, e os relatos dos atendimentos. Estes prontuários ficam alocados dentro de um armário de arquivos, que é trancado, e somente as técnicas têm acesso. Nele pode-se encontrar cópia do laudo do Instituto Médico Legal - IML, da sentença do juiz, dentre outros documentos e registros importantes para que o acompanhamento das técnicas consiga ser realizado. Em alguns prontuários é possível encontrar dados mais padronizados, quando da existência de uma folha de rosto. Entretanto, não são em todos que é possível encontrar todas as informações preenchidas.

Nestes prontuários, os registros feitos são confidenciais, onde só a Seção psicossocial e as técnicas têm acesso. Ao contrário, por exemplo, do próprio processo, que é por definição um documento público. Por isso, fez-se necessário o encaminhamento desta pesquisa à avaliação do Comitê de Ética em pesquisa da PUC-SP, pois os dados devem ser tratados dentro dos critérios de confidencialidade, relevância social, da relação custo/benefício, e da autonomia dos sujeitos da pesquisa. Assim, logo que a pesquisa foi autorizada pelo Comitê, iniciamos as leituras dos prontuários (Anexo 1).

Inicialmente foi feita uma imersão nos documentos presentes na Seção. Há inexistência de registro estatístico da quantidade de internos e de sentenciados que a equipe acompanhava e acompanha, e também da quantidade de sentenciados à Medida de Segurança - não existe um registro ao longo do tempo. Os documentos apreciados foram os documentos dos sentenciados que se encontravam em regime de internação no período da coleta de dados dessa pesquisa (agosto a outubro de 2011).

Este é um primeiro aspecto elucidativo da realidade encontrada. Logo pudemos nos indagar se essa ausência de controle documental e estatístico se daria porque haveria pouca mudança com o passar dos anos, ou ainda, outras possibilidades, como por exemplo, a dificuldade de encontrar esses dados – pois muitas vezes dados como escolaridade, registro documental, histórico familiar e outros, não são dados que os próprios sentenciados “conseguem” fornecer.

Para Foucault (1979) o documento não é uma matéria inerte. Na análise da textura do documento é necessário colocar em questão o conjunto das relações de poder nas quais o discurso sofre transformação histórica com usos e repetições.

Nesse sentido, nos deparamos com frágeis e contraditórios registros em relação aos projetos de vida e memórias dessas pessoas. Por um lado, a investigação psicossocial das técnicas, que, no decorrer de seus encontros com os internos, seus familiares e acesso aos seus documentos, ensaiam uma biografia desses sujeitos nos prontuários, com atenção ao cuidado ético do seu trabalho: ora realizando atendimento psicossocial a essas pessoas, ora se reportando ao juiz. Há dessa forma um cuidado ético com o quê relatar ao juiz, ao processo, à sociedade – assim, existem dados registrados nos prontuários que não irão fazer parte dos relatórios e conseqüentemente do processo - público. Por outro lado, há o registro de curva de vida relatado no laudo do IML, construído pelo perito, com as entrevistas

feitas para a elaboração do laudo. Normalmente esse relato é uma cópia do que foi verbalizado pelo sentenciado, e por seus familiares. E por último, o registro processual, com a vida dessas pessoas retratada pelo próprio ato infracional, que em última instância, as constitui.

Essas histórias de vida seriam assim atravessadas pelas lógicas de poder-saber que articulam justiça e saberes do campo psi. As linhas de força que sustentam as histórias atuam sob a mesma égide: quando se faz necessária uma reconstituição biográfica dos atos de vida do sujeito, estas se dão no sentido de sustentarem o ato infracional como a última linha evolutiva do seu processo de vida. Assim, permitem o subsídio para uma condenação a um tratamento (inexistente), e a sua exclusão social e reclusão em uma instituição híbrida de custódia e tratamento.

Nesse sentido vejamos essas operações em funcionamento em alguns trechos constitutivos da peça do processo, dos registros do IML, e da ATP em diferentes processos:

A despeito do tratamento que vem recebendo e do uso dos fármacos, persistem sinais e sintomas da doença, que nos impede de opinar favoravelmente a cessação de sua periculosidade. (IML)

O sentenciado não tem qualquer possibilidade de ser beneficiado com saídas temporárias. Os peritos que fazem os laudos não podem ser os mesmos que os assistam como profissionais cuja ética está voltada para o paciente em si. Nossa ótica é voltada para sociedade e com isto não queremos dizer que todos os apenados tem possibilidade de melhora e até recuperação total. Contudo, aqueles que estão na ATP tem que ser vistos de um modo mais específico por serem doentes mentais e que cometeram crimes. Temos que fazer uma crítica ao sistema penitenciário, pois o número de doentes mentais é insignificante e eles não têm assistência com relação aos que são apenas marginais. (relatório médico ATP)

Estes sociopatas, conhecidos por alguns como psicopatas, zombam da atitude humanitária que é dispensada por eles e estão sempre prontos para apunhalar pelas costas quem os ajuda; A única medida universalmente aceita pela literatura médica psiquiátrica é o confinamento permanente para que eles não mais realizem seus atos desumanos. (...) Sociopatia não é doença, é uma variação das médias de personalidade. Existem pessoas que são monstros. A Dra. Ilza Arms não pode ser considerada doente por ser boníssima, e nem o sociopata pode ser considerado doente por ser perverso demais. (relatório médico ATP)

Considerando que o sentenciado não consegue fazer uma reflexão elaborada da sua relação com a justiça, avaliamos a internação na ATP necessária. (relatório médico Psicossocial VEP)

Estes relatos nos alertam para a arbitrariedade da utilização dos conceitos e dos percursos institucionais. Ora é defendido que estas pessoas devem permanecer presas porque são doentes mentais. Ora é defendido que a doença mental é o que as caracteriza como perigosas. Quais seriam os critérios específicos na utilização do conceito do exame de periculosidade? Qual o critério de melhora dos internos? Qual a visão de loucura dentro do sistema judiciário? Afinal de contas, porque o hospital de custódia e tratamento judiciário se mantém?

A ausência de dados, no nosso entender, se deve à construção sócio-histórica do imbricamento conceitual da loucura e da periculosidade, que objetifica o personagem louco infrator, destacando de suas derivas aquilo que o cola a esta imagem, tal como Goffman (1961) trabalhou com por meio da noção de *carreira do doente mental*. Tal objetivação cria o argumento para a segregação, promovendo a invisibilidade desses sujeitos, que, em última instância querem ser esquecidos pela sociedade. São sujeitos invisíveis na instituição até onde, em tese, deveria ser uma instituição que promoveria o seu cuidado.

Com a imersão de leitura nos prontuários, a primeira dificuldade se fez evidente: quais dados seriam importantes na construção de um perfil? Saber o que do ponto de vista quantitativo e qualitativo nos daria ferramenta de análise, e também elucidariam algumas das perguntas que colocamos?

Ainda que no Seminário de Reorientação aos Hospitais de Custódia³¹, em 2002, tenha sido proposto a criação de uma rede de cadastro nacional, visando a estruturação de um banco de dados que registrasse dados identificadores pessoais e familiares assim como dados clínicos, psiquiátricos, sociais e jurídicos (delito/crime, tempo, situação atual do processo), para favorecer a integração e a agilidade de troca de informações entre as unidades federativas, esse cadastro não aconteceu. Desse modo, essa pesquisa pode funcionar como uma tentativa de colaborar para a criação de um banco de dados, com informações relativas a esses sentenciados.

³¹ O Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é resultado de um esforço interinstitucional. Realizado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, o seminário foi concebido e orientado pela compreensão de que somente a co-responsabilização e o diálogo entre os vários atores envolvidos na problemática da inimputabilidade e da Medida de Segurança, poderia estabelecer diretrizes e consensos para a reorientação dos Hospitais de Custódia.

Uma primeira pista foi a procurar outras pesquisas relacionadas ao tema, como a pesquisa realizada pela Tânia Kolker e Jorge Fialho (2006): A reinserção social do portador de transtorno mental infrator: propostas para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01, realizada pela Superintendência de Saúde da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro com o objetivo de adequar as medidas de segurança às diretrizes estabelecidas pela Lei 10.216/01.

Esta pesquisa encontrou dados importantes no que se refere à dificuldade da Reforma Psiquiátrica em articular mecanismos nacionais de atuação nessa especificidade. Kolker e Fialho (2006) afirmam que a reforma com as suas medidas de desinstitucionalização já possibilitou a redução dos leitos psiquiátricos de 72.514 para 42.076, apenas no período de 1996 a 2005, mas o mesmo não pôde suceder nos HCTPs do país³² que ainda aguardam um plano nacional para a reorientação do seu modelo de atenção.

