

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS E PESQUISAS EM DIREITOS HUMANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DIREITOS HUMANOS

ELIAS MENTA MACEDO

**LOUCURA E INCLUSÃO: O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO
LOUCO INFRATOR (PAILI) COMO POSSIBILIDADE DE SUPERAÇÃO DE
ESTIGMA E RECONHECIMENTO DE DIREITOS**

Goiânia-GO

2017

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: Elias Menta Macedo.

Título do trabalho: LOUCURA E INCLUSÃO: O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR (PAILI) COMO POSSIBILIDADE DE SUPERAÇÃO DE ESTIGMA E RECONHECIMENTO DE DIREITOS.

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.



Data: 25 / 11 / 2016

Assinatura do (a) autor (a)

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS E PESQUISAS EM DIREITOS HUMANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DIREITOS HUMANOS

**LOUCURA E INCLUSÃO: O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO
LOUCO INFRATOR (PAILI) COMO POSSIBILIDADE DE SUPERAÇÃO DE
ESTIGMA E RECONHECIMENTO DE DIREITOS**

ELIAS MENTA MACEDO

Dissertação apresentada ao Programa Interdisciplinar de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direitos Humanos da Universidade Federal de Goiás, na linha de Fundamentos teóricos dos Direitos Humanos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Direitos Humanos, sob a orientação do Prof. Dr. Douglas Antônio Rocha Pinheiro.

Goiânia-GO

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

MENTA MACEDO, ELIAS

Loucura e inclusão [manuscrito] : o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) como possibilidade de superação de estigma e reconhecimento de direitos / ELIAS MENTA MACEDO. - 2017.

CX, 120 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. DOUGLAS ANTÔNIO ROCHA PINEHIRO.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró reitoria de Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Goiânia, 2016.
Bibliografia.


1. Medidas de Segurança. 2. Alternativa à Institucionalização. 3. PAILI.
4. Direitos Humanos. I. ANTÔNIO ROCHA PINEHIRO, DOUGLAS, orient. II. Título.




UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS E PESQUISAS EM DIREITOS HUMANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DIREITOS HUMANOS

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DO MESTRANDO ELIAS MENTA MACEDO

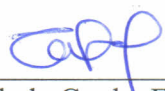
Aos vinte e três dias do mês de janeiro de dois mil e dezessete, às quinze horas, na sala de webconferência do Centro de Cultura e Eventos da Universidade Federal de Goiás (UFG), foi instalada a sessão pública para julgamento da dissertação final elaborada pelo mestrando do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Direitos Humanos da Universidade Federal de Goiás, Elias Menta Macedo, matriculado sob o número 2014.1447 intitulada: “Loucura e inclusão: O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) como possibilidade de superação de estigma e reconhecimento de direitos”. Após a abertura da sessão, o prof. Dr. Douglas Antônio Rocha Pinheiro (UFG), orientador e presidente da banca julgadora, deu seguimento aos trabalhos, apresentando os demais examinadores, prof. Dr. Guilherme Scotti Rodrigues (UnB) e a profa. Dra. Michele Cunha Franco (UFG). Foi dada a palavra ao mestrando, que expôs seu trabalho. Em seguida, procedeu-se a arguição da dissertação, iniciando pelo membro externo da banca, seguida imediatamente pela resposta do mestrando. Ao final, a banca reuniu-se em separado para avaliação do mestrando. Discutido o trabalho e o desempenho do mestrando foram solicitadas as correções no texto que seguem em anexo a esta ata. A banca julgadora considerou o mestrando APROVADO e foi, então, declarado MESTRE EM DIREITOS HUMANOS pelo presidente da banca examinadora. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata que será assinada por todos e entregue à Secretaria do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Direitos Humanos, para os fins.



Prof. Dr. Douglas Antônio Rocha Pinheiro (UFG)
Presidente



Prof. Dr. Guilherme Scotti Rodrigues (UnB)
Examinador Externo



Profa. Dra. Michele Cunha Franco (UFG)
Examinadora Interna

Ao Criador.

À memória de Lenita Menta, minha querida e eterna Mãe, por ter compartilhado comigo todo seu amor e carinho.

À memória de Maria, Leila, Elia e José, minhas avós e meus avôs, bem como à memória de meu bisavô Ari, pelos exemplos de vida e sabedoria.

À todos vocês, ora referenciados *in memoriam*, saibam que por enquanto amargo as saudades pela ausência, na certeza de que um dia nos reencontraremos.

AGRADECIMENTOS

À minha família materna e paterna pelos divertidos encontros, pelo apoio e pela certeza de poder contar com um porto seguro em momentos de dificuldade. Apesar de alguns não entenderem, a distância e a ausência foram transitórias e se mantiveram apenas nessa fase de muito aprendizado.

À minha companheira Vanessa Sousa Tavares, que acreditou comigo nesse sonho desde a escrita do pré-projeto submetido à seleção, teve a coragem de mudar para essa capital goiana me acompanhando e de uma forma muito delicada, afetuosa e gentil respeitou os momentos que estive ausente, ainda que com o corpo presente, pensando, refletindo e escrevendo. A você, meu amor.

Ao Núcleo de Direitos Humanos e ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Direitos Humanos, pela acolhida, pelos grandes ensinamentos e pelas aulas que me faziam refletir por vários dias, instigando a pesquisa. Em especial agradeço aos Professores que diretamente me transmitiram seus conhecimentos nas aulas, não podendo deixar de lembrar dos queridos Professores Ricardo Barbosa de Lima, Mauro Machado Prado e João da Cruz Gonçalves Neto e das queridas Professoras Cerise de Castro Campos, Helena Esser dos Reis, Vilma de Fátima Machado e Rosani Moreira Leitão. Agradeço também a todos os integrantes do conselho diretor do PPGIDH, que tive a honra de integrar representando os discentes do Programa durante os dois anos que lá estive, especialmente na figura da nossa querida Coordenadora Profa. Luciana de Oliveira Dias.

Ao meu orientador Prof. Douglas Antônio Rocha Pinheiro pela paciência que teve durante todo o percurso desse trabalho, pelas valorosas lições acadêmicas e pela imprescindível ajuda na produção desse texto final. Além disso, destaco as lições de perseverança e altivez de uma pessoa que semanalmente viaja centenas de quilômetros por um sonho e mesmo se passando anos nunca perdeu de vista seu objetivo, saiba que do seu exemplo nunca me esquecerei.

Ao Prof. Guilherme Scotti Rodrigues pelos valorosos apontamentos e reflexões que fez na banca em que defendi esse trabalho e à Profa. Michelle Cunha Franco que trouxe imprescindíveis discussões e sugestões, tanto na banca de qualificação, quanto na de defesa, além de muito me ensinar nos eventos acadêmicos que juntos participamos.

Ao Professor Flávio Alves da Silva pelo incentivo, por acreditar no meu trabalho e pelas oportunidades que me deu.

Aos discentes do PPGIDH pela confiança em meu nome para representá-los e aos amigos da minha turma. Agradecimento especialmente aos queridos companheiros de turma Daniel Albuquerque, Ercivaldo Xerente, Fabrício Rosa, Nelson Ferreira e Tarihan Chaveiro e as queridas Paula Fernandes e Nathália Pereira, que além de me propiciarem os melhores debates, fizeram esse momento mais suave e feliz. Das outras turmas que me antecederam, não poderia esquecer de Faustino Matos Leite e Josias Ferreira Alves Neto que tive oportunidade de dialogar e aprender com seus ensinamentos.

Aos amigos e colegas do escritório Eliomar Pires & Ivoneide Escher Advogados Associados e à AGATRA que nesses anos dedicados à pesquisa sempre buscaram me entender e incentivar.

À Ana Maria, secretária do PPGIDH, que sempre, com um sorriso no rosto, se mostrou disposta a solucionar os mais diversos problemas administrativos, orientando e nos aconselhando, em seu nome agradeço aos Técnicos Administrativos e demais trabalhadores da UFG.

À Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo parcial apoio financeiro no início dessa jornada.

Por fim, agradeço aos amigos e colegas, desde aqueles que conheci na infância até os que conheci nos dias mais atuais, que mesmo sendo impossível nominá-los, sempre estiveram ao meu lado e, na medida do possível, me aconselharam, emanaram boas energias e sem dúvidas me ajudaram.

RESUMO

No transcorrer da presente dissertação busca-se verificar se o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator é uma alternativa ao modelo posto dos manicômios judiciais e hospitais de custódia, capaz de se tornar uma prática que deva ser nacionalizada em virtude de seus resultados e do tratamento que é oferecido aos pacientes, e se coaduna com os princípios e valores insculpidos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Para isso, partimos de uma análise histórica do tratamento da pessoa com sofrimento mental no Brasil, destacando marcos históricos fundamentais e orientações normativas, bem como evidenciando o surgimento da especialidade médica conhecida como psiquiatria e seus desdobramentos até os dias atuais. Discorremos sobre referenciais teóricos que antecedem à reforma psiquiátrica e a psiquiatria reformada [apontando seus modelos], tratamos sobre o movimento da luta antimanicomial, sobre o projeto de Lei 3.657/1989 e sobre a promulgação da Lei 10.216/2001. Passada a discussão histórica, tratamos sobre conceitos fundamentais para compreensão da visão da pessoa com sofrimento mental, especialmente aquela em conflito com a lei, discorrendo sobre biopoder, vida indigna de ser vivida, instituições totais, poder disciplinar, fabricação de corpos dóceis, estigma, desvio e a figura do *outsider*. Após essa necessária conceituação, tecemos considerações sobre as medidas de segurança antes da promulgação da Lei 10.216/2001, sobre o PAILI e seus marcos regulamentatórios e confrontamos o Censo de 2011 – que traz um panorama da realidade nacional da medida de segurança – com os dados do referido programa que demonstram a realidade goiana. Por fim, analisamos os conceitos trabalhados ao longo da dissertação e apresentamos nossas conclusões quanto à hipótese originária desse trabalho.

Palavras-chave: Medidas de Segurança, Alternativa à Institucionalização, PAILI, Direitos Humanos.

ABSTRACT

Throughout this dissertation, the aim is to verify if the Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Program of Full Attention to the Mad Infractor) is a valid alternative to the model that currently takes place in the judicial asylums and custody hospitals, and whether it is capable of becoming a common practice worthy of being nationalized due to its results and to the treatment offered to the patients – and if it is compatible with the principles and values scribed by the Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988. Hence, our starting point is a historical analysis of the treatment given to people with mental suffering in Brazil, highlighting its fundamental historical marks and normative orientations, as well as emphasizing the emerging of the medical speciality known as Psychiatry and its unfolding until these days. We discuss about theoretical references that precede the Brazilian psychiatric reform and also the reformed Psychiatry; we broach the anti-asylum fight movement, the Brazilian Law Project 3.657/1989 and the promulgation of the Bill 10.216/2001. After the historical discussion being set, we examine essential concepts in order to comprehend how the individuals with mental suffering are seen, especially those in conflict with the law; concepts such as biopower, the life unworthy of being lived, total institutions, disciplinary power, the fabrication of docile bodies, stigma, diversion and the figure of the outsider. Subsequently to this conceptualization, we make considerations about the security measures before the promulgation of the Bill 10.216/2001, about the PAILI and its regulatory milestones and also confront the 2011 Census data – which bring an overall vision on the the national reality of the security measures – with those concerning the PAILI, which demonstrate the reality of Goiânia, Brazil. Lastly, we analyze the concepts that have been studied throughout the dissertation and we present our conclusions regarding the originary hypothesis of this work.