Há a inexistência, até hoje, de uma política nacional para a reorientação do modelo de atenção nos HCTPs. Fatores como a falta de projetos estaduais para a reinserção social assistida dessa clientela e, mais especificamente, a forma como tem sido promovida a desospitalização dos inimputáveis, sem nenhum tipo de *follow-up*³³ monitorado sem a gestão planejada do acesso ao tratamento no âmbito do SUS e, sem a garantia de continuidade do suporte terapêutico, tem sustentado o portador de transtorno mental infrator numa espécie de limbo assistencial e é deixado aos pacientes e suas famílias o ônus de viabilizar a continuação do tratamento, o que tem contribuído para a maioria das reinternações e recidivas (FIALHO; KOLKER, 2006).

- Quais dados coletar?

A pesquisa de Kolker e Fialho (2006) buscou retratar o perfil dos internos do estado do Rio de Janeiro, o perfil contava com dados como sexo, cor da pele, faixa etária, diagnóstico, delito, dentre outros.

³² Segundo informações do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (INFOPEN), em janeiro de 2009 havia 31 registros de HCTP (Oliveira, 2009 *apud* Silva, 2010).

³³ Termo do inglês para se referir ao acompanhamento que seria realizado pós desinternação.

Com base nesta pesquisa elaboramos uma planilha similar para a construção de um perfil dos casos do Distrito Federal, de forma a poder fazer dialogar os dados e a trabalhar para a consolidação de uma base comum de informações. Com muitos dados não foi possível fazer a transposição diretamente dos prontuários para a planilha, pois como já foi exposto, não há uma homogeneidade no trato do preenchimento desses dados nos prontuários. Por isso foi necessário, além de uma imersão e leitura dos prontuários, algumas conversas e entrevistas com as técnicas, ainda que informais, para obter estes dados.

Aqui é importante frisar que não há uma tentativa de ensaiar um perfil no tocante a determinar que tipo de pessoas se insere no regime de internação a fim de promover uma caracterização determinista dos sujeitos ali presentes. A ideia aqui é a de uma fotografia, no sentido de ensaiar um perfil que experimente novas perspectivas de tratamento a esses sujeitos, bem como que permita evidenciar situações analisadoras, isto é que possibilitem a “reconstituição analítica de determinadas situações, a desconstrução de determinadas naturalizações e a convocação da potência de produção de realidades alternativas e/ou alterativas” (Lourau, 2004; Barros, Leitão e Rodrigues, 1992).

Finalizada a etapa de levantamento de dados, a planilha foi construída, no período de outubro/2011 a dezembro/2011, com os seguintes dados: Nome (iniciais); Nascimento; Início do cumprimento da Medida de Segurança; Origem da MS (Medida de Segurança): inimputabilidade, semi-inimputabilidade ou incidente no curso da pena); Estado civil; Escolaridade; Diagnóstico; Delito; Registro de histórico de internação anterior (psiquiátrico e/ou penal); Naturalidade; Registro de uso de drogas; Cor (declarada pelas técnicas que os acompanham); Tratamento (se há registro de tratamento além do medicamentoso na ATP).

Em um segundo momento, quando os dados estavam tabulados, foi realizada uma mesa redonda com as técnicas da Seção, a fim de apresentar os números encontrados, como uma primeira restituição, e também com a finalidade de discutir o que aqueles números indicavam.

Essa conversa possibilitou um apontamento, por parte das técnicas, da excessiva subjetividade do julgamento dos casos. Foi relatada a arbitrariedade que se utiliza da fronteira não delimitada dos saberes psi-jurídico como um dos fatores que ocasionam uma não linearidade dos casos acompanhados pela Seção. Nesse sentido, nos foi relatado que com relação à pena, no caso de um mesmo delito às

vezes o sujeito é condenado à internação e às vezes não. No caso do uso abusivo de drogas, o IML na maioria das vezes sugere internação. Ainda que o delito fosse equiparado à pena de liberdade, o juiz baseado na periculosidade diagnosticada pelo IML condena à internação. Ou o contrário é possível. Pode ser um crime hediondo, mas se o IML atesta o sujeito sem periculosidade, e com quadro estável, pode ser condenado a TA. Uma das falas mais marcantes das técnicas foi: “Na verdade quem dá a sentença é o IML”.

A seguir, apresentaremos o perfil construído e sua discussão.

3.2 – Perfil dos internos do HCTP do Distrito Federal: a Ala de Tratamento Psiquiátrico

O número de sentenciados internados no período de agosto e setembro de 2011, no curso de realização da pesquisa, foi de 93 internos. Destes, 3 são mulheres. Duas delas estão internadas no presídio feminino, e uma destas está internada em uma clínica particular do DF. As mulheres não ficam na ala de tratamento, mas com as presas “comuns”, tendo o tratamento somente no âmbito medicamentoso.

Este dado nos permite fazer uma comparação quantitativa com outros estados. A pesquisa do RJ nos mostrou, por exemplo, uma população de 366 internos – dentre os 3 HCTPs do Estado, 338 pessoas em MG – também dentre os 3 HCTPs do Estado, e 141 em Salvador. A população do DF é um número considerável, tendo como partida o tamanho destes Estados. Segundo último censo do IBGE³⁴, o DF teria 2,5 milhões de habitantes; a BA 14 milhões; e o RJ 15,9 milhões.

Todos os dados a seguir serão trabalhados em função desse número, de 93 internos. Segundo dados da Seção Psicossocial, a Ala teria capacidade para 60 internos. Estaria operando, portanto, com um número bastante superior ao de sua capacidade.

³⁴ Disponível no website: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>

- Origem da Medida de Segurança

A origem da Medida de Segurança pode ser de três diferentes maneiras. Por inimizabilidade e semi-inimizabilidade, diagnóstico feito pela perícia do IML e também por curso no incidente da pena, que é devido a alguma ocorrência quando o sentenciado estava cumprindo sua pena em um regime comum, sem ser de MS.

Segundo a origem da Medida de Segurança, 56% dos internos teve sua origem por inimizabilidade, 24,3% por semi-inimizabilidade, 17,8% teve incidente no curso da pena, o que significa que essas pessoas estavam presas dentro do sistema penitenciário comum, e por algum incidente a sua sentença foi transformada em Medida de Segurança. Em 1,9% dos casos, não há registro da origem da sentença.

Um fato relevante, relatado na roda de conversa com as técnicas da Seção, foi que grande parte deste número elevado da origem da Medida de Segurança ser devido a um incidente do curso na pena (que corresponde a 30% dos casos) pode ser devido ao fato de que o psiquiatra da ATP está cedido ao Sistema Penitenciário. Isso significa que por alguns dias ele se isenta do trabalho na Ala e realiza atendimentos em outros presídios do DF. Portanto, muitos casos são inicialmente transferidos para a ATP por indicação dele, e depois a pena é convertida em MS. As técnicas acreditam que essa estatística deve ter aumentado há mais ou menos um ano, devido, grande parte, a este trabalho do psiquiatra, cedido ao sistema penitenciário.

Este fato nos aponta um fator que nos chama atenção. Neste caso, ainda que seja dentro de um sistema já penitenciário, a ausência de possibilidade dos presos serem cuidados pelo sistema de saúde e serem então transferidos para uma ala de tratamento psiquiátrico, nos aponta uma demanda custodial que prevalece sobre a demanda de saúde.

A diferença, nesse caso, é que os sentenciados condenados à Medida de Segurança desde o início são avaliados com base no critério se teriam consciência ou não do ato criminoso perante seu próprio ato. As pessoas que são encaminhadas e condenadas ao cumprimento de MS no decorrer da pena são avaliadas não em função do estado mental durante o delito cometido, mas sim em função do seu estado psíquico no momento da avaliação pericial, independente se havia ou não

consciência no ato do delito. Portanto, o cumprimento da pena é convertido em MS, ainda que o indivíduo tivesse plena consciência do ato criminoso.

Neste aspecto é possível elucidar a ocorrência de arbitrariedade na aplicação dessa lei. Ora usada porque o doente mental não tem consciência durante o ato, ora utilizada por explicar o transtorno de doença mental ao longo da pena no sistema penitenciário, não tendo nenhuma relação direta com o momento do delito.

Quando há a semi-imputabilidade a decisão do juiz reveste-se de maiores riscos de subjetivismo. No caso difere da demanda de inimputabilidade, porque quando avaliados assim pelo IML, a sentença, que costuma ser com base no laudo médico, passa a ser proferida por outros fatores. Entra aqui histórico de uso de drogas, referências familiares, dentre outros critérios estipulados pelo juiz. Assim, nesse caso, a demanda pode ou não virar MS. Logo, ainda que o delito seja sujeito a uma pena privativa de liberdade, o juiz pode condenar a cumprimento de MS em regime de internação na ATP.

Neste sentido aqui fica comprovada a não linearidade no uso da lei. Ora usada com argumentos de internação, ora de tratamento ambulatorial, com critérios arbitrários, a cargo do juiz.

Aqui é pertinente resgatar que o dispositivo penal fundamenta-se em perpetuar um sistema que traz muito benefício para quem vive dele, mas, como se sabe, nenhum benefício para quem sobrevive nele. São juízes, advogados, promotores, procuradores, legisladores, cartorários, escrivães, carcerários, policiais e também profissionais de outras áreas com funções extrajurídicas, respaldando, a partir de suas teorias psicológicas, médicas, pedagógicas, antropológicas, sociológicas e assistenciais, as ações da rede jurídica, com a finalidade de “consertar” aqueles que sobrevivem neles: os presos ou internados (FOUCAULT, 1987).

O aparelho penitenciário em sua tecnologia efetua uma distinta substituição. Afinal, da justiça entra um condenado, mas àquilo que ele deve ser aplicado não é tão somente a infração, mas um objeto. Esse outro personagem, que o aparelho penitenciário coloca no lugar do infrator é o delinqüente. Este se distingue do infrator pelo fato de sua vida o caracterizar tanto quanto o ato. A técnica punitiva aí é a técnica punitiva a uma vida: a introdução do biográfico e fios complexos sejam eles de instintos, pulsões, tendências e temperamento (FOUCAULT, 1987).

Deste modo, ora o entendimento diante do ato criminoso se faz urgente na condenação desses sujeitos à Medida de Segurança, ora este critério, inicialmente central no julgamento dos casos, se constitui elemento coadjuvante. A lei é, assim, utilizada privilegiando a custódia. E o tratamento, inexistente, se fundamenta na ideia da periculosidade desses sujeitos, e da sua “correção”. Voltemos à apresentação dos perfis dos internos na ATP.

-Quem está internado na ATP?

O estado civil dos internados constitui em sua maioria de homens solteiros com 75%. 10% são separados, divorciados e viúvos, 6% são casados, e os demais não constam registros.

A faixa etária com maior porcentual é a entre 26 e 30 anos, com 25%. Somando as faixas abaixo de 35 anos é possível encontrar a soma de 54,9% dos internos, o que constitui um número elevado de jovens. A tabela com as faixas etárias segue abaixo.

Tabela 1 - Faixa etária dos internos na ATP
no período de agosto a outubro de 2011

Idade	%
21-25 anos	10,80%
26-30 anos	25,80%
31-35 anos	18,30%
36-40 anos	18,30%
40-50 anos	17,20%
51-53 anos	3,20%
não consta	6,50%

No que se refere à naturalidade, 57 internos, ou seja, 61% dos sentenciados tem naturalidade do Distrito Federal. Este dado confere um quesito interessante onde é possível levantar a hipótese de que por ser uma população relativamente jovem que está internada, estas pessoas já se constituíam como a primeira geração dos filhos dos imigrantes que vieram para o DF. Outro fator relevante é com relação a cor, no caso declarada pelas técnicas da Seção: 33% são brancos, 34,4%

pardos e 18,3% negros. Somando-se negros e pardos, podemos observar que são a maioria.

A maioria dos internos possui a escolaridade de 1º Grau incompleto, constando de aproximadamente 60% do total. São analfabetos entorno de 10%. Há uma taxa de 13% de não consta, e os demais possuem 2º Grau incompleto.

Tabela 2 – Grau de Escolaridade Internos da ATP
no período de agosto a outubro de 2011

Escolaridade	Número	%
Analfabeto	9	9,7%
1º Grau incompleto	55	59,1%
1º Grau	6	6,5%
2º Grau incompleto	6	6,5%
2º Grau	5	5,4%
Não consta	12	12,9%
Analfabeto	9	9,7%

Fazendo uma média do tempo de internação encontramos que os internados ficam, em média, 3 anos internados. No entanto, o desvio padrão é de 4,13 o que representa uma não uniformidade ou constância nesses dados. Não trabalhamos com a média de internação (3 anos) não só devido ao desvio padrão alto, mas por percebermos, conforme construíamos o perfil que havia dois tipos de permanência entre os internos: as longas (acima de 3 anos, com 44% dos internados) e as mais curtas (internados até 3 anos, com 56%). Abaixo é possível visualizar uma tabela com a frequência de tempo.

Essa média de 3 anos elucida uma problemática. Afinal, se na maioria dos casos, o tempo mínimo da pena é de 1 ano, e a média é superior a esse tempo, significa que ao final de um ano a maioria dos internos não tem o diagnóstico de melhoria em seu quadro psíquico – sendo essa a principal avaliação do IML que institui a cessação da periculosidade. Ou seja, se ao final do tempo mínimo os internos não apresentam melhoria, significa que o dispositivo da internação não está sendo eficiente no que diz respeito ao tratamento. Uma das falas das técnicas é de que é “uma guerra tirar alguém da ATP”.

Outro aspecto que nos provocou indagações é com relação ao tempo mínimo estipulado para a internação. Como se pode afirmar *a priori* que um sujeito precisa permanecer internado por um ano? Quais os critérios para a permanência, estadia e saída desses sujeitos?

Tabela 3 – Tempo de cumprimento de pena por faixa em anos

no período de agosto a outubro de 2011

Tempo de cumprimento	N	%
entre 1 e 2 anos	20	21,50%
de 2 a 3 anos	14	15,10%
de 3 a 6 anos	21	22,60%
de 6 a 9 anos	8	8,60%
10 anos	3	3,20%
11 anos	2	2,20%
12 anos	1	1,10%
15 anos	1	1,10%
18 anos	1	1,10%
não consta	8	8,60%

Já os números com relação aos atos infracionais estão em sua maioria relacionados a homicídios - com 18%, e tentativas de homicídios - com 20%.

Tabela 4 – Atos infracionais dos sentenciados na ATP

no período de agosto a outubro de 2011

Delitos	N	%
Tentativa de homicídio	17	18,30%
Homicídio	19	20,40%
Agressão	10	10,80%
Furto	15	16,10%
Roubo	8	8,60%
Estupro	3	3,20%
Atentado violento ao pudor	2	2,20%
Abuso sexual	7	7,50%
Outros	12	12,90%

- Questões de tratamento, saúde, diagnóstico

No que diz respeito aos diagnósticos, efetuados pelos peritos do IML, é possível encontrar uma porcentagem elevada de pessoas com transtornos psicóticos, com 33% da amostra. O perfil dos pacientes com diagnóstico relacionado à dependência química e alcoólica, somados, também é elevado, com 26% da amostra.

Aqui é válido relatar que nos prontuários os diagnósticos são mais específicos, e que para fins de pesquisa, avaliamos ser mais pertinente agrupá-los em categorias. Alguns internos também apresentam mais de um diagnóstico, portanto a somatória será superior a de 100%.

Segundo informações das técnicas da Seção, estes dados no que se referem a retardo mental estão subapurados, elas acreditam que existam muitos mais casos com esse diagnóstico.

Tabela 5 – Diagnósticos dos internos da ATP segundo o IML
no período de agosto a outubro de 2011

Diagnósticos do Perito	Número	%
Transtornos Psicóticos	38	33,3%
Epilepsia	9	7,9%
Retardo Mental	15	13,2%
Transtornos de Personalidade	21	18,4%
Dependência Alcoólica	10	8,8%
Dependência Química	21	18,4%

Obs: Diagnósticos podem ser simultâneos, portanto soma-se mais que 100%.

Retomando os dados de pesquisas anteriores relatadas no capítulo 2 deste trabalho podemos realizar algumas comparações, principalmente no tocante a similaridade de alguns dados dos perfis dos internos em MS.

A pesquisa de Fialho e Kolker, 2006, no RJ e a realizada pela ANIS em MG E BA (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2011), nos trouxe elementos bastante similares ao que encontramos na realidade do DF³⁵.

A primeira delas se refere ao fato de a maioria ser do sexo masculino, solteira e com escolaridade precária. No RJ o somatório de negros e pardos é balanceado

³⁵ Para que não seja necessário repetir a todo instante que se fizer referência, as referências das pesquisas são: FIALHO; KOLKER, 2006 e MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2011.

com o de brancos, 48%; já na BA e MG se assemelha mais a realidade do DF, onde a maioria é de negros e pardos, constituindo entorno de 70%.

Com relação ao diagnóstico os dados também são bastante congruentes. Em todas as pesquisas a maioria dos sentenciados apresenta diagnósticos relacionados a transtornos psicóticos e/ou esquizofrenias.

Também apresenta semelhança a maioria dos delitos. Em todas as pesquisas os sentenciados são em sua maioria condenados por crimes contra a pessoa e homicídios.

Estas pesquisas da mesma forma tiveram conclusões semelhantes, como podemos perceber abaixo:

1º) Que grande parte dos pacientes internados no HCTP nunca chegou a ser acolhida na rede SUS, ou recebeu apenas assistência descontínua, em geral durante internações em hospitais psiquiátricos; 2º) Que um número significativo de pacientes com Medida de Segurança cessada acaba retornando ao HCTP por dificuldade de obter tratamento em sua própria comunidade; 3º) Que os CAPS de nosso estado (RJ), ainda em número bastante inferior ao necessário, freqüentemente manifestam resistência para acolher pacientes egressos de HCTPs; 4º) Que os poucos SRT do estado raramente recebem pacientes egressos de HCTP; 5º) Que os Gestores de Saúde sequer reconhecem como um problema de gestão as dificuldades de inserção dos egressos de HCTP na rede (FIALHO; KOLKER, 2006. p.23).