Key-words: Security Measures; Alternative to the Institutionalization; PAILI, Human Rights.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tipos teóricos de comportamentos desviantes	69
Tabela 2 – Modelo sequencial dos atos definidos pela teoria do <i>labelling approach</i>	72
Tabela 3 – Total de pacientes vinculados.....	90
Tabela 4 – Tipos penais que os pacientes foram enquadrados	90
Tabela 5 – Sexo registrado dos pacientes.....	91
Tabela 6 – Comarca de julgamento do processo dos pacientes.....	91
Tabela 7 – Faixa etária dos pacientes	91
Tabela 8 – Escolaridade dos pacientes	92
Tabela 9 – Reincidência dos pacientes	92
Tabela 10 – Localização dos pacientes vinculados ao programa	92
Tabela 11 – Situação dos pacientes encaminhados ao programa	93
Tabela 12 – Total de municípios goianos que aderiram ao programa.....	93

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – Fluxograma - anexo “a” do convênio: internação	89
Imagem 2 – Fluxograma - anexo “b” do convênio: tratamento ambulatorial	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ADCT	Atos das Disposições Constitucionais Transitórias
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPAIGO	Centro Penitenciário de Atividades Industriais de Goiás
CF/CRFB	Constituição Federal de 1988
CIP	Centro de Internação Provisória
CISM	Comissão Interinstitucional de Saúde Mental
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CP	Código Penal
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPP	Código de Processo Penal
CREDEQ	Centro de Referência e Excelência em Dependência Química
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ECTP	Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
HC	Habeas Corpus
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LA	Liberdade Assistida
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
LEP	Lei de Execução Penal
MPAS	Ministério da Previdência e da Assistência Social
MPE	Ministério Público Estadual
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental
PDI	Psiquiátria Democrática Italiana
PT	Partido dos Trabalhadores
RASM	Rede de Atenção à Saúde Mental
SEMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SUDS	Sistemas Unificados e descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TJGO	Tribunal de Justiça de Goiás

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
1 – DO SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA À PROMULGAÇÃO DA LEI N° 10.216/2001	19
1.1. Dados históricos do início da psiquiatria no Brasil	19
1.2. A Liga Brasileira de Higiene Mental - LBHM	23
1.3. Novas técnicas para o tratamento psiquiátrico.....	25
1.4. Referenciais teóricos antecedentes à reforma.....	28
1.5. A psiquiatria reformada	34
1.6. A luta antimanicomial.....	38
1.7. Após a promulgação da Lei n° 10.216/2001.....	47
2 – ILUMINANDO CONCEITOS.....	51
2.1. Poder disciplinar e a fabricação dos corpos dóceis	51
2.2. Biopoder e a vida indigna de ser vivida (vida matável)	55
2.3. Instituição total	60
2.4. Estigma, desvio e a figura do <i>outsider</i>	63
2.5. O direito penal do inimigo.....	74
3 – APRESENTANDO, CONFRONTANDO E ANALISANDO OS DADOS DO PAILI.....	78
3.1. Considerações sobre a aplicação das medidas de segurança antes da promulgação da Lei n° 10.216/2001	78
3.2. O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator - PAILI	83
3.3. O Censo de 2011: dados sobre a custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil.....	94
3.4. Confrontando dados.....	97
3.5. [Re]analizando conceitos.....	104
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115

INTRODUÇÃO

A presente dissertação visa analisar de forma descritiva o programa goiano de atenção integral ao portador de sofrimento mental em conflito com a lei, chamado de PAILI, que foi instituído pela 25ª Promotoria de Justiça de Goiânia, com base na Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, pautando todo o acompanhamento da execução das medidas de segurança nos Estados da Federação. Tal programa foi o vencedor da sexta edição do prêmio INNOVARE em 2009 na categoria Ministério Público.

O mencionado programa é uma forma de mudar frontalmente o paradigma das medidas de segurança no Estado, deixando o foco anteriormente restrito à segurança pública e passando a objetivar essencialmente a saúde pública dos pacientes, que passam a ser tratados pelo Sistema Único de Saúde. Nesse viés, o programa reconhece como sujeitos de direitos os homens e as mulheres, que antes eram encaminhados para prisões, manicômios ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, para serem amontoados e entregues à sua própria sorte.

O caráter interdisciplinar do programa em apreço e da pesquisa acadêmica apresentada nas linhas subsequentes se evidencia pelo fato de que, para analisar se um praticante de certo delito é ou não capaz de responder pelos atos por ele perpetrados, ou seja, se o autor do crime sofre ou não de transtornos psicológicos, é necessário que se tenha uma equipe multidisciplinar com, no mínimo, agentes com formação em Direito, Enfermagem, Psicologia, Medicina (Psiquiatria) e Assistência Social. Além disso, a bibliografia pesquisada e utilizada, bem como os conceitos debatidos, são buscados em áreas como a Sociologia, Filosofia, História, Psicologia e o Direito.

Na lida diária do PAILI, tem-se que destacar que o agente com formação em Direito vinculado ao programa é responsável por dar orientação jurídica aos pacientes e levar ao Poder Judiciário os relatórios médicos e os requerimentos necessários para tramitação dos processos daqueles interessados atendidos pelo programa. Os Enfermeiros, Psicólogos, Médicos Psiquiatras e Assistentes Sociais são corresponsáveis pelo

atendimento aos pacientes e seus familiares, pelo contato com entidades dedicadas à saúde mental e pela vinculação do programa a outras iniciativas de enfrentamento da questão da saúde mental no Brasil.

Ressalta-se que o foco do programa é a inserção da pessoa com sofrimento mental praticante de determinada conduta prevista como crime na lógica de tratamento do Sistema Único de Saúde, com seus princípios inclusivos e democráticos, tendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como importante *locus* para o desenrolar da terapêutica estabelecida pela equipe de saúde, que tem autonomia para estabelecer o tratamento que entender mais apropriado a cada situação.

Além disso, cumpre evidenciar que a interdisciplinaridade do projeto ocorre com o diálogo entre as medidas de segurança, instituto jurídico, e a luta pela dignidade dos pacientes em tratamento psicológico, travadas pelo movimento antimanicomial, que conta com contribuições de áreas como a Enfermagem, Psicologia, Assistência Social e Medicina, buscando a interação de múltiplas e diferentes perspectivas conforme leciona Pombo (2015, p. 6-7). Promove-se, assim, uma articulação dos conhecimentos das mencionadas áreas, conforme explicitado por Leff (2001, p. 36),

a interdisciplinaridade surge como uma necessidade prática de articulação dos conhecimentos, mas constitui um dos efeitos ideológicos mais importantes sobre o atual desenvolvimento das ciências, justamente por apresentar-se como o fundamento de uma articulação teórica. Fundada num princípio positivista do conhecimento, as práticas interdisciplinares desconhecem a existência dos objetos teóricos das ciências; a produção conceitual dissolve-se na formalização das interações e relações entre objetos empíricos. Desta forma, os fenômenos não são captados a partir do objeto teórico de uma disciplina científica, mas surgem da integração das partes constitutivas de um todo visível.

Diante deste contexto, o debate que foi feito e o estudo quantitativo² do PAILI buscaram verificar a seguinte hipótese: se o programa é uma alternativa ao modelo posto dos manicômios judiciais e hospitais de custódia, capaz de se tornar uma prática a ser nacionalizada em virtude de seus resultados e do tratamento digno oferecido aos pacientes,

² Os dados apresentados nos foram entregues pela Coordenadora do PAILI em visita realizada à sede do programa, situada na capital goiana, e tem como base os registros dos pacientes acompanhados. Tais dados são corroborados e apresentam grande semelhança com os evidenciados na dissertação defendida por Lucio Costa na Universidade Federal de São Carlos em 2014, cuja referência bibliográfica consta no final desse escrito, sendo os mencionados dados tratados pelo autor no item 2.5.2. “Mecanismos de inserção no Programa e atendimento”, encontradiço nas fls. 82-4 da mencionada obra. Ressaltando que a conversão dos números em percentuais foram realizadas por este autor.

o que coadunaria com os princípios e valores insculpidos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

A temática sobre a qual essa dissertação se debruça está umbilicalmente ligada aos direitos humanos mais elementares, vez que a prática estudada se apresenta como alternativa e uma forma de se combater os atrozes manicômios e hospitais de custódia, dando ao “louco infrator” a devida dignidade para seu tratamento.

Nesse caminho, busca-se verificar e analisar se o PAILI pode ser uma alternativa para as práticas ilegais, autoritárias e desumanas que ocorrem sistematicamente nos manicômios judiciais, nos quais muitas vezes as penas chegam a ter caráter perpétuo e o paciente que entra para ser “tratado” só sai quando vem a óbito, e assim deixa de ser um “problema” para a sociedade.

Com efeito, entendemos que o PAILI está alinhado a preceitos mínimos que buscam a garantia da dignidade humana, por ser essa dignidade um valor inerente à própria formulação do conceito de ser humano, ou seja, sem dignidade o homem deixa de ser homem e passa a ser objeto.

Para realizar o objetivo proposto, no primeiro capítulo desta dissertação cuidamos de uma análise histórica das visões empregadas para as pessoas com sofrimento mental ao longo dos anos no Brasil. Apresentamos marcos históricos que entendemos como importantes, partindo do surgimento da Psiquiatria no País, passando por decretos e leis que marcam mudanças significativas na Psiquiatria, tratamos sobre a constituição da especialidade médica como autônoma, a primeira reforma psiquiátrica, a Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM e suas proposições, a adoção de técnicas como o eletrochoque, a promulgação do Código Penal, algumas experiências de novas metodologias terapêuticas contrapondo a lógica psiquiátrica predominante, o surgimento do Instituto Nacional da Previdência Social e a doença mental tratada como mercadoria, referenciais teóricos que antecedem à reforma psiquiátrica e autores fundamentais para compreensão das mudanças propostas, a psiquiatria reformada e seus modelos, a luta antimanicomial, o Projeto de Lei nº 3.657/1989 e a promulgação da Lei nº 10.216/2001.

No segundo capítulo, cuidamos de analisar conceitos caros à temática da pessoa com sofrimento mental em conflito com a Lei, discorrendo sobre biopoder, vida indigna de ser vivida (vida matável), *homo sacer*, instituições totais, poder disciplinar, fabricação de

corpos dóceis, estigma, desvio e a figura do *outsider* e, por fim, trata-se sobre a conceituação do direito penal do inimigo.

No terceiro e último capítulo são feitas considerações sobre as medidas de segurança antes da promulgação da Lei 10.216/2001, analisando o PAILI a partir dos documentos que o regulamentam e das publicações relacionadas, apresentado os dados do programa relativos às pessoas que foram por ele acompanhadas de 2009 até 2013, dá-se um panorama do programa com dados totalizados até maio de 2015 e explicita sua abrangência no Estado, avançando, cuidamos da análise dos dados obtidos pelo censo coordenado pela pesquisadora Débora Diniz que apresentou a realidade nacional da medida de segurança em 2011, após esse momento se confrontam os dados do programa de abrangência estadual com aqueles que espelham a realidade nacional e, por último, analisamos os conceitos trabalhados no capítulo anterior frente a realidade impressa pelo PAILI.