O estudo aponta a indicação de algumas conclusões: 1. sobre o perfil da população em Medida de Segurança: Os dados socioeconômicos delineiam uma população extremamente vulnerável socialmente quando descritos os níveis de escolaridade, ocupação ou profissão, além de raça e analfabetismo. O perfil da população em Medida de Segurança aponta situações de vulnerabilidade social que se cronificam com o prolongamento das sentenças de restrição de liberdade; 2. além disso, o perfil de aplicação das medidas de segurança varia de estado a estado. Há muitas críticas sobre o papel e a validade dos exames de cessação de periculosidade, mas o fato é que o não cumprimento do prazo de realização previsto em lei compromete o quadro de saúde dos pacientes em Medida de Segurança, o que pode levar a situações de longa internação. Além disso, o fato de 85% da população em Medida de Segurança nunca ter cumprido outra medida anteriormente revela que se trata de uma população majoritariamente sem histórico penal, o que vai de encontro à tese da periculosidade dessa população (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, p.48).

Estes dados nos alertam para a situação de vulnerabilidade social as quais estes indivíduos estão submetidos. Assim, quando observamos estes dados de

maneira a abandonar o paradigma individualizante da criminologia, e devolvemos o problema para o coletivo, podemos perceber que a probabilidade destes sujeitos com sofrimento psíquico grave cometerem ou não atos infracionais estão relacionados, também, a quantidade de recursos públicos, políticas sociais, e econômicas que lhe forem designadas (FIALHO; KOLKER, 2006).

Neste sentido podemos perceber a psiquiatria operando no encargo de cuidar dos resíduos sociais. Aqui podemos visualizar o conceito de periculosidade vigendo como um diagnóstico, pois foi a própria psiquiatria que assegurou a certeza do direito penal que caracteriza esses indivíduos como perigosos. Coube à psiquiatria o encargo de diagnóstico, separação e tutela daquilo que nas paixões humanas lesa o princípio de racionalidade/culpabilidade/sanção (LEONARDIS, 1998, apud VICENTIN, 2005).

Neste sentido, podemos pensar no histórico que culminou no diagnóstico de periculosidade destes indivíduos, também, como um percurso institucional, vejamos abaixo, e no tópico a seguir:

É o próprio percurso institucional, portanto, que dá forma e nome a um objeto socialmente perigoso. E tudo o que se apresenta como ingovernável e intratável, é, por essa razão, perigoso. Não estamos então frente à mesma noção de periculosidade, forjada no século XIX, a do “atributo intrínseco de um sujeito em si mesmo”, mas mais perto do perigo como “incontrolabilidade”, como “o que escapa à gestão institucional” (LEONARDIS, 1998, apud VICENTIN, 2005).

3.3. - Algumas problematizações no tocante ao percurso institucional dos internos e sua relação com o campo da saúde mental

O histórico de internamento anterior à internação na ATP nos prontuários não é uma informação sempre presente, como são os dados de idade, e de diagnóstico, por exemplo. O que é possível verificar, entretanto, é que nos prontuários a os dados a respeito do histórico de internação, seja em sistema de saúde, seja de justiça, aparecem de alguma forma, como em algumas folhas de rosto, com a informação preenchida ou até mesmo no histórico de vida relatado em algum atendimento.

Ao longo do acompanhamento dos dados documentais consideramos pertinente de alguma forma tentar elencar os casos onde essa informação estivesse presente, considerando que muitas delas pudessem estar incompletas, e que muitos outros internos poderiam ter tido algum histórico de passagem por alguma instituição de justiça ou de saúde e não constar.

Dos casos elencados, 60% aparecem algum histórico de passagem por instituições variadas, sejam eles pela Delegacia da Criança e do Adolescente – DCA, pelo Centro de Atenção de Jovens – CAJE, Comunidades terapêuticas, o Hospital São Vicente de Paula – HSVP³⁶, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP – de outros estados, Clínicas psiquiátricas, e Casas de recuperação, ou passagem pelo próprio sistema prisional, e sanatório.

Os dados, ainda que incompletos, ilustram um significativo número de casos onde houve a passagem por alguma instituição de cuidado em saúde ou de atenção socioeducativa: deste total de 60%, em 15% deles o CAJE é citado, e 40% dos casos o HSVP é citado. Os outros oscilam entre as instituições citadas acima, com 21%.

Na hipótese quando somamos os casos relatados de internação no HSVP e em outros circuitos de saúde, como o Hospital de Base, e outras clínicas e comunidades terapêuticas, encontramos o número de 61%. Ou seja, em mais da metade dos casos há alguma passagem pelo sistema de saúde. Com isso, podemos observar a presença de problemas com a saúde anterior ao ato infracional, o que nos aponta, de certo modo, a dificuldade e possível insuficiência no cuidado desses casos que apresentariam maior complexidade. Esses dados nos indicam, de maneira expressiva, que esses indivíduos estavam de alguma forma demonstrando o seu sofrimento psíquico e/ou sua vulnerabilidade social. Abaixo fazemos uma tabela ilustrativa desses dados.

Tabela 6 – Percurso institucional anterior a ATP
no período de agosto a outubro de 2011

Histórico institucional	%
Internações no HSVP	40
Internações CAJE	15
Outras internações (Hospital de base, CTs e outros)	21
HCTPS	3

Obs: Número relativo a 60% do total dos internos que consta histórico institucional anterior.

³⁶ O único hospital estritamente psiquiátrico e ainda em funcionamento no DF.

A pesquisa do RJ, que também aborda o histórico de internação anterior, apresenta bastante semelhança com os dados que encontramos no DF. A ampla maioria apresenta histórico de passagem por instituições de saúde também. No caso, 67%.

Podemos confrontar esse dado também com o tratamento que é dispensado aos internos dentro da ala de tratamento, que no caso, como foi relatado pela Seção é basicamente medicamentoso. Há também a realização de serviços gerais que envolvem horta, e limpeza, estes últimos não podendo ser considerados como medida de tratamento, uma vez que também são disponibilizados em uma pena comum. No caso, o que se pode chamar de tratamento é o que algumas pessoas usufruem com saídas diurnas para serviços de saúde mental conveniadas, no caso dois serviços do DF, como será mais detalhado no tópico a seguir.

Entretanto, é válido lembrarmos que estas ocupações que seriam consideradas como trabalho em uma pena comum, proporcionando benefícios ao sentenciado, como a redução da pena, no caso da MS, este tipo de trabalho não presume benefícios.

-Drogas

Com relação ao uso de drogas, os dados também não apresentam uma constância na maneira em que são retratados. Alguns já são internados com essa especificidade no diagnóstico e outros apresentam histórico de uso de álcool ou drogas, mas não necessariamente aparecem ligado ao diagnóstico ou ao delito. Nas informações que constam nos prontuários é possível afirmar que em 68% dos casos aparecem referidos histórico de uso de álcool e/ou drogas.

Esse dado também não é muito preciso, não há como medir se os usos são abusivos, ou se os internos apenas relataram ter feito uso de drogas em algum momento de suas vidas, ou se há a relação com a droga na comorbidade do diagnóstico.

De qualquer forma, a persistência desse dado em quase a maioria dos prontuários é um fator que chama atenção, até pelo atual cenário de “guerra às drogas” que podemos assistir recentemente nos noticiários, e nas atuais políticas do Brasil, com enfoque para a segurança pública (ALENCAR, 2012).

Este aspecto da segurança conduz à reflexão sobre a diferença entre usuário e traficante, e ainda, nos diagnósticos relacionados ao uso de drogas. Conforme ALENCAR (2012) nos diz:

O Brasil ainda sofre de um sério obscurantismo no que é referente às diferenciações entre usuário e traficante. Podemos tomar, por exemplo, em 1998, a criação da SENAD – na época Secretaria Nacional Anti-Drogas, atual Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas – apontando para um reforço das imbricadas questões no âmbito da atenção, e principalmente repressão, às drogas. Curiosamente, a criação desta secretaria anunciada em uma seção especial de uma Assembléia Geral das Nações Unidas foi alocada especificamente no Gabinete Militar da Presidência da República (ibidem), hoje denominado Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Ainda que exista por parte do poder público um reconhecimento de que as drogas podem ser tratadas como questão social, cultural e de saúde. Esta alocação, cambiada somente em 2011 para a Secretaria de Justiça, pode indicar como as drogas ainda são tratadas prioritariamente no Brasil, majoritariamente, a abordagem desta questão ainda se mantém como assunto de polícia. (p.45)

- Desinternação Condicional

Os prontuários são separados nas seguintes categorias: internados, tratamento ambulatorial e desinternação condicional, esta última com 26 prontuários.

São pessoas que estiveram presas e reclusas no HCTP e estão em uma situação de “observação”, ou seja, ainda precisam realizar tratamento ambulatorial e comprovar através de documentos das instituições para a Seção psicossocial do tribunal. Portanto ainda que esteja em uma situação de “cessada sua periculosidade”, ainda há obrigações com a justiça e com os serviços de saúde mental.

“A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 ano, pratica fato indicativo de persistência de periculosidade” (Artigo 97, Código Penal, § 3).

Uma das questões que nos colocamos no percurso da pesquisa era para onde essas pessoas estariam indo, uma vez que a rede de assistência em saúde mental do distrito federal é bastante escassa? Conforme já foi falado na introdução, no ranking estabelecido pelo Ministério da Saúde, o DF foi avaliado como crítico na

cobertura em saúde mental, e está em penúltimo lugar de todos os estados na classificação geral.

Observando os prontuários foi possível visualizar que as pessoas seguem caminhos distintos. Assim como possuem caminhos distintos antes de ingressar na malha penal.

Encontramos elencados os seguintes serviços: CAPS Gama; Casa de Passagem³⁷ (3); CAPS Taguatinga; Comunidades Terapêuticas; Clínica escola – Unieuro e Ceub; HSVP – De volta pra casa; ISM; CAPS Ceilândia; CAPS ad – Rodoviária; HFA – ambulatório; Alcoólicos Anônimos; Dentre outros que foram deprecados³⁸ para outros estados.

Dessa forma foi possível vislumbrar que há possibilidades de articulação da rede de saúde mental e da justiça. Não foi possível investigar em cada serviço como é feito o acompanhamento, muito menos se se trata apenas de encaminhamentos ou de efetivos trabalhos em rede. Essas pessoas precisam se apresentar na Seção psicossocial com documentos que comprovem sua passagem por estas instituições. A frequência é determinada pelas técnicas que acompanham.

A maioria dos casos permanece em desinternação condicional por um ano, quando o processo é encaminhado para extinção. Há casos onde as técnicas avaliam ser necessária uma nova internação no HCTP, mas tal medida só ocorre caso haja uma permanente desobediência das regras e dos combinados estipulados.

Segundo informações da secretaria de saúde do Distrito Federal³⁹, ainda que haja uma cobertura insuficiente da rede de saúde mental no DF, há hoje, em funcionamento no DF, quatro CAPS II, cinco CAPS AD, um CAPS I em funcionamento no ISM, e o HSVP. Ou seja, um total de 10 CAPS, além do HSVP. Para atenção de crianças e jovens, existe o Adolescentro e o Centro de Orientação Médico Psicopedagógica - COMPP. No caso, os sentenciados que estiveram na situação de desinternação podem ser encaminhados para esta rede.

³⁷ A casa de passagem foi uma instituição criada com o intuito de alocar os sentenciados da ATP com longa internação e que já teriam perdido os vínculos familiares e teriam a cessação da periculosidade. Funcionaria como um serviço de residência terapêutica, e está alocada dentro do ISM. Constitui-se como a primeira residência terapêutica do DF.

³⁸ Termo utilizado quando o processo é transferido para outro estado.

³⁹ Mais informações a respeito dos serviços podem ser encontradas no site da própria coordenação em saúde mental. Site da COSAM – Coordenação de Saúde Mental - <http://www.saude.df.gov.br/>

Um dos possíveis desdobramentos desta pesquisa seria a de verificar o acompanhamento da trajetória dos casos em desinternação condicional e os seus fluxos na rede de saúde e outras redes. Entretanto, não houve tempo hábil para a realização desta ideia. No caso, fica aqui então assinalada como possibilidade de futura pesquisa.

- O analisador Juventude

Chama a atenção o expressivo número de casos (15% dos 60%: 8 casos dos 90 internos - que falam de uma passagem pelo CAJE, quando ainda menores de idade). Caberia um aprofundamento destes casos, de modo a verificar (ou não) as trajetórias que fazem estes casos desembocarem no MJ. Seria importante identificar se são casos de adolescentes diagnosticados com transtornos de conduta, antissocial ou de personalidade, configurando uma via de continuidade de internação de jovens já encontradas em outras pesquisas (GRAMKOW, 2012; VICENTIN, 2005).

Apesar dos avanços na garantia de direitos dos adolescentes autores de ato infracional, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA⁴⁰, em 1990, tem ocorrido novas articulações entre criminalidade juvenil e transtornos mentais, com uma ampliação da patologização da delinquência: há um crescente encaminhamento de adolescentes cumprindo medida socioeducativa para perícias psiquiátricas visando aferição do grau de periculosidade e diagnóstico de transtorno de personalidade anti-social (VICENTIN, 2005).

O fato que mais evidencia a maneira como o assunto tem tido retrocesso é a construção da Unidade Experimental de Saúde – UES, em São Paulo-SP. Dispositivo institucional recém criado para jovens adultos, portadores de TPAS, e de periculosidade social. O decreto do Governo do Estado que oficializou a unidade em 2008 diz:

A UES, subordinada ao chefe de Gabinete da SES, deve cumprir, exclusivamente, as determinações do poder judiciário de tratamento psiquiátrico em regime de contenção, para atendimento de adolescentes e jovens adultos com diagnóstico de distúrbio de

⁴⁰ Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Disponível no site da casa civil: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm

personalidade, de alta periculosidade. 2. O perfil é de egressos da Fundação Casa (FEBEM), que cometeram graves atos infracionais e que forem interditados pelas Varas de Família e Sucessões. 3. A UES tem a finalidade de proporcionar o custodiado atendimento humanizado de acordo com o ECA (apud GRAMKOW, 2011).

Gramkow (2011) nos desperta a atenção para a arbitrariedade a qual a UES foi constituída. Em meio a uma série de tentativas desde 2002, com diversos modelos arquitetônicos, com diferentes combinações de estratégias institucionais, e com personagens circunscritos na concepção de tutela, proteção e sócio-educação, a autora narra em sua tese de doutorado os impasses e resoluções dadas no processo de criação e construção da UES. A UES emergiu, assim, como unidade prisional e de saúde, apesar da pouca possibilidade de tratamento eficaz e com ausência de apresentação dos programas de saúde aos jovens internos.

Esta atual circunstância nos coloca um campo de força atuante no trato atual da Medida de Segurança. Ainda que se argumente que a perspectiva de direitos humanos e a lei 10.216 estejam sendo respeitadas, a UES tem sua estratégia operativa atuante em um campo de força que enseja mudanças. Ainda que ela tenha sido construída maquiada de pressupostos humanistas, as noções de periculosidade e irresponsabilidade aniquilam a vida potente destes sujeitos. É um campo marcado de tensões, como podemos ver até então.

Assim, a noção de periculosidade, na esfera juvenil, é “renovada”. O adolescente com transtorno de personalidade será visto como portador de um “risco-perigo” que deve ser tratado, conforme preconiza o paradigma da proteção integral (e assegurado seu direito ao tratamento em saúde mental). O conceito de periculosidade parece, assim, adquirir conotações que facilitam a extensão e difusão do seu uso, cada vez mais subordinado às exigências de “defesa social”. (VICENTIN, 2005) Estas extensões conceituais nos levam a pensar a quem a psiquiatria estaria respondendo com suas atuações. É o que Vicentin nos mostra:

Afinal, a ampliação dos domínios da psiquiatria na direção do estabelecimento da relação de anomalias com a infração, ou da natureza patológica da criminalidade foi colocada pela institucionalidade no campo da higiene pública definindo-se como um saber-poder ligado à prevenção e à precaução no interior da sociedade, de onde já se pode depreender que a definição da periculosidade sempre foi um problema de ordem pública e não da natureza do sofrimento psíquico (VICENTIN, 2010, p. 51).

Alguns estudiosos nos alertam no sentido que seria o próprio percurso institucional, portanto, que daria forma e nome a um objeto socialmente perigoso. (LEONARDIS, 1998; VICENTIN, 2005).

Estas problemáticas nos ensejam a ver a Medida de Segurança, também, como efeito de um percurso institucional. Tanto com o contínuo aumento dos diagnósticos de TPAS, e também de outros diagnósticos que retomam, de maneira evidente, a concatenação histórica da loucura com a periculosidade (VICENTIN, 2005).

3.4 - Horizontes – a realidade de Brasília

Em recente pesquisa realizada com profissionais do CAPS I do ISM e da ATP, Ulisses Rodrigues de Castro (2009) busca encontrar as representações sociais destes profissionais acerca do louco infrator. A pesquisa traz entre outros resultados a dificuldade dos técnicos, principalmente do serviço aberto, em lidar com o louco infrator. Na relação da classe de palavras relacionadas às causas da loucura houve uma correlação a respeito da loucura e violência; e ainda, ausência de palavras referentes a relação ao cuidado com esses pacientes, apresentando uma maior quantidade de palavras relacionadas ao temor e receio a esses sujeitos.