Por fim, apresentaremos considerações finais embasadas pelas discussões feitas nos capítulos anteriores e conclui-se com a verificação da hipótese da pesquisa, qual seja, se o PAILI é uma alternativa ao modelo posto dos manicômios judiciais e hospitais de custódia, capaz de se tornar uma prática que deva ser nacionalizada em virtude de seus resultados e do tratamento que é oferecido aos pacientes, e se coaduna com os princípios e valores insculpidos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

1 – DO SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA À PROMULGAÇÃO DA LEI Nº 10.216/2001

Neste primeiro capítulo aborda-se fatos históricos importantes para compreensão da visão da pessoa com sofrimento mental, desde o surgimento da Psiquiatria até a promulgação da Lei nº 10.216/2001, lei esta que muda frontalmente o paradigma de tratamento da pessoa com sofrimento mental, inclusive daquelas praticantes de determinados delitos.

1.1. Dados históricos do início da psiquiatria no Brasil

Com o objetivo de situar o leitor e identificar importantes mudanças ao longo da história brasileira, no que tange ao tratamento e a percepção do louco na sociedade, discorrer-se-á sobre alguns fatos históricos marcantes e suas consequências.

Paulo Amarante (1994: p. 73-84) destaca a obra nominada de “O Alienista”, de Machado de Assis, como sendo um retrato do processo de psiquiatrização e patologização do louco em meados do século XIX.

Tal obra dá conta da história do Dr. Simão Bacamarte, “filho da nobreza da terra e o maior dos médicos do Brasil, de Portugal e das Espanhas. Estudara em Coimbra de Pádua. Aos trinta e quatro anos regressou ao Brasil” (ASSIS, 2003: p. 11).

Conta Machado de Assis que Simão Bacamarte, após intensa busca e defesa eloquente da proposta de se abrir uma casa para tratamento e pesquisa dos loucos, teve aprovado pela vereança da cidade de Itaguaí-RJ a abertura e dotação orçamentária para a Casa Verde, que recolheria os loucos de Itaguaí e Região.

Após diversos episódios e bom tempo de funcionamento, tendo o Dr. Bacamarte – o alienista – internado grande parte da população, incluindo até a própria esposa, resolve, o médico, oficiar a Câmara³ para devolver os internos para a rua. Machado de Assis (2003:

³ Diz o ofício “1º que verificara das estatísticas da vila e da Casa Verde que quatro quintos da população estavam aposentados naquele estabelecimento; 2º que esta deslocação de população levava-o a examinar os fundamentos da sua teoria das moléstias cerebrais, teoria que excluía da razão todos os casos em que o equilíbrio das faculdades não fossem perfeitos e absolutos; 3º que, desse exame e do fato estatístico resultara para ele a convicção de que a verdadeira doutrina não era aquela, mas a oposta, e portanto que deveria se admitir como normal e exemplar o desequilíbrio das faculdades e como hipótese patológicas todos os casos em que o equilíbrio fosse ininterrupto; 4º que à vista disso declarava à Câmara que ia dar liberdade aos reclusos da Casa Verde e agasalhar nela as pessoas que se achassem nas condições agora expostas; 5º que, tratando de descobrir a verdade científica, não se pouparia os esforços de toda a natureza, esperando da

p.76) encerra a obra evidenciando um boato de que “alguns chegaram ao ponto de conjecturar que nunca houve outro louco além dele [Simão Bacamarte] em Itaguaí”.

Em texto que aborda a questão da antropologia criminal ou da criminologia Alvarez (2002: p. 692) após elucidar as duas perspectivas predominantes de se abordar o problema do crime no século XIX, que são aquelas defendidas pelas Escolas clássica e positiva, explicita que é difícil caracterizar a presença da antropologia criminal no Brasil “apenas como mais um caso de importação equivocada de ideias”, pois para o autor “parecem responder as urgências históricas que se colocavam para certos setores da elite jurídica nacional” e destaca que

No Brasil, a Proclamação da República foi saudada com grande entusiasmo por muitos juristas, que viam na consolidação do novo regime a possibilidade de reforma das instituições jurídico-penais, segundo os ideais da Escola Criminológica Italiana que ainda dominava o debate no interior do direito penal na Europa. Embora o otimismo inicial tenha dado lugar a uma certa decepção, uma vez que o Código Penal de 1890 ficou muito aquém do que se esperava, por se organizar como código ainda alicerçado nos ideais da Escola Clássica, a decepção dos juristas reformadores – de que as transformações sociais e políticas pelas quais o Brasil passou da segunda metade do século XIX ao início do XX colocavam a necessidade de novas formas de exercício do poder de punir – mantém-se ao longo de toda a Primeira República. A substituição do trabalho escravo pelo trabalho livre, o acelerado processo de urbanização no Rio de Janeiro e em São Paulo e os ideais de igualdade política e social associados à constituição da República estabeleceram novas urgências históricas para as elites políticas e intelectuais no período, e para os juristas reformadores em particular. Sobretudo, o ideal das elites republicanas de construir uma sociedade organizada em torno do modelo jurídico-político contratual defronta-se com uma população que aparece aos olhos dessa mesma elite ou excessivamente insubmissa, como no Rio de Janeiro da época da Revolta da Vacina (cf. Sevcenko, 1984), ou por demais “multifacetada e disforme”, como em São Paulo (cf. Adorno, 1990). Assim, o antigo medo das elites diante dos escravos será substituído pela grande inquietação em face da presença da pobreza urbana nas principais metrópoles do país.

Amarante (1994: p. 74) adverte que “a história da psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social”. E complementa afirmando que “a loucura só passa a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da família real no início do século passado [séc. XIX]”.

Costa (1944/2006: p.30) defende que até a segunda metade do século XIX, os doentes mentais que habitavam a cidade do Rio de Janeiro não tinham nenhuma assistência

Câmara igual dedicação; 6º que restituiria a Câmara e aos particulares a soma, do estipêndio recebido para alojamento dos supostos loucos, descontada a parte efetivamente gasta com a alimentação, roupa; etc.;" (ASSIS, 2003: p. 63-64)

médica específica⁴. Após 1830, um grupo de médicos, na sua maioria higienistas, começam a reivindicar, por meio de publicações em periódicos da época⁵, dentre outras medidas, a criação de um hospício para alienados.

Tais médicos entendiam que o louco diagnosticado como doente mental deveria ser medicamente tratado. Amarante (1994: p. 74) explica que é a partir de um diagnóstico da situação dos loucos na cidade feito por uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro que os loucos começam a ser “considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento” – e completa elucidando que “o relator da comissão, Dr. Cruz Jobim, profere a palavra de ordem que reivindica para a medicina o delatório sobre a loucura, escrevendo desta forma o destino da psiquiatria brasileira: um hospício para os loucos!” (AMARANTE, 1994: p. 75).

Amarante (1994: p. 75), ao questionar “quem são esses loucos”, responde que as poucas referências da época dão conta que seriam os “miseráveis, marginais, os pobres e toda sorte de párias” e complementa dizendo que são também “trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, ‘degenerados’ perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar o título de doença mental”.

Atendendo ao apelo dos médicos, o imperador Dom Pedro II, por meio do Decreto nº 82 de 18 de junho de 1841⁶, cria o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro que foi inaugurado onze anos após a publicação do referido ato normativo.

O Hospital Dom Pedro II tinha como “princípio básico um duplo afastamento do louco do meio urbano e social, quer fosse pelo distanciamento ou pela reclusão” (JORGE, 1997). Em janeiro de 1890, com a tomada do poder pelos republicanos, por meio do Decreto 206-A⁷, Manoel Deodoro da Fonseca altera o nome do Hospital D. Pedro II para

⁴ Jurandir Freire Costa (1944/2006: p.30) explica que “quando não eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, os loucos erravam pelas ruas ou eram encarcerados nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia”.

⁵ Costa (1944/2006: p. 30) explicita que o grupo de médicos foram os criadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e, além de criticar o fato dos loucos estarem abandonados à própria sorte e andarem pela cidade, criticavam os métodos que eram empregados pelo pessoal da Santa Casa de Misericórdia (celas insalubres e castigos corporais).

⁶ Decreto disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-82-18-julho-1841-561222-publicacaooriginal-84711-pe.html>>. Acesso no dia 01 de março de 2016 às 22 horas.

⁷ Decreto disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso no dia 01 de março de 2016 às 23 horas.

Hospital Nacional dos Alienados e institui uma série de instruções para o tratamento dos loucos⁸. Criam-se, também, duas colônias para os alienados no Rio de Janeiro. Para Amarante (1994: p. 76), “este conjunto de medidas caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem escopo a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais”, e complementa argumentando que

João Carlos Teixeira Brandão, que é o primeiro diretor tanto da Assistência Médico-Legal aos Alienados quanto do Hospício Nacional de Alienados, caracteriza sua gestão com a ampliação dos asilos. Cria, ainda, a primeira cadeira de psiquiatria para estudante de medicina (que é também a primeira cadeira de clínica especializada), assim como a primeira escola de enfermagem, sistematizando assim a formação de profissionais para a especialidade. (Amarante, 1994: p. 76)

Em 1902, no Governo Rodrigues Alves, após sensível redução orçamentária pelo governo Campos Sales, “em função de diversas irregularidades existentes no Hospício Nacional de Alienados e nas colônias, foi feita a abertura de inquérito” (JORGE, 1977) que revela que “o Hospital Nacional é simplesmente uma casa para detenção de loucos, onde não há tratamento conveniente, nem disciplina, nem qualquer fiscalização” (COSTA, 1944/2006: p.30).

Visando reformular a assistência psiquiátrica, Rodrigues Alves nomeia o sucessor de Teixeira Brandão, Juliano Moreira, como novo diretor do Hospital Nacional que influencia na promulgação do Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que reorganiza a assistência a alienados⁹. Moreira permanecerá dirigindo a Assistência Médico-Legal dos alienados até 1930, quando foi destituído pelo governo de Vargas.

Amarante (1994: p. 77) explica que Moreira traz para o Brasil a psiquiatria alinhada com o modelo alemão, diferente do modelo francês utilizada por Brandão, que como consequência lança mão do biologicismo, passando “a explicar não só a origem das

⁸ Destacam-se os seguintes artigos do decreto nº206-A de 15 de fevereiro de 1890:

Art. 13. Todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congênita, perturbarem a tranquillidade publica, offenderem a moral e os bons costumes, e por actos attentarem contra a vida de outrem ou contra a propria, deverão ser collocadas em asylos especiaes, exclusivamente destinados á reclusão e ao tratamento de alienados.

Art. 14. As admissões serão ex-officio ou voluntarias ou definitivas.

§ 1º As admissões ex-officio serão requisitadas pelas autoridades publicas por intermedio do chefe de policia, fazendo acompanhar os alienados dos pareceres dos medicos da policia, dos documentos de interdicação, si os houver, e da noticia circunstanciada dos factos que legitimam a reclusão.

⁹ Decreto disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso no dia 02 de março de 2016 às 20 horas.

doenças mentais, mas também muitos dos fatores e aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos de múltiplos eventos sociais”.