Outro resultado interessante desta pesquisa está no aspecto que grande parte dos entrevistados tem, a partir do apoio da família, o pressuposto para que ocorra sucesso terapêutico e conseqüentemente uma ressocialização eficaz. É importante destacar que este pressuposto tem embasamento no próprio exame de cessação de periculosidade, onde o perito do IML baseia-se no apoio familiar para declarar ou não a cessação de periculosidade. No entanto, há uma ausência de critérios específicos no denominado exame de periculosidade, como foi possível de ver na pesquisa de Mecler e Moraes (2001) onde observou-se além de uma inexistência de padrão no exame, a ausência de critérios que constituiriam a avaliação, e, ainda, a ausência de formação destes técnicos, que seriam especializados em psiquiatria forense.

Castro (2009) nos esclarece, ainda, que existe um programa não oficializado, de 2002, que visa à ressocialização dos pacientes que estão há mais de 5 anos reclusos na ATP, levando-os para o CAPS/ISM durante o dia, com retorno para o

presídio no fim da tarde durante os dias úteis. Este programa é inspirado nos programas do PAILI e PAI-PJ, já mencionados anteriormente neste trabalho.

Hoje, além do ISM, há uma parceria da Seção psicossocial com o CAPS de Santa Maria, que é novo no DF.

Entretanto, a política de saúde mental, como um todo, opera com bastante dificuldade no Distrito Federal. Neste sentido, destacamos a última avaliação feita pelo Ministério da Saúde – saúde mental em dados número 10, onde o DF foi avaliado com cobertura baixa segundo com 0,25 CAPS a cada 100 mil habitantes. Além disso, há uma ausência de serviços de residências terapêuticas – elemento estratégico na desinstitucionalização. Dessa forma, a existência de programas no tocante ao louco infrator que sejam efetivos, e consigam funcionar plenamente se tornam processos ainda mais desafiadores (BRASIL, 2012).

Outro aspecto que merece atenção é o fato de que estes serviços atuantes no convênio entre a Seção psicossocial e a ATP (no caso o ISM e o CAPS de Santa Maria) o realizam mediante um perfil traçado pelo próprio serviço que determina sua “capacidade” de aceitar o interno. O que ocorre é que muitas vezes o caso é encaminhado, mas por não se encaixar no perfil, acaba não podendo usufruir deste convênio.

Assim, ainda que a Seção psicossocial da VEP tenha privilegiado a dimensão de tratamento, em contraposição à noção de defesa social (AQUINO, 2008), com a dura realidade da política de saúde mental no Distrito Federal, fica complicado realizar um programa efetivo no trato deste tema.

Neste sentido, é importante destacar as tentativas que a Seção realiza, no intuito de promoverem efeitos na aceção da promoção de tratamento, no paradigma da Reforma Psiquiátrica. Alguns aspectos podem ser citados tais como a parceria com o ISM, elaboração de um projeto terapêutico individualizado, propostas de desinternação progressiva por intermédio de saídas especiais em datas comemorativas e finais de semana visando a reaproximação dos vínculos familiares, e acompanhamento familiar visando a manutenção dos vínculos para a desinternação. Outro fator está na preparação dos relatórios, hoje não só elaborado com o enfoque para o juiz, mas também visando fornecer dados subsidiários aos peritos do IML, e outros atores envolvidos no processo (AQUINO, 2008).

Ainda que com dificuldades, é possível percebermos que novos horizontes são possíveis no tocante ao louco infrator. Ainda que marcado por impasses,

tensões e inúmeros desafios para as políticas de saúde, saúde mental e segurança pública.

4 - Considerações finais

“O tipo do criminoso é o tipo do homem forte colocado em condições desfavoráveis, um homem forte posto enfermo. O que lhe falta é a selva virgem, uma natureza e uma forma de existir mais livres e perigosas, nas quais seja legítimo tudo o que no instinto do homem forte é arma de ataque e de defesa. (...) É assim na nossa sociedade, na nossa domesticada, medíocre, castrada sociedade onde um homem vindo da natureza, chegado das montanhas ou das aventuras do mar degenera necessariamente em criminoso.”
Friedrich Nietzsche

Na introdução deste trabalho nos referimos à nossa sociedade como perversa e desigual e indicamos que esta seria uma das primeiras pistas que procuramos eleger no trato do tema da Medida de Segurança, entendendo aqui que somente sujeitos muito específicos seriam condenados a tal medida. O louco criminoso desafia o limite da lei, no sentido de não ter consciência do que ela significa no campo dos perpetrados jurídicos. Por ser inimputável, irresponsável e sem lucidez das trocas societárias, ele parece estar pronto a todo e qualquer momento para cometer um crime, além do crime de já ser louco. Assim, o entendimento de que qualquer indivíduo em qualquer momento pode cometer um ato infracional se intensifica em relação ao louco.

Roudinesco (2007), com uma visão em paralaxe, reconstrói a noção que temos de perversão em seu livro “A parte obscura de nós mesmos”. Ao elaborar a perversão como ora abjeta e ora sublime, a autora sustenta que ela está presente em todas as sociedades humanas por ser um fenômeno sexual, político, social, psíquico, trans-histórico e estrutural. Ela afirma que os perversos são uma parte de cada um de nós, pois eles exibem o que não cessamos de dissimular: nossa própria negatividade, a parte obscura de nós mesmos. Portanto, não seríamos todos nós passíveis de cometer um ato de loucura, ou um ato criminoso?

Senra (2004) diz:

Assim, cabe interrogar o fato que, frente à ocorrência de uma situação de violência criminosa, a sociedade possa reagir ao sujeito criminoso através de uma operação de dupla exclusão: sua ordem jurídica, respaldada pela figura da doença mental descrita pela ciência psiquiátrica, averigua sinais de psicopatia do agente para

reconhecer sua incapacidade de gozar do acesso aos princípios de normalização social e, ao mesmo tempo, para autorizar o desconhecimento de qualquer sentido que tal ato pudesse expressar. (p. 61).

Aqui um retorno a Freud (1930) parece cabível, em seu clássico “O mal-estar na civilização”. O autor argumenta que a primeira exigência da civilização é a justiça: a garantia de que uma lei, uma vez criada, não pode ser destituída em favor de um indivíduo.

O louco infrator não tem, em tese, a elaboração formal da lei e por isso ele a colocaria em xeque. Neste caso, a punição jurídica seria insuficiente para a sua condenação, sendo necessária uma punição, também psiquiátrica, denominada de tratamento.

Em última instância observamos o funcionamento de uma punição distinta da estabelecida pelo direito penal. No direito penal, ao crime corresponde uma pena. No caso do louco infrator, por outro lado, a pena visa punir não o ato que resultou no crime, mas a própria personalidade louca que o acarretou. Aqui a punição ao sujeito abrange toda a sua história, passado e futuro. O desenho do poder punitivo é ancorado na verdade criminosa, na verdade criminológica, onde o sujeito corporifica “o mal” no seu ato infracional. Essa verdade criminológica é fruto de um discurso que visa estudar as causas do “mal”, suas formas e suas tipologias. Tal verdade carrega um poder punitivo à loucura, e tal poder atravessa o sujeito em diferentes dimensões, muito além da dimensão do ato infracional, o que deveria ser seu limite.

No caso específico da condenação de um sujeito com uma biografia “louca”, o poder punitivo atravessa o sujeito de maneira onde, em teoria, não há punição, pois eticamente um sujeito louco não teria consciência de seu ato infrator. Neste *locus* opera, conseqüentemente, a avaliação psiquiátrica. Portanto, este sujeito não poderia cumprir uma pena como um cidadão comum, mas sim como um cidadão “louco”. De tal modo, sua pena seria exclusivamente a de um tratamento. Entretanto, esse tratamento é oferecido em um local de custódia, o que é contraditório por si só, dadas as novas políticas de atenção em saúde mental.

Tais contradições são expressas nas palavras de Basaglia (2005):

O desviante (como aquele que se encontra fora da norma, ou no limite dela) é mantido dentro da ideologia médica ou da judiciária, as quais conseguem contê-lo, explicá-lo e controlá-lo. Neste sentido a

ideologia médica ou a penal servem aqui, mediante a definição da anormalidade original, para conter o fenômeno, transpondo-o para um terreno que garanta a manutenção dos valores da norma. (...) Quando um psiquiatra ordena que um doente seja contido, é a ciência que justifica e avalia todo ato dele, mesmo que seja explicitamente uma declaração de impotência. (p. 189).

Essa busca de verdade criminosa, compreendida pela linguagem intelectual, torna-se uma espécie de patrimônio restrito a uma elite, um código privilegiado, que consegue decifrar a mensagem do “mal”, naqueles que fogem às regras de conduta. Entendemos aqui que aqueles que fogem às regras de conduta o fazem tanto por existirem enquanto loucos, quanto por existirem enquanto aqueles que realizaram um ato infracional. Aqui, o personagem é duplo. Porquanto o saber que o ampara é necessariamente também duplo – psiquiátrico e jurídico.

Aqui podemos retomar, ancorados no sentido da impotência de Basaglia, a maioria da população que se encontra hoje internada no dispositivo do manicômio judiciário. Em síntese, o fato que encontramos nessa pesquisa é que uma maioria conta com uma escolarização precária, com alto índice de passagem por sistemas de saúde, ou socioeducativo/justiça, e são negros e pardos. Estes dados nos permitem analisar o dispositivo do manicômio judiciário em sua função na atualidade, em confluência com outras pesquisas doravante citadas neste trabalho, como a realizada no RJ, e a realizada na BA e MG, que apontaram bastante similaridade com os dados aqui encontrados.

Ainda que novas alternativas tenham sido ensaiadas com a Reforma Psiquiátrica, é possível perceber o dispositivo do HCTP operando com vigor. Em reforço a esse entendimento, verificamos que Projeto de Lei novo Código Penal (PLS 236/2012), ainda em apreciação no Congresso Nacional, constata-se que a redação a respeito da Medida de Segurança permanece a mesma do CP de 1940. Salvaguardando, entretanto, a decisão da nossa Constituição que prevê o tempo máximo de reclusão de 30 anos (ANTEPROJETO, 2012; PLS 236/2012).

Com essa perspectiva é possível relativizar tanto o imaginário social, que vê loucos perigosos como figuras perversas, quanto o papel da nossa sociedade que, tratando-os dessa maneira, pode estar sendo tão perversa quanto eles. Afinal, pergunta-se: em uma sociedade regulada por leis, aqueles que estão em um híbrido diante delas estão em que posição? Se não podem responder às trocas reguladas, de que forma, ainda assim, respondem? Finalmente, ainda que estejam amparados

pela inimizabilidade, a eles é imposta uma medida de tratamento. É por isso que existem pessoas nessa situação: estão presas, mas não seriam culpadas pelos seus gestos; são loucas e em “tratamentos” excludentes; classificadas como perigosas, mas sem critérios bem definidos para essa classificação; excluídas do convívio social, e sem benefícios, nem o de diminuição da pena. Como resolver tal embate político, social, e em última instância ideológico? Como prever quanto tempo de “tratamento” um indivíduo tem que cumprir? Como saber qual “tratamento” dar a cada um?

Aqui parece pertinente resgatar que o dispositivo penal fundamenta-se em perpetuar um sistema benéfico para quem vive dele, mas, como se sabe, prejudicial para quem sobrevive nele. São juízes, advogados, promotores, procuradores, legisladores, cartorários, escrivães, carcerários, policiais e também profissionais de outras áreas com funções extrajurídicas que respaldam, a partir de suas teorias psicológicas, médicas, pedagógicas, antropológicas, sociológicas e assistenciais, as ações da rede jurídica. Tudo com a finalidade de “consertar” os presos ou internados (FOUCAULT, 1987).

São muitos os dispositivos ideológicos e institucionais atuantes no trato deste personagem louco-infrator, no seu não-cuidado e no seu não-lugar diante da lei, e diante das perpétuas maneiras de excluí-lo com ferramentas autenticadas socialmente.

Podemos citar alguns desses dispositivos de punição: a permanência da noção de periculosidade, forjada antes mesmo da nossa Constituição no Código Penal e em voga até hoje; a declaração de guerra às drogas, frente a novas estratégias já reconhecidas mundialmente que operam em outro sentido, como a redução de danos e legalização; a utilização massiva do dispositivo de internação/encarceramento frente a novos projetos que ensaiam maneiras de cuidar a saúde mental por intermédio do cotidiano, espaços abertos nas cidades, especialmente com a promulgação da Reforma Psiquiátrica.

Assim, é possível perceber a Medida de Segurança operando para aniquilar esses sujeitos frente à sociedade, pois são vistos e tratados sobremaneira como perigosos. Destarte, a função custódia se sobrepõe a função tratamento operacionalizada nesta lei. Podemos concluir que o próprio nome Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico não passa de um jargão politicamente correto,

com pouca relação com a realidade, visto que há pouco tratamento e sim muita custódia. É o que esta pesquisa nos mostrou.

Os internos são sujeitos em sua maioria com extrema vulnerabilidade social. Estão presos, e por mais que saiam deste lugar, continuarão a ser loucos-criminosos. Podemos inclusive retomar a ideia que Goffman (1961) ensaiou a respeito da concepção de carreira, isto é, “a sequência regular de mudanças que a carreira provoca no eu da pessoa e em seu esquema de imagens para julgar a si mesma e as outras” (p.112). Ou seja, uma pessoa só pode ser considerada doente mental a partir do momento em que essa interpretação altere o seu destino social, pois a partir dele, ela não é mais um cidadão comum, mas sim um “louco”, um “ex-louco”, ou um “louco em tratamento”.

Nas palavras de Goffman:

(...) o estudioso de hospitais psiquiátricos pode descobrir que a loucura ou o “comportamento doentio” atribuídos ao doente mental são, em grande parte, resultantes da distância social entre quem lhes atribui isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são, fundamentalmente, um produto da doença mental. (1961, p. 113)

Assim, em última instância, podemos nos indagar se os internos hoje em Medida de Segurança não estariam sendo frutos de uma carreira angariada na periculosidade a partir da qual são diagnosticados. De que maneira este preceito poderia promover cidadania e reintegração desses sujeitos? Não estaria ele aniquilando a vida desses sujeitos?

Com este trabalho esperamos que algumas indagações e novas políticas sejam suscitadas. E nos ficam questões que vão desde o lugar oferecido a tais sujeitos hoje, até à responsabilidade que temos diante das pessoas que insistimos em esconder.

Referências Bibliográficas

ALENCAR, R. Por que a guerra às drogas? Do crack na política ao crack do sujeito. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC-SP, 2012.

ALMEIDA, F. M. Resenha “Os anormais”. *Revista Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez, 2006, p. 360-367. <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a13n16.pdf>>. Data de acesso: 29/04/2012.

ALTHUSSER, L. *O futuro dura muito tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

AMARANTE, P. “New Subjects; New Rights: The Debate About the Psychiatric in Brazil”. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, jul./set., 1995, p. 491-494.

_____. *O homem e a serpente – Outras histórias para a loucura e psiquiatria*. Ed. 4. Rio de Janeiro- RJ: Editora Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

ANDRADE, D. P. “Vidas paralelas: Foucault, Pierre Rivière e Herculine Barbin”. *Tempo e Sociedade*. v.19, n.2, p. 233-252, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702007000200009

Anteprojeto do novo Código Penal. Disponível em: <http://s.conjur.com.br/dl/anteprojeto-codigo-penal.pdf>. Acessado em 20/08/2012.

AQUINO, A. P. *Da lei às leis: reflexões teórico-clínicas sobre os inimputáveis*. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, 2008. Disponível em: http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/1360/1/2008_AnaPauladeAquino.pdf

BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

_____. “Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber”. Em: AMARANTE, P. (org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 1994.

BARROS, F. *O Contando “causo” Psicanálise e Direito: a clínica em extensão*. ed. 2, v. 1. Belo Horizonte: Editora DelRey, 2001

_____. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator, 2010*.
Cartilha. Disponível :
<http://www.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/livreto_pai.pdf>

BARROS, R. D. B.; Leitão, M. B. S. e Rodrigues, H. B. C. (orgs.) *Grupos e instituições em análise*. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1992.

BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica*. (1924) Editora Garamond, 2005.

BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro-RJ: Editora Graal, 1978.

BRASIL, 1830, Código Criminal, disponível na Biblioteca digital do Senado:
<<http://www2.senado.gov.br/bdsf/item/id/221763>>

BRASIL, 1890, DECRETO N. 847 – DE 11 DE OUTUBRO DE 1890, CÓDIGO PENAL DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. Disponível:
<<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=66049>>

BRASIL, 2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica – 10.216/2001 – Casa civil – Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Último acesso: 04/06/2012

BRASIL. *Lei* 10.2016/2001. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 7, ano V, nº 7. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010. Acesso em 08/05/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012 (acesso em 01/08/2012)

BRAVO, O. A. “As prisões da loucura, a loucura das prisões”. Em: *Psicologia e Sociedade*. v.19, n.2, ago., 2007, p. 34-41.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000200005&lang=pt>

_____ *As prisões da loucura, a loucura das prisões. A (des) construção institucional do preso psiquiátrico*. Tese de doutorado. Universidade de Brasília. Biblioteca central, 2004.

CARRARA, S. L. “Crime e loucura – o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século”. *Revista de Antropologia*. v. 41, n. 2, 1998. São Paulo. Acessado em 05/11/2009, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-77011998000200010&script=sci_arttext

_____ “A História Esquecida: os manicômios judiciários no Brasil”. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano*. v. 20, n. 1, 2010.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro-RJ: Graal, 1978.

_____. Os médicos e os juizes. Em: *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*. São Paulo : Editora Graal, 1977

CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, retirado no dia 08/05/2012, do website: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Falando sério sobre prisões, prevenção e segurança pública*, 2008. Disponível em:

http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/cartilha_falando_serio.pdf. Acesso em 18/01/2010.

CLAUDIO C. *Medida de Segurança in Saúde mental, crime e justiça*. ed. 2. São Paulo: EDUSP, 2006.