Em 1912, a psiquiatria torna-se uma especialidade médica autônoma e em 1921 é inaugurado por Heitor Carrilho o primeiro manicômio judiciário, destinado aos “loucos” que cometeram crimes. Em 1927 são editados os Decretos nº 5.148-A¹⁰ e 17.805¹¹, que regulamentam a execução dos serviços de assistência para psicopatas, dispondo que todas as pessoas que apresentam perturbações mentais são psicopatas. Anos seguintes, em 1934 é promulgado o Decreto nº 24.559¹², que trata da profilaxia mental, a assistência e a proteção a pessoa e aos bens dos psicopatas, bem como estabelece a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências

Costa (1944/2006: p. 35) defende que “estes marcos históricos são úteis, na medida em que nos permitem compreender melhor o clima psiquiátrico que deu origem a Liga Brasileira de Higiene Mental - LBHM”.

1.2. A Liga Brasileira de Higiene Mental - LBHM

Durante as três primeiras décadas do século XX, época em que foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM, conforme aponta Costa (1944/2006: p.35/6), a psiquiatria carioca era produto do atraso histórico da psiquiatria nacional, se limitava à reprodução do discurso da psiquiatria francesa e tinha, na prática, atuação estabelecida pelos encarregados dos hospitais, que eram pessoal leigo ou religioso.

Costa (1944/2006: p.36) leciona que Juliano Moreira e seus seguidores tentaram transformar a situação da época com um sistema psiquiátrico coerente; contudo, por falta de uma tradição científica mais sólida, tal sistema não atinge seus objetivos, sendo afetado por preconceitos culturais da época, que associavam em geral, indevidamente, os problemas culturais aos psiquiátricos o que reflete uma atmosfera psiquiátrica saturada de conotações ideológicas. Costa (1944/2006: p. 37) evidencia que a “LBHM herdou esse tipo de pensamento, reforçando-o e desenvolvendo-o, graças à incapacidade que tiveram seus

¹⁰ Decreto disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5148-a-10-janeiro-1927-563139-norma-pl.html>>. Acesso no dia 12 de março de 2016 às 15 horas.

¹¹ Decreto disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17805-23-maio-1927-499073-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso no dia 12 de março de 2016 às 16 horas.

¹² Decreto disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso no dia 12 de março de 2016 às 17 horas.

psiquiatras em discriminar aquilo que nas suas teorias era determinado pelos preconceitos da cultura”.

A LBHM foi fundada em 1923 por Gustavo Riedel, um dos pioneiros da Psiquiatria brasileira, com a ajuda de filantropos, e tinha como objetivo inicial “melhorar a assistência aos doentes mentais, através da melhoria das instituições e da formação dos psiquiatras” (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007: p.62-63).

Nos dois primeiros anos de existência, na LBHM seguem-se as orientações de Riedel e seus objetivos estipulados inicialmente; todavia, a partir de 1926, “os psiquiatras começaram a elaborar projetos que ultrapassavam as aspirações iniciais da instituição e que visavam a prevenção, a eugenia e a educação dos indivíduos” (COSTA, 1944/2006: p.40).

Costa (1944/2006: p. 41) pontua que, de 1928 a 1934, há um distanciamento da prática tradicional da psiquiatria para uma incursão no domínio cultural com forte apoio na noção dos “progressos” da eugenia¹³, sendo a eugenia o “artefato conceitual que permitiu os psiquiatras dilatar[em] as fronteiras da psiquiatria e abranger[em], desta maneira, o terreno social”. Em sede de conclusão, pontua o autor que:

O racismo aparece nos programas da LBHM por intermédio das ideias de *raças inferiores e superiores*, que eram, aparentemente, caucionadas pelas noções de hereditariedade genética dos traços psíquicos e culturais. Estas ideias representavam uma *cobertura semântica*, pretensamente científica, dada à ideologia do *embranquecimento racial*, predominante na cultura brasileira. Finalmente, no que diz respeito à xenofobia, as mesmas noções de *raças inferiores e superiores*, e de hereditariedade genética dos traços psíquicos e culturais, levaram os psiquiatras a supervalorizar a questão de saúde mental dos imigrantes, e a exprimir, deste modo, os preconceitos do *senso comum* quanto aos *prejuízos* que o imigrante estrangeiro trazia para ao Brasil e aos brasileiros. Em síntese, o pensamento eugênico visava a transformar a imagem da personalidade ética brasileira e a construir uma sociedade com esta personalidade. (COSTA, 1944/2006: p. 130)

Conforme evidenciado por Costa (1944/2006), nota-se a presença do racismo e da xenofobia nos programas e no modo de atuação dos psiquiatras alinhados à LBHM, com grande impacto em seus pacientes e no *modus* de compreender o outro, principalmente os

¹³ Dois textos são bastante elucidativos do momento histórico e das concepções que se arvoravam nesta época que era “científico” o discurso eugênico, racista e xenofóbicos, SANTOS, R. A. *Oliveira Vianna, Eugenia e o campo intelectual da Primeira República*, disponível em: <<http://www.historia.uff.br/estadoepoder/6snepc/Mesas/mesa5-Ricardo.pdf>> e RAMOS J. de S. *Ciência e Rascismo: uma leitura crítica de raça e assimilação em Oliveira Vianna*, disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n2/17751.pdf>>.

diferentes. Amarante (1994: p. 78) complementa Costa evidenciando que o programa de intervenção no espaço social da LBHM tinha “características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas” e que por meio da LBHM “a psiquiatria coloca-se definitivamente na defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando para ela mesma, um maior poder de intervenção”.

1.3. Novas técnicas para o tratamento psiquiátrico

Nos anos de 1930, conforme aponta Amarante (1994: p.78), a psiquiatria entusiasmada pela descoberta de terapias que envolvem a utilização de choques¹⁴, pensa ter encontrado a solução de cura para as doenças mentais, aumentando o asilamento e o poder da especialidade médica.

Na década seguinte, anos 1940, aponta Jorge (1997), o Hospital Nacional dos Alienados se transfere para o local conhecido como Engenho de Dentro sob a direção de Adauto Botelho, resultando em novas instalações e em uma maior oferta de vagas, contando, ainda, com moderno centro cirúrgico para realização do procedimento de lobotomias.

Ainda nos anos quarenta, fora promulgado o vigente Código Penal, que, por sua vez, trazia em seu terceiro título “Da responsabilidade” aquilo que nominou de

¹⁴ A obra *o canto dos malditos*, autobiografia que conta a história de um menino de dezessete anos que fora internado em um hospital psiquiátrico por seu pai, que descobriu que o mesmo portava um cigarro de maconha em sua jaqueta, tendo, durante três anos, sofrido todo tipo de violência, relata (BUENO, 2001: p. 89-90):

“ [...] Marcelo colocou uma das suas pernas dobradas em cima do meu tórax. Uma das mãos em cada braço meu, perto dos ombros, forçando tudo para baixo. O outro enfermeiro pediu que abrisse a boca, e por ela enfiou um pequeno tubo preto oco, de borracha. Disse que mordesse com força. Em seguida, juntou minhas pernas e começou a força-las para baixo. Antes, porém, passou alguma coisa gordurosa em minhas têmporas. Eu não conseguia mais raciocinar – estava paralisado. O pavor devia estar explodindo meus olhos. Meu corpo era pressionado para baixo. Eles faziam força além do peso os seus corpos. Meu Deus, o que era aquilo? Eu mordía com força aquele tubo em minha boca. Não podia ver o médico. Eles apertavam demais o meu corpo contra o colchão. Vi o médico se aproximar da minha cabeça, por trás, seu rosto perto do meu. Não tinha mais aquele sorriso falso. Olhou em volta, examinou as minhas têmporas. Suas mãos tocaram meu cabelo, limpando-as. Em seguida recuou um pouco. Só escutei parte do meu gemido. Perdi os sentidos. Não sei precisar o tempo eu fiquei desacordado. Quando acordei, a primeira coisa que veio a minha mente foi uma sensação estranha. Não sabia se já havia tomado o choque ou se iria toma-lo. Levantei rápido. Uma dor de cabeça, como se alguém tivesse arrebentado uma garrafa nela. A dor de cabeça era muito forte, meu peito também doía muito. Eu havia babado. Eu estava todo babado. E as dores, eram tantas. Meus pensamentos, todos embaraçados. Estava sentado, nem sabia como havia conseguido me sentar. A porta estava aberta. Estava todo doído. Minha respiração, cansada. Tudo doía ao respirar. Queria me levantar, mas o esforço parecia muito grande. Minha cabeça... como doía –tudo doía! Estava acordando tão mal... queria me levantar mais estava sentado. Como havia me sentado? Balançava a cabeça, como doía. Meu peito doía. O choque! Eu tomei. Estava confuso. Não controlava minhas ideias. Os pensamentos iam e vinham. Queria sair daquela cama. Não conseguia sozinho. Entrou o enfermeiro falador, ajudou-me. Levantei-me vagarosamente. Tudo doía. Parecia que tinha sido atropelado.”

irresponsáveis e previu em seu alterado art. 22 que “é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”. Ressalta-se que de 1940 até 1984, quando da reforma do Código Penal realizada pela Lei nº 7.209/1984, vigorou o sistema denominado de “duplo binário”, que, nas palavras de Carvalho (2013: p. 504) previa a possibilidade de “imposição da medida de segurança independente da (in)imputabilidade. Assim, se fosse reconhecido o *estado perigoso*, seriam aplicáveis pena e medida de segurança, conjunta e sucessivamente, mesmo ao imputável e ao semi-imputável”, impondo duas penas a um mesmo indivíduo praticante de um só fato. Só após 1984, reformada a parte geral do Código Penal, se estabeleceu o sistema atualmente vigente, nominado de “vicariante” que, segundo leciona Carvalho (2013: p.506) cindiu “a resposta punitiva entre as penas (imputáveis) ou medidas de segurança (inimputáveis)”, dividindo essa última em duas possibilidades: a internação psiquiátrica¹⁵ e o tratamento ambulatorial¹⁶, que será imposto conforme a previsão genérica da gravidade do delito, se a pena prevista for de detenção ou de reclusão.

Nos anos 50, Amarante (1994: p.78) explicita que surgem os primeiros neurolépticos, também conhecidos como antipsicóticos, e algumas experiências de comunidades terapêuticas “*non-restraint ou open door*”¹⁷; todavia, são as medicações que despontam em uso, sendo constatável o viés hospitalizante e institucionalizante da psiquiatria da época. Ainda de acordo com o autor

cumprir observar que o furor farmacológico dos psiquiatras dá origem a uma postura no uso dos medicamentos que nem sempre é “tecnicamente orientada”, muitas vezes utilizados apenas em decorrência da pressão da propaganda industrial, muitas vezes por ignorância quanto aos seus efeitos ou às suas limitações, quando não como mecanismos de repressão e violência, ou, ainda, como no caso dos manicômios, com o fito de tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis. (AMARANTE, 1994: p.79).

¹⁵ Carvalho (2013: p. 506) aponta que na internação psiquiátrica, a pessoa com sofrimento mental será internada em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que “em realidade o modelo de internação compulsória se realiza nos chamados *manicômios judiciais*, instituições totais com características asilares e segregacionistas similares às penitenciárias”.

¹⁶ Carvalho (2013: p. 506) explicita que o tratamento ambulatorial tem como principal característica “a imposição de acompanhamento médico-psiquiátrico sem a obrigatoriedade de que o paciente permaneça recluso na instituição”.

¹⁷ Livremente pode ser traduzido como comunidades terapêuticas sem retenção ou de portas abertas.

Amarante (1994: p.79) denuncia que mesmo com o aparecimento de variadas experiências de reformas psiquiátricas nesses anos cinquenta¹⁸, todas são de abrangência local e marginalizadas. Tais experiências amargaram o insucesso graças à oposição exercida pelo setor privado que buscava controlar também a saúde.

A década de 1960, por sua vez, é marcada pelo surgimento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com a junção dos institutos de aposentadoria e pensões, cujas funções, atualmente, estão abarcadas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Amarante (1994: p 79/80) argumenta que é neste momento que “a doença mental torna-se, definitivamente, um objetivo de lucro, uma mercadoria”, vez que o Estado passa a adquirir serviços psiquiátricos do setor privado, absorvendo, na saúde, interesses do empresariado [lucro], o que impulsiona a criação de vagas e internações nos hospitais psiquiátricos privados, chegando “ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar”. As propostas surgidas com intenção de serem alternativas àquelas manicomiais são rechaçadas por não serem bem fundamentadas ou por serem contrárias aos interesses privados dos empresários, que dominam grande parte da representação política (AMARANTE, 1994: p 80).

Aponta Madel Therezinha Luz (*in* AMARANTE, 1994: p.88) que, “numa clara intenção preventivista”, a expressão saúde mental só é incorporada ao discurso oficial nos anos 1960; todavia, “a preocupação de que o discurso sobre a loucura funcione como marco normatizador sobre o comportamento e as atitudes das pessoas ‘normais’ é muito anterior”.

Amarante (1994: p. 80) explica que nos anos 1980 este modelo privado, que é abastecido com o dinheiro público em todo o setor da saúde, “é de tal forma tão violento, concentrador, fraudulento e ganancioso, que contribui com parcela significativa de responsabilidade para a crise institucional e financeira da Previdência social” levando o Estado a adotar medidas para racionalizar e disciplinar o setor privado, surgindo no decorrer deste processo “as Ações Integradas de Saúde (AIS), os Sistemas Unificados e descentralizados de Saúde (SUDS) e o Sistema Unificado de Saúde (SUS), cujos princípios mais importantes são inscritos da Constituição de 1988, ainda em vigor”.

¹⁸ Cita o autor (Amarante, 1994: p. 79) algumas experiências de destaque como “comunidades terapêuticas, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, psiquiatria preventiva e comunitária, antipsiquiatria e psiquiatria democrática”.

Amarante (1994: p. 80) destaca, na década de 1980, “as tendências à descentralização, a municipalização das ações de saúde, a participação de setores representativos da sociedade na formulação e gestão do sistema de saúde, processo este que está em curso, com as idas e vindas próprias da construção da democracia”, além da definição de financiamento do setor público de saúde.

1.4. Referenciais teóricos antecedentes à reforma

A realidade da história da loucura na Idade Média é apresentada por Foucault (1972), evidenciando o surgimento da psiquiatria e demonstrando como práticas e discursos reverberaram nessa área de atuação médica.

Defende Foucault (1972: p. 10) que com o desaparecimento da lepra no século XVI, os locais destinados ao seu segregamento e tratamento permaneceram e, passados poucos séculos, voltaram a ser utilizados para “tratar” aqueles que assumiram o papel dos lazarentos, os “pobres, vagabundos, presidiários e ‘alienados’”. Elucida ainda que foi necessário um grande período de quase dois séculos para “esse novo espantinho, que sucede à lepra nos modos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação” (1972: p.12).

Amarante (1995: p. 24) explicita que “o objeto de estudo de Foucault em *História da loucura* é precisamente a rede de relações entre práticas, saberes e discursos que vêm fundar a psiquiatria”, argumentando que “os dispositivos disciplinares na prática médica psiquiátrica permitem um mascaramento da experiência trágica e cósmica da loucura, através de uma consciência crítica”. Evidencia que durante a Idade Clássica o internamento dos loucos é baseado em uma prática de guarda, “um jardim de espécies”: no século XVIII o internamento ganha características médicas e terapêuticas com uma roupagem dita científica e na segunda metade do mesmo século é a alienação que ocupa o lugar da desrazão como critério para distinção do louco. É esse caminho que Amarante (1995: p. 24) define como “percurso prático/discursivo [que] tem na instituição da doença mental o objeto fundante do saber e da prática psiquiátrica”.

Silveira e Simanke (2009: p. 25) argumentam que a obra de Foucault (1972) apresenta primordialmente “as reconfigurações discursivo-arqueológicas dos dizeres da loucura, desde o renascimento até a modernidade”, sendo possível a identificação dos

“deslocamentos de poder e os mecanismos de controle emergentes de tais produções discursivas, seja no sentido do exílio dos loucos no Renascimento”, “seja no sentido da constituição de poder sobre os loucos internados enquanto desatinados no classicismo”, ou nos exercícios de poder-saber que os discursos sobre os loucos desembocaram na constituição do sujeito apenável. Defendem os autores (2009: p. 28), que após o século XVII a doença venérea, que era entendida como um castigo divino, ao lado da loucura foi submetida aos preconceitos do discurso médico e, após poucos séculos, objetificadas como patologização.

Nesse contexto, as casas de internamento se proliferam, bem como a própria internação dos “loucos” – dentre outros, são exemplos desses desafortunados, conforme elucidada Foucault (1972: p. 116-9), “doentes venéreos, devassos, dissipadores, homossexuais, blasfemadores, alquimistas, libertinos e ‘pretensas feiticeiras’”. Silveira e Simanke (2009: p. 28) apontam que “os internamentos eram efetuados sob as mais diversas formas: através de cartas régias, de encaminhamentos policiais, de solicitações de familiares ou por pedidos dos curas paroquiais”. Desta forma registram (2009: p. 28) que, em menos de meio século, em Paris, “um em cada cem habitantes estava internado”.

Foucault (1972: p. 91) deixa claro que é na era clássica que a loucura seria compreendida como um perigo para o Estado, fazendo com que aquilo que era tido como mal-estar social fosse classificado como doença e passasse a carecer de “tratamento” médico. Silveira e Simanke (2009: p. 30) complementam argumentando sobre a experiência jurídica da alienação do século XVII, em que se delimita a loucura como doença mental e aparece a figura do médico, sujeito aferidor da incapacidade do sujeito potencial internado e esclarecedor do magistrado julgador. Nessa senda, continuam explicitando que “se inventa, nos séculos XVII e XVIII, a figura e o conceito do alienado psicológico entrecruzada entre Psicologia, Psiquiatria e Direito” e “o que se tem é a loucura atrelada a uma ética social que exige que o indivíduo louco seja preliminarmente consciente de seus desatinos, enquanto posicionamento existencial do indivíduo na escolha de uma vida errática” (SILVEIRA e SIMANKE, 2009: p. 30).

Em toda a Europa, argumenta Foucault (1992: p. 75), o internamento tem o mesmo sentido, constituindo-se como “uma das respostas dadas pelo Século XVII a uma crise econômica que afeta o mundo ocidental em sua totalidade: diminuição dos salários, desemprego, escassez de moeda”. Segundo a ótica de Silveira e Simanke (2009: p. 34),

Foucault entende a loucura como a “fragmentação da articulação corpo-alma, afetadas pelas paixões descontroladas, no equilíbrio das causalidade mecânicas, na construção da conduta irracional de um corpo de irreabilidade” e explicitam (2009: p. 36) que, apenas no século XIX, o espaço moral da culpabilidade do ser dará “os limites distintivos entre o que seja psicológico, principalmente a partir da utilização dos laudos periciais no convencimento do juiz, os quais determinarão a imputabilidade ou não do sujeito transgressor da norma social”. Nas palavras de Foucault (1992: p. 361):

não é possível, a rigor, utilizar, como uma distinção válida na era clássica, a diferença, para nós imediatamente decifrável, entre medicamentos físicos e medicamentos psicológicos ou morais. A diferença só começará a existir em profundidade no momento em que o medo não for mais utilizado como método de fixação do movimento, mas como punição; quando a alegria não significar a dilatação orgânica, mas a recompensa; quando a cólera não passar de uma resposta à humilhação; em suma, quando o século XIX, ao inventar os famosos "métodos morais", tiver introduzido a loucura e sua cura no jogo da culpabilidade. A distinção entre o físico e o moral só se tornou um conceito prático na medicina do espírito no momento em que a problemática da loucura se deslocou para uma interrogação do sujeito responsável. O espaço puramente moral, então definido, dá as medidas exatas dessa interioridade psicológica em que o homem moderno procura tanto sua profundidade quanto sua verdade. A terapêutica física tende a tornar-se, na primeira metade do século XIX, a cura do determinismo inocente, e o tratamento moral, a da liberdade falível. A psicologia, como meio de cura, organiza-se doravante ao redor da punição. Antes de procurar tranquilizar, ela atenua o sofrimento no rigor de uma necessidade moral.

Silveira e Simanke (2009: p. 37) argumentam que, com a “Declaração dos Direitos do Homem”, promulgada na pujante França de 1789, encerrou-se a fase do internato, passando aqueles “loucos” a serem mantidos internados apenas com a ordem de um magistrado, após laudo médico que atestasse a referida loucura. Os mesmos autores (2009: p. 37) defendem que são as medidas judiciais que reconheceram a identidade e mantiveram os loucos no internamento, definindo “quem é criminoso ou não criminoso e, através dos laudos periciais, imputável ou não imputável”, fazendo emergir três estruturas prático-discursivas: “a internação do louco, a objetivação da loucura e a loucura confrontada com o crime”, surgindo daí, “uma psiquiatria positiva de análise e identificação da loucura, através do seu reconhecimento objetivo e médico”. Silveira e Simanke (2009: p. 39) sintetizam o pensamento nos seguintes termos:

o que está em jogo é a edificação de uma “percepção moral” da loucura, de acordo com os jogos de verdades que o juiz, aliado ao detentor dos saberes psis, irá construir sobre os fatos. Neste processo de produção de sujeitos, a partir do século XIX, se “reconhecerá a boa e a má loucura – aquela cuja presença confusa

é aceita às margens da razão, no jogo entre a moral e a má consciência, entre a responsabilidade e a inocência, e aquela sobre a qual se deixa cair o velho anátema e todo o peso da ofensa irreparável” (FOUCAULT, 1997[1961], p. 453), abrindo margem para renovados campos de identidade dela como, por exemplo, a loucura perversa do libertino; a loucura heróica do indivíduo que mata a mulher adúltera, movido por paixão; a loucura do vício, fruto da degenerescência moral, típica do criminoso nato.

Defendem Silveira e Simanke (2009: p. 39) que a intenção de separar determinadas condutas e estipular referenciais de causalidade para o comportamento do louco partem de referencias burguesas da sociedade; com o surgimento dessas novas formas de atuação da psicologia, principalmente no que tange à sua interação com o saber do direito, o que se tem é, doravante, o louco “retido em sua própria verdade [inventada pelo saber médico, cristalizador de sua identidade e de sua conduta], e, por isso mesmo, afastado dela. Estranho em relação a si mesmo, ‘Alienado’” (FOUCAULT, 1997[1961]: p. 509).

Castel (1978: p. 64) defende que “o médico é a lei viva do asilo e o asilo é o mundo à imagem da racionalidade que ele encarna. O espaço hospitalar concentra seus poderes e, inversamente, a ordem inscrita nas coisas ganha vida como ordem moral por ter como suporte a vontade do médico”, sendo o tratamento moral a estratégia de poder em que se apoia o médico em todas as suas relações institucionais e é essa relação da violência com a “razão”.

Amarante (1995: p. 24) argumenta que Castel (1978) trabalha a ideia do saber e da prática psiquiátrica emergente como sendo “um lugar de articulação e síntese das dimensões de classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentais, imposição de uma relação específica entre médico e doente, o tratamento moral”, e que em sua obra tenta demarcar o período histórico anterior ao século XVIII “como território das exigências de política social e moralidade pública, quando o complexo hospitalar atualiza-se num misto de casa de correção, caridade e hospedaria, espaço de populações heterogêneas”.

O alienado é definido por Castel (1978: p. 64) como nada mais que “um enfermo, cujo defeito, aliás, frequentemente se apresenta como excesso, imoderação”, sendo necessário “dobrá-lo, dominá-lo através de uma relação terapêutica que se assemelha a uma justa entre o bem e o mal”. Explica (1978: p. 64) que não é por acaso que a psiquiatria se inscreverá em um formato institucional herdado do absolutismo político, sendo a relação

médico/“paciente” uma relação de soberania, em que “o louco só pode reconquistar sua humanidade através de um ato de fidelidade a uma potência soberana encarnada num homem” e aponta uma diferença essencial entre o louco e o criminoso, (1978: p. 28) já que “em um sistema contratual, a repressão do louco deverá construir para si um fundamento médico, ao passo que a repressão do criminoso possui imediatamente um fundamento jurídico”.

Amarante (1995: p. 25), argumentando sobre o cruzamento da medicina e da justiça, cita o mecanismo baseado em Foucault, trazido por Denise Dias Barros que defende que a “noção de periculosidade social associada ao conceito de doença mental, formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata”.

Castel (1978: p. 62-3) explicita que Pinel desenvolve uma ordem estratégica que funda toda prática asilar, bastando analisar algumas operações impostas por Pinel para se notar tal fato. São elas: 1) a imposição de isolar o doente do mundo exterior - “isolamento terapêutico”, que para Castel (1978: p. 63) trata-se “de uma espantosa inversão de valores”; 2) “a constituição da ordem asilar, essa articulação rigorosa dos lugares, das ocupações, dos empregos do tempo, das hierarquias que tecem a vida cotidiana do doente com uma rede de regras imutáveis” (CASTEL, 1978: p.63); e 3) a relação de autoridade que exerce o médico e seus auxiliares sobre o doente em um poder sem reciprocidade. Castel (1978: p.63) evidencia que “a partir daí, todo o tratamento passa a ser uma luta, uma relação de força entre um polo razão e um polo não-razão”.

Amarante (1995, p. 25) explicita que a figura do médico clínico, surgida após 1973, tem em Pinel sua primeira expressão e argumenta que, segundo Castel, a tecnologia pineliana estabelece a doença como um problema de ordem moral, tratando-o de uma forma adjetivada, postulando o isolamento como fundamental para amparar os regulamentos internos e observar os sintomas e suas sucessões a fim de descrevê-los. Amarante (1995, p.25) defende que, para Castel, se caracteriza a racionalidade desta medicina mental como classificatória, sendo que a “esta não interessa localizar a sede da doença no organismo, mas simplesmente atentar para sinais e sintomas, a fim de agrupá-los segundo sua ordem natural, com base nas manifestações aparentes da doença”.

Silva (2007, p. 36) destaca que a vinculação da loucura com o desconhecido transformou-a em algo temível, ou seja, acrescentando a ideia de imprevisibilidade dos praticantes de crimes com a loucura, fez com que o sujeito que era apenas um desordenado se transformasse em perigoso, ressaltando que “essa identificação entre loucura e perigo influenciou o imaginário social de aceitação da violência no trato com a loucura, principalmente por via de um instrumento como a contenção”.

Amarante defende (1995, p.25-6) que a liberação dos loucos das correntes por Pinel não visa à inserção destes em um espaço de liberdade, já que ocorre o oposto: “funda a ciência que classifica e acorrenta com o objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental”. Explica (1995, p.26) que “o hospital do século XVIII deveria criar condições para que a verdade do mal explodisse, tornando-se *locus* de manifestação da verdadeira doença”, sendo nesse contexto que se inauguram práticas centradas no modelo asilar que justapõe medicina e hospitalização, “fundada na tecnologia hospitalar e em um poder institucional com um novo mandato social: o de assistência e tutela”.

Após a metade do século XIX, a psiquiatria assume uma matriz eminentemente positivista, o que é definido por Amarante (1995, p. 26) como sendo “um modelo centrado na medicina biológica que se limita em observar e descrever os distúrbios nervosos intencionando um conhecimento objetivo do homem”. O mesmo autor (1995, p. 26) evidencia que “o modelo da psiquiatria foi tão amplamente difundido, que influencia a prática psiquiátrica até os nossos dias – apesar de terem surgidos outros tantos modelos”.

Amarante (1995, p. 26), por fim, leciona que a partir da obra de Pinel e do referido autor ter assumido a direção de uma instituição pública de beneficência, surge a “primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico”. Um primeiro modelo de reformulação dos hospitais psiquiátricos pinelianos emerge com a criação das colônias, em que se pregava trabalhar em um regime de portas abertas e maior liberdade; todavia, explica Amarante (1996, p.26) que “o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria, e neutralizar as parte das críticas feitas ao hospício tradicional” e arremata argumentando que “no decorrer dos anos, as colônias, em que pese seu princípio da liberdade e da reforma da instituição asilar clássica, não se diferenciam dos asilos pinelianos”.

1.5. A psiquiatria reformada

O pós-guerra torna-se cenário para a reforma psiquiátrica, reforçando críticas e eclodindo propostas de reforma. Amarante (1995, p. 26) explica que o termo “reforma psiquiátrica” primeiramente é empregado por Franco Rotelli, quando mapeava os movimentos reformistas da psiquiatria. Amarante organiza os modelos de psiquiatria reformada utilizando-se da periodização estabelecida por Birman & Costa com a seguinte ordenação: primeiramente, cuida da “psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas, representando as reformas restritas ao âmbito asilar;” depois “a psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva, representando um nível de superação das reformas referidas no espaço asilar”; e por fim “a antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia, como instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados” (AMARANTE: 1995, p. 27).

Seguindo a ordenação presente na obra de Amarante, tem-se o primeiro modelo de psiquiatria reformada, conhecido como “psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas”. A comunidade terapêutica é definida pelo mesmo autor (1995, p. 28) como “um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica asilar”. Tal modelo é resumido por Amarante como sendo baseado em determinados tipos de atitude:

a ênfase na reabilitação ativa, contra a ‘custódia’ e a ‘segregação’; a ‘democratização’, em contraste com velhas hierarquias e formalidades na diferenciação de *status*; a ‘permissividade’, como preferência às costumeiras ideias limitadas do que deve dizer ou fazer; e o ‘comunialismo’ em oposição à ênfase no papel terapêutico especializado e original do médico (AMARANTE: 1995, p. 30)

Costa-Rosa e Pereira (2012: p.1039) elucidam que as comunidades terapêuticas propunham na Inglaterra e nos Estados Unidos da América reformas na instituição psiquiátrica no seu viés administrativo “com o objetivo de provocar mudanças na dinâmica institucional, pela democratização e o aumento da participação dos asilados em reuniões diárias, as quais seriam o analisador da democracia na relação equipe-paciente (sujeito em sofrimento)”. A psicoterapia institucional, experiência surgida na França, questionava e

refletia sobre a instituição psiquiátrica, questionava o poder médico e pensava a horizontalidade das relações intrainstitucionais (COSTA-ROSA e PEREIRA, 2012: p. 1.040).

Ainda sobre a comunidade terapêutica e a psicoterapia institucional, finaliza Amarante (1995, p. 34) citando Birman, que defende que na prática do modelo, “a pedagogia da sociabilidade realiza-se (agora) num registro discursivo e num contexto grupal em que se pretende a regulação do ‘excesso’ passional da loucura pelo controle dos atos dos internados”, estabelecendo que os loucos devem aprender as relações interpessoais do espaço social ocupado.

Seguindo na ordenação proposta por Amarante (1995, p.35), vem o modelo da psiquiatria de setor ou preventiva, sendo a psiquiatria de setor aquela que contesta a psiquiatria asilar e “institui o princípio de esquadrihar o hospital psiquiátrico e as várias áreas da comunidade de tal forma que cada ‘divisão’ hospitalar corresponda uma área geográfica e social”, tendo como princípio a visão de que “a função do hospital psiquiátrico resume-se ao auxílio no tratamento, a psiquiatria de setor restringe a internação a uma etapa, destinando o principal momento para a própria comunidade”; direciona, assim, o tratamento dos pacientes a sua própria comunidade.

São possíveis causas da eclosão deste modelo reformista a onerosidade da psiquiatria asilar, a não resposta dada pela instituição asilar a questões patológicas e o que Amarante (1995, p. 35) define como “a crise dos valores burgueses colocando em perigo a ideologia dominante, o que, no campo específico da saúde mental, aponta para a necessidade de mediação das técnicas *psis* nos problemas sociais”.

Destacam Costa-Rosa e Pereira (2012: p.1040) que a experiência da psiquiatria de setor, originária da França, trata-se de estratégia muito parecida com a Estratégia de saúde da família e atende o princípio da intersectorialidade presente no modelo do Sistema Único de Saúde, com enfoque na prevenção, realizando “o tratamento do sujeito no seu meio social, sendo que o tratamento hospitalar fica restrito à urgência/emergência. O território é dividido por setores geográficos, nos quais há equipes multiprofissionais com a finalidade de realizar o tratamento de modo integral”.

A psiquiatria preventiva ou comunitária nasce nos Estados Unidos da América e se pauta por estratégia de “intervir nas causas ou no surgimento de doenças mentais,

almejando, assim, não apenas a prevenção das mesmas (antigo sonho dos alienistas, que recebe o nome de profilaxia), mas, e fundamentalmente, a promoção da saúde mental” (AMARANTE, 1995: p. 36). Nesse contexto, a terapêutica dá lugar ao novo objeto que é a saúde mental.

Amarante evidencia (1995, p. 36) que a aderência e divulgação feita pelo Presidente Kennedy do projeto de psiquiatria preventiva “marca a adoção do preventismo não apenas pelo Estado americano, mas também pelas organizações sanitárias internacionais (Opas/OMS)”, provocando sua aderência em inúmeros países, dentre eles destaca-se aqueles marginais da América do sul.

Costa-Rosa e Pereira (2012: p. 1040) sustentam que nessa experiência “o território para a Psiquiatria passou a ser um objeto definido; intensificou-se a lógica da doença e cura concomitantes à prevenção e erradicação dos males da sociedade, permanecendo um padrão de normalidade”. Ainda sobre a psiquiatria preventiva, destaca Amarante (1995, p. 41) que “o preventivismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão de preceitos médicos-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais”.

Por fim, apresenta-se o modelo que ficara conhecido como antipsiquiatria, que segundo Amarante (1995, p. 43), procura romper com o modelo assistencial à época vigente, buscando destituir “o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais. Surge, assim, um novo projeto de comunidade terapêutica e um ‘lugar’, no qual o saber psiquiátrico possa ser interrogado numa perspectiva diferente daquela médica”.

Costa-Rosa e Pereira (2012: p.1040) apontam que por meio da dialetização dos conceitos “esse movimento foi base para a Reforma Psiquiátrica, associada ao movimento da contracultura, nos anos 1960 o objetivo era a recuperação dos doentes, a ampliação da liberdade, a capacidade de autogestão e a introdução da ‘Medicina Alternativa’”.

A antipsiquiatria busca harmonizar a razão e a loucura e seu método terapêutico não prevê tratamento químico ou físico. Como aponta Amarante (1995, p. 44), valoriza-se a análise do discurso, “através da ‘metanoia’, da viagem ou do delírio do louco, que não deve ser podada. O louco é acompanhado pelo grupo, seja através de métodos de

investigação, seja pela não repressão da crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão”.

Nesse contexto, floresce a experiência basagliana e da psiquiatria democrática italiana, experiência essa que é definida por Denise Dias Barros (*in* AMARANTE: 1995, p. 45) como sendo um “confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio da democratização das relações entre os atores institucionais e a ideia de territorialidade”, reclamando a revisão das relações sob as quais se alicerçam as práticas médicas.

Amarante (1995, p. 48) destaca que na tradição basagliana a crítica formuladas às instituições psiquiátricas se fundamentam em três principais denúncias que dão conta da dependência da psiquiatria e da justiça, das classes sociais ocupantes pelas pessoas internadas e a não neutralidade da ciência, ressaltando que o grande mérito do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI)¹⁹, fundada em Bolonha em 1973, “pode ser referido à possibilidade de denúncias civis das práticas simbólicas e concretas da violência institucional e, acima de tudo, à não restrição destas denúncias a um problema dos ‘técnicos de saúde mental’”.

Nesse viés, busca-se não apenas desospitalizar as pessoas, retirando-as de hospitais e manicômios. Busca-se a desinstitucionalização, que é definida por Amarante (1995, p. 49) como sendo responsável pelo entendimento da “instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com fenômenos sociais e históricos”.

¹⁹ Amarante (1995, p. 50) explica que: “o movimento Psiquiatria Democrática que, muitas vezes, é confundido com a própria tradição teórica de Franco Basaglia é, na verdade, um movimento político construído, a partir de 1973, com o objetivo de construir bases sociais cada vez mais amplas para a viabilização da reforma psiquiátrica na tradição basagliana, em todo território italiano. Ocorre que, conforme as experiências de Gorizia e de Trieste (esta em curso), assumem grande repercussão no cenário político, o Partido Radical, propõe um *referendum* para a revogação da legislação psiquiátrica em vigor (datada de 1904), almejando, com esta medida, a suspensão absoluta de toda e qualquer forma de controle institucional sobre os loucos e a loucura. Tal *referendum* do Partido Radical reflete, talvez, uma leitura de teor predominantemente anti-institucional do trabalho que vem sendo desenvolvido por Basaglia. Desta forma, o Estado constitui uma comissão de alto nível para estudar e propor a revisão da legislação italiana antes da realização do *referendum*, o que vem a ocorrer. Na medida em que o trabalho e o pensamento de Franco Basaglia é o que possibilita todo este debate, embora ele mesmo não participe desta comissão, o projeto de lei apresentado inspira-se fundamentalmente em suas ideias e termina por ser identificado publicamente ao seu nome, passando a ser conhecida como Lei Basaglia aprovada em 13 de maio de 1978”.

1.6. A luta antimanicomial

Amarante (1995: p. 51) aponta o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) como ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira, sendo “o ator a partir do qual originalmente emergem propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico”.

O estopim para deflagração do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil foi o episódio conhecido como a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão vinculado ao Ministério da Saúde que teve, em suas quatro unidades, em abril de 1978 a deflagração de greve, sucedida pela demissão de mais de 250 estagiários e profissionais. Amarante (1995: p. 52) aponta que uma das razões da deflagração da crise se consubstanciou no fato de que o DINSAM não realizava concurso público desde 1957, implementando a contratação de bolsistas para suprir a falta de profissionais e que tal crise é estourada a partir da “denúncia realizada por três médicos bolsistas do CPPII [Centro Psiquiátrico Pedro II], ao registrarem no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro as irregularidades da unidade hospitalar, trazendo a público a trágica situação existente naquele hospital”.

Nesse contexto nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que, segundo Amarante (1995: p. 52), tem o objetivo de constituir-se em um espaço de luta não institucional, sendo “um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade” e tem como primeira pauta um conjunto diversificado de denúncias e reivindicações, oscilando entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de reorganização corporativa.

Logo em seguida ao nascimento do MTSM é deflagrada uma greve dos médicos residentes, que, apesar de ter fortalecido o MTSM nos primeiros meses, reúne mais participantes e atinge atividades mais essenciais que os serviços psiquiátricos. Amarante (1995: p.53) aponta que o MTSM passa por um período de menor publicidade e pouca mobilização; todavia, suas principais lideranças continuam atuando para que o movimento não desapareça da imprensa e do seio das entidades que o dão suporte.

Em 1978, é realizado o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ocasião em que se oportuna a organização, a nível nacional, destes movimentos que nos Estados da Federação já se apresentavam mais tímidos e menos fortes. Amarante (1994: p.54) elucida que o encontro científico estava previsto para ser uma reunião entre psiquiatras ligados a setores mais conservadores das universidades, consultórios e hospitais privados; contudo, termina por ser dominado pela militância dos movimentos.

Luchmann e Rodrigues (2007: p.402) apontam que no V Congresso que “testemunha-se o início de uma discussão política que não se limita ao campo da saúde mental, estendendo-se para o debate sobre o regime político nacional”.

Tais movimentos impulsionam a ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) a endossar o projeto político do MTSM, o que é escancarado com a leitura do memorial da APB (Associação Psiquiátrica da Bahia) na plenária de encerramento, assumindo um viés alinhado ao MTSM, defendendo uma política de oposição geral e setorial, criticando a saúde no Brasil que a clientela e os profissionais estão submetidos a processos de exploração, denunciando as universidades pela perda de seu caráter crítico para se tonar utilitária, conforme pressões impostas pelos capitalistas donos do mercado da saúde, além de evidenciar a dicotomia existente entre a psiquiatria do rico e a psiquiatria do pobre (AMARANTE, 1994: p. 54).

Ainda em 1978, acontece o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, ocasião em que se fazem presentes os principais pensadores da “Rede Alternativa à Psiquiatria, do movimento Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria, enfim, das correntes de pensamento crítico em saúde mental” (AMARANTE, 1995: p. 55), “importante se faz destacar, neste processo, a vinda ao Brasil de Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman” (LUCHMANN e RODRIGUES, 2007: p.402), sendo, a partir desse momento, fundamental a influência do pensamento de Basaglia para o pensamento crítico do MTSM.

No ano seguinte, 1979, realiza-se o I Congresso Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental, colocando em pauta aquilo que Venancio (*in* AMARANTE, 1995: p. 55) define como “uma nova identidade profissional, começando a se organizar fora do Estado, no sentido de denunciar a prática dominante deste, ao mesmo tempo em que preservar seus direitos no interior do mesmo”, se solidificando, nesse evento, a crítica ao modelo asilar

dos Hospitais públicos que agrupam os marginais da sociedade. Luchmann e Rodrigues (2007: p. 402) apontam que neste congresso as “discussões centraram na necessidade de um estreitamento mais articulado com outros movimentos sociais”.

No mesmo ano, acontece o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que conta com a presença de expoentes do pensamento crítico da saúde mental, como Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel, sendo debatido desde temas clássicos [psicofarmacologia e esquizofrenia], a outros com preocupação mais ligadas ao social [assistência social e participação popular]. Afinado com o MTSM, é proposto no congresso a realização de trabalhos “alternativos” de assistência psiquiátrica (LUCHMANN e RODRIGUES, 2007: p.402).

Em 1980, acontece no Rio de Janeiro o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, tendo como pontos de discussão as inúmeras violações ocorridas nas instituições psiquiátricas, “problemas sociais relacionados à doença mental, à política nacional de saúde mental, às alternativas surgidas para os profissionais da área, suas condições de trabalho, à privatização da medicina, à realidade político-social da população brasileira” (AMARANTE, 1995: p. 56) e outros.

Ainda em 1980, ocorre o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Salvador, evento paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, sendo nesse encontro que o MTSM distancia-se da ABP, que entende a postura do MTSM como politizada, crítica e radical. O MTSM critica a ABP, por a mesma eleger a sua diretoria sem o voto direto, sendo aprovadas monções em assembleias que visam à democratização da ABP e suas federações, denúncias contra a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), grande agente em busca da privatização da saúde, e outras entidades empresarias do comércio/mercado da saúde. Amarante (1995: p. 56) aponta que se destacam as preocupações com a defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos e “é constituída uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional, para apurar as distorções na assistência psiquiátrica no Brasil, bem como rever a legislação penal e civil pertinente ao doente mental”.

O MTSM opta por não se institucionalizar e tem como conceito primordial a ideia de desinstitucionalização do saber e da prática psiquiátrica, tomando corpo com a participação popular no campo da saúde mental e é reconhecido como o “primeiro

movimento em saúde com participação popular” (AMARANTE, 1995: p. 57). Este movimento “encampa e se transforma na Rede Alternativa à Psiquiatria, conhecida como ‘a rede’ – movimento internacional criado em 1974, em Bruxelas, por grandes nomes internacionais da antipsiquiatria, da psiquiatria democrática italiana e da psiquiatria de setor” (AMARANTE, 1995: p. 57).

Após a mencionada transformação, surge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial, composta pelo MTSM e várias entidades de amigos, familiares e usuários da saúde mental, que inicialmente partem denunciando e criticando o ineficaz modelo assistencial destinado à população e propondo reformulações preventivas, extra hospitalares e multidisciplinares, destacando Amarante (1995: p. 58) que, além das críticas à administração e à gestão dos serviços de saúde mental, emergem “o lema da luta antimanicomial e as denúncias de favorecimento ao setor privado (pelos convênios com o setor público e pelo caráter medicamentoso e lucrativo com que se trata da questão da saúde e da psiquiatria)”.

No começo da década de oitenta cria-se aquilo que ficara conhecido como “cogestão”, que pode ser resumido como sendo um convênio firmado entre o Ministério da Previdência e da Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS), em que o MPAS colabora com o custeio, planejamento e avaliação dos hospitais vinculados ao MS, construindo um novo modelo de gerenciamento dos hospitais públicos, oposto à prática privatizante; ou seja, o MPAS deixa de apenas comprar serviços do MS e passa a integrar a administração das unidades cogeridas. Amarante (1995: p.58) destaca que “a relevância da cogestão advém do fato de que este processo torna-se um marco nas políticas de saúde, e não apenas de saúde mental”, sendo este o momento em que o “Estado passa a incorporar os setores críticos de saúde mental”. Destacando que:

a criação do processo de cogestão ocorre num momento em que a previdência Social se encontra em profunda crise institucional. Crise de caráter não apenas financeiro, mas principalmente ético e de modelo de saúde. Esta crise, apesar de apresentada como de origem exclusivamente financeira, pautada na relação quantitativa custo-benefício, é, na verdade, fundamentalmente qualitativa. Ou seja, os investimentos realizados não produzem benefícios minimamente satisfatórios, provocando uma visível insatisfação em alguns segmentos sociais, gerando críticas de usuários-contribuintes, parlamentares, lideranças comunitárias e religiosas, dentre outros setores da sociedade civil e dos próprios trabalhadores da área da saúde. A ineficiência da aplicação dos recursos é devida, em primeiro lugar, à própria natureza do modelo curativista e

assistencialista e, em segundo, ao modelo de compra de serviços privados para prestação de serviço 'público', o que termina por apontar para a necessidade de racionalização dos gastos previdenciários. (AMARANTE, 1995: p.60)

Os principais opositores à cogestão são os proprietários dos hospitais psiquiátricos que entendem o inovador modelo, como uma ameaça aos seus lucros e ao seu poder político, constituindo assim, dentro da FBH, o setor de Psiquiatria. Amarante (1995, p. 65) explica que Maurício Lougon evidenciou que “o debate FBH *versus* cogestão traduz uma disputa de modelos de assistência: é a substituição de um modelo essencialmente privatista, pautado na relação atendimento/produção/lucro, por um modelo assistencial público eficiente”.

No ano de 1981, em razão do alarde de uma crise na Previdência Social, é criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), por meio do Decreto nº 86.329/1981²⁰, que lança um plano, popularmente conhecido como plano CONASP, sendo entendido por Amarante (1995: p. 65) “como uma ampliação, em nível nacional, da experiência desenvolvida não apenas e principalmente a partir da cogestão”. O CONASP apresenta três planos, um primeiro para a saúde previdenciária, um segundo para a saúde oral e um terceiro para assistência psiquiátrica; este último, datado de meados de agosto de 1982, preleciona diretrizes gerais para reformulação da assistência praticada, que coincide com postulados da OPAS e da OMS. Novamente, o setor privado, representado pela FBH, é contra o plano, visto entenderem que contrariava seus interesses; todavia, conforme evidencia Amarante (1995: p. 67), “o CONASP representa um duro golpe na iniciativa privada e, apesar da resistência organizada na mídia e nos poderes públicos, os resultados na luta contra o plano são destinados ao fracasso”.

Continuando a trajetória que fora iniciada com a cogestão, são realizados vários encontros de coordenadores e conferências de saúde mental, momento em que integrantes, fundadores e ativistas do MTSM se encontram a frente de cargos de direção e coordenação das políticas de saúde mental, estando, assim, inseridos na estrutura do Estado. Em 1985, decide-se organizar o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste e a “organização deste primeiro encontro representa, portanto, uma estratégia de articular os

²⁰ Decreto nº 86.329, de 02 de setembro de 1981, disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-86329-2-setembro-1981-436022-publicacaooriginal-1-pe.html>> acesso no dia 01/07/2016 às 18 horas.

vários dirigentes para discutir e rever suas práticas, de criar mecanismos e condições de autorreforço e cooperação mútua” (AMARANTE, 1995: p. 69). Do referido encontro surgem várias propostas que visam a transformação de asilos em locais dignos, fortalecimento do DINSAM, controle sobre o consumo de psicotrópicos e discussões sobre direitos humanos, legislação civil e penal e assistência do doente mental, decidindo nesta mesma oportunidade sobre a aprovação da criação de Comissões Interinstitucional de Saúde Mental (CISM), pensadas para serem implantadas nos Estados da Federação, bem como nos principais Municípios.

Em 1986, acontece o I Encontro Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro que tem como principal objetivo a produção e a escolha de temas para serem debatidos na I Conferência Estadual de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, que fora realizada um ano depois, 1987, e conforme aponta Amarante (1995: p. 73) teve como tema central “a política nacional de saúde mental na reforma sanitária” e outros pontos como “a discussão sobre a situação da saúde mental no contexto geral da saúde, os limites da abrangência do universo da saúde mental, a política e tipo de modelo de assistência à saúde mental”.

No mesmo ano de 1987, ocorre o II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental em Barbacena-MG, tendo como principal tema a saúde mental na rede pública e a saúde mental na reforma sanitária, sendo avaliado em seu documento final os resultados atingidos após a realização do I Encontro de Coordenadores, onde se constatam a não expansão “dos leitos manicomial/hospitalares na região, a implantação das Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental (CISM) o fortalecimento da articulação interinstitucional no subsetor, e uma considerável expansão ambulatorial e de outros recursos externos” (AMARANTE, 1995: p.74).

Ainda em 1987, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental em desdobramento da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, tendo como principais temas economia, sociedade e Estado; reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e cidadania e doença mental. Finalizando a Conferência, são as principais recomendações: a luta pelo combate da psiquiatrização do social, a democratização das instituições e das unidades de saúde, a necessidade de participação popular das políticas de saúde mental e a priorização de serviços extra-hospitalares e multiprofissionais.

Destaca que

Esta trajetória – marcada pela noção da desinstitucionalização – tem início na segunda metade dos anos 80 e se insere em um contexto político de grande importância para a sociedade brasileira. É um período marcado por muitos eventos e acontecimentos importantes, onde destacam-se a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, também conhecido como ‘Congresso de Bauru’, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo), e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (Santos), a Associação Loucos pela Vida (Juqueri), a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, ou ‘Projeto Paulo Delgado’, como ficou conhecido, e a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo de reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural. (AMARANTE, 1995: p. 75-6)

Nesse contexto de reformas, a VIII Conferência Nacional da Saúde, diferentemente das anteriores, inaugura a possibilidade de uma Conferência ter o caráter de consulta e participação popular, contando com efetiva participação de diversos setores da sociedade, estimando-se que só da referida VIII Conferência tenham participado mais de 4.000 pessoas, fora as pré-conferências preparatórias que envolveram diversas pessoas ao longo dos Estados e Municípios. Amarante (1995: p. 77) destaca que desta conferência emergiu uma nova concepção de saúde, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e permitiu a fixação de princípios básicos, “como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram nova visão do Estado – como promotor de políticas de bem-estar social – e uma nova visão de saúde – como sinônimo de qualidade de vida”.

Amarante (1995: p. 80) elucida que outro evento caracterizado como histórico para a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira foi a I Conferência Nacional da Saúde Mental, em que se renovou teórica e politicamente o MTSM e se promoveu certo distanciamento entre o movimento e o Estado, aproximando o movimento de entidades de familiares e usuários. Desta Conferência Nacional e das reuniões paralelas realizadas pelo MTSM surge o lema, que é definido por Amarante (1995: p.80) com sendo “a mais forte

expressão dessa nova estratégia e desta ruptura epistemológica e política”, “por uma sociedade sem manicômios”.

Amarante (1994: p. 81) explicita que o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, em 1987, se assume como um movimento social, lançando o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, lema este que é estratégico e “remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios”, passando na prática a privilegiar experiências desinstitucionalizantes, ou seja, “um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas”.

Ainda no I Congresso Nacional de Saúde Mental é decidida a realização um II Congresso Nacional do MTSM que tinha como eixo de discussão: uma sociedade sem manicômios, a organização dos trabalhadores de saúde mental e a análise e reflexão das nossas práticas concretas. Tal congresso é realizado no final de 1987 em Bauru-SP, com grande participação de lideranças municipais, técnicos, usuários e familiares que se esforçaram na busca do convencimento da opinião pública ao projeto de luta antimanicomial. Destaca Amarante (1995: p. 81) que no campo teórico-conceitual o lema “por uma sociedade sem manicômios” faz ressurgir “o projeto da desinstitucionalização na tradição Basagliana, que passava a ser um conceito Básico determinante na reorganização do sistema de serviços, nas ações de saúde mental, e na ação social do movimento”, surgindo também um novo ator no movimento em prol da reforma psiquiátrica, as associações de usuários e familiares que impulsionam o surgimento de novas formas de ação cultural, com a promoção de festas e eventos, sociais e políticos, nas várias comunidades, “com a participação de novas associações, passa a se constituir em um movimento mais amplo, na medida em que não apenas trabalhadores, mas outros atores se incorporam à luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas” (LUCHMANN e RODRIGUES, 2007: p.403).

Luchmann e Rodrigues (2007: p. 403) pontuam que esse momento é marcado por uma renovação teórica e política do MTSM e que o lema “por uma sociedade sem manicômios” sinaliza um movimento que se orienta “para a discussão da questão da loucura para além do limite assistencial, concretizando a criação de uma utopia que passa a demarcar um campo de crítica à realidade do ‘campo’ da saúde mental, principalmente do tratamento dado aos ‘loucos’”.

A realização dos dois Congressos Nacionais repercute no âmbito do modelo assistencial, na ação cultural e na área jurídico-política. No que se refere ao âmbito assistencial, Amarante (1995: p.82) destaca alternativas reais para o modelo psiquiátrico convencional, como o surgimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, no ano de 1987, que influenciou diversos outros serviços espalhados pelo país. Outro fato histórico importante foi a intervenção da Secretaria de Saúde do Município de Santos na Casa de Saúde Anchieta, no ano de 1989, o que foi repercutido nacionalmente, visto existirem naquele espaço a prática de diversas barbaridades, incluindo, mas não se restringido, a óbitos naquele hospital privado. Tal intervenção e repercussão possibilitaram “a implantação de um sistema psiquiátrico que se definia completamente substitutivo ao modelo manicomial”, impulsionando alianças entre municípios e entidades e propulsionando a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, associações e outros, sendo este processo definido por Amarante (1995: p. 83) como “o mais importante da psiquiatria pública nacional e que representou um marco no período mais recente da reforma psiquiátrica brasileira”.

Já no campo jurídico-político, o desmonte da estrutura manicomial e os resultados visualizados em Santos-SP, impulsionam a apresentação do Projeto de Lei nº 3.657/1989 de autoria do deputado Paulo Gabriel Godinho Delgado (PT-MG), que desembocou em diversas transformações, após várias polêmicas na mídia nacional. Estados como o Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Rio Grande do Norte e outros aprovaram projetos de lei com o mesmo viés.

Janaína Penalva (2007: p. 6) destaca que os Estados que promulgaram leis reestruturando o modelo assistencial em saúde mental foram o Ceará por meio da Lei nº 12.151/1993, o Distrito Federal por meio da Lei nº 975/1995, o Espírito Santo por meio da Lei nº 5.267/1996, Minas Gerais por meio da Lei nº 11.802/1995 e o Decreto 42.910/2002, o Paraná por meio da Lei nº 11.189/1995, Pernambuco por meio da Lei nº 11.064/1994, o Rio Grande do Norte por meio da Lei nº 6.758/1995 e o Rio Grande do Sul por meio da Lei nº 9.716/1992.

A proposta de Lei foi assim emendada: “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” e é apontada por Amarante (1994: p. 81) como sendo um desencadeador de um inédito e intenso debate nacional “quando jamais a psiquiatria esteve tão permanente e

consequentemente discutida por amplos setores