DELGADO, P. G. *As razões da tutela – psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro-RJ: Editora Te Corá, 1992.

DELEUZE, G. *Crítica e clínica*. São Paulo-SP: Ed. 34,1993

DINIZ, Débora. *A Casa dos Mortos*. Documentário. Brasília: ImagensLivres. 2009, 23'

FERLA, L.A.C. *Feios, sujos e malvados sob medida - do crime ao trabalho, a utopia médica do biodeterminismo em São Paulo (1920-1945)*. São Paulo-SP: Editora Alameda, 2009.

FIALHO, J. ; KOLKER, T. *A reinserção social do portador de transtorno mental infrator: propostas para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01, 2006.* Disponível em :
<www.carceraria.org.br/pub/publicacoes/86ac935a4e8b281472b8a8a97c7e2bd2.216>

FOUCAULT, M. “A evolução da noção de indivíduo perigoso”. Em: *Ditos e escritos V, Ética, sexualidade e política*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Forense Universitária Ltda, 1978.

_____. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*. São Paulo : Editora Graal, 1977

_____. *História da loucura*. Ed. 7. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

_____. *Microfísica do poder*. Ed. 26. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979.

_____. *Os Anormais*. Editora Martins Fontes: São Paulo, 1975.

_____. *Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão*. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 1987.

FREUD, S. Mal estar na civilização. 1930. Obras completas. Vol. 21. Editoria Imago: Rio de Janeiro- RJ. Edição de 2006

FRY, P., "Direito Positivo versus Direito Clássico: a psicologização do crime no Brasil". In: FIGUEIRA, S. (org.). *Cultura da Psicanálise*, São Paulo, Ed. Brasiliense, 1985.

FURTADO, J. P ; ONOCKO CAMPOS, R. T. "A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços". *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, v. VIII, 2005, p. 109-122.

GRAMKOW, G. *Fronteiras psi-jurídicas na gestão da criminalidade juvenil: o caso unidade experimental de saúde*. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 2011.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo :Editora Perspectiva, 1961.

IBGE – Censo 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Acesso em 10/18/2012. < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>

JACOBINA P. V. *Direito penal da loucura – Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica*. Brasília, DF: Ed. Ideal, 2008.

MIRANDA JÚNIOR, H.C. "Psicologia e Justiça, a psicologia e as práticas judiciais na construção do ideal de justiça". *Psicologia Ciência e Profissão*. v. 18, n. 1, 1998, p. 28-37.

LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006

LEMOS, F. C. S.; Júnior CARDOSO H. R. C. “A genealogia em Foucault: uma trajetória”. *Psicologia & Sociedade*. v. 21, n. 3, 2009, p. 353-357, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a08v21n3.pdf>>

LEONARDIS, O. “Estatuto y figuras de la peligrosidad social. Entre psiquiatria reformada y sistema penal: notas sociológicas”. *Revista de Ciencias Penales*. N. 4, Montevideo, 1998, p. 429-449.

LOURAU, R. Objeto e método da análise institucional. Em: Altoé, Sonia (org). *Analista institucional em tempo integral*. Hucitec, São Paulo, 2004.

MAMEDE, M. C. *Cartas e retratos – uma clínica em direção à ética*. São Paulo : Editora Fapesp, 2006.

MAIRESSE, D. “Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa”. Em: FONSECA, T. M. G; KIRST, P. G. *Cartografias e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: editora da UFRGS, 2003.

MATTOS, V. Negro, pobre, homossexual, louco e bandido: eis o filho da luz. Em: *Trem de doido. O direito penal e a psiquiatria de mãos dadas*. Editora Uma: Belo Horizonte – MG, 1999. 180p.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. *Projeto: Pensando o Direito. Nº 35 - Medidas de Segurança Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança*. Ministério da Justiça. 2011 Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7B329D6EB2-8AB0-4606-B054-4CAD3C53EE73%7D>

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil Conferência (2005). Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas - Brasília, Ministério da Saúde. Acessado em

31/10/2009, disponível no website:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, 2002. Brasília, Ministério da Saúde, acessado em 31/10/2009, disponível no website:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Rel_Sem_Reo_Hosp_Custodia.pdf>

MECLER, Kátia. "Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito". *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. v. 20, n.1, 2005, p. 70-82. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104-12822010000100010&script=sci_arttext

MECLER, K.; MENDLOWCS, M. V.; MORAES, T. Avaliação da cessação de periculosidade no hospital de custódia e tratamento Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro. Em: MORAES, T. (ORG.) *Ética e psiquiátrica forense*. Pp. 217-257. Edições IPUB, 2001.

MUSSE, L. *Novos sujeitos de direito. As pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2008.

ONOCKO CAMPOS, R.T.; CAMPOS, G.W.S. "Co-construção de autonomia: o sujeito em questão". Em: CAMPOS, G.W.S. *et al. Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

PAI-PJ – Informações, acessado em 01/11/2009, disponível no website:
<http://www.tjmg.jus.br/terceiro_vice/pai_pj/definicao.html>

PAILI – Informações, acessado em 18/01/2010, disponível no website:
<<http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/cartilhadopailli.pdf>>

PAILI – Cartilha – <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de.../cartilhadopailli.pdf>>

PACHECO, J. P. *Cultura e Loucura: a história de uma experiência*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília – Distrito Federal, 2005.

PERES, M. F. T. e Nery Filho, A. “A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e Medida de Segurança”. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, mai./ago., 2002, p. 335-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000200006&script=sci_arttext.
Último acesso: 20/08/212

PROJETO DE LEI DO SENADO nº 236/2012 – Disponível em: http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=106404.
Acessado em 10-08-2012

ROUDINESCO, E. *A parte obscura de nós mesmos. Uma história dos perversos*. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro – RJ, 2007.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da saúde, 2010, 210 p. Disponível no webiste: Acessado em 08/05/2012.

SENRA, A. H. *Inimputabilidade: conseqüências clínicas sobre o sujeito psicótico*. Ed. 1. São Paulo: Editora Annablume, 2004.

SILVA, A. A. *Modos de Subjetivação e Estratégias de Governamentalidade: a constituição de um “sujeito infrator” nas tramas de um dispositivo jurídico*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2009.

SILVA, M. B. B. “O desafio colocado pelas pessoas em Medida de Segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO”. *Physis*. v. 20, n. 2,

2010. Rio de Janeiro. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000200017&lang=pt>

SOARES, V. T. “Tratar e punir: qual a medida para o louco infrator?”. Em BARROS, F.O. *Contando “causo” Psicanálise e Direito: a clínica em extensão*. V. 1. Ed.2. Belo Horizonte: Editora DelRey, 2001.

SONTAG, S. *Sobre a fotografia*. Editora Companhia das Letras: São Paulo, 1977. p.-11 -50

SPINK, P. K. “Pesquisa de Campo em Psicologia Social: uma Perspectiva Pós-Contrucionista”. *Psicologia e Sociedade*. São Paulo: ABRAPSO, v.15, n.2, p.18-42, 2003. Acessado em 04/11/2009, disponível no website: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v15n2/a03v15n2.pdf>.

TOSTES, F.S. “Um retorno à subjetividade”. Em BARROS, F. O. *Contando “causo” Psicanálise e Direito: a clínica em extensão*. V. 1. Ed.2. Belo Horizonte: Editora DelRey, 2001.

VENTURINI, Ernesto. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010 . Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 jul. 2012.

VICENTIN, M. C. G. *Fronteiriços: uma geopolítica da delinqüência*. Dissertação de mestrado em Psicologia Social, PUC-SP. São Paulo, 1992.

_____. Responsabilidade penal juvenil: problematizações para a interface psi-jurídica. *Revista Brasileira de Ciências Criminas*, v. 13, n.53, IBCCrim, São Paulo, p. 319-343, 2005

_____. Os “intratáveis”1: a patologização dos jovens em situação de vulnerabilidade em: *Medicalização de crianças e adolescentes. Conflitos silenciados*

pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. (orgs) Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2010. pp 41-55

WEBER, R. G. *A Medida de Segurança: elementos para interpretação da internação por tempo indeterminado dos loucos infratores no Brasil.* Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, 2008. Disponível em: <http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/3589/1/2008_RenataWeberGoncalves.pdf>

ANEXO



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 185/2011

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
 Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social
 Orientador(a): Prof.(a). Dr.(a). Maria Cristina Gonçalves Vicentin
 Autor(a): Carolina Guidi Gentil

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Dissertação de Mestrado, intitulado *Loucura e criminalidade: o que pode a reforma psiquiátrica nessas fronteiras*

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

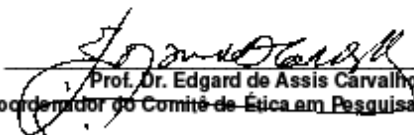
No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer consubstanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP – Sede Campus Monte Alegre, em de 01/07/2011, **APROVOU *ad referendum*** o Protocolo de Pesquisa nº 185/2011.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea "c", do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 01 de julho de 2011.


 Prof. Dr. Edgard de Assis Carvalho
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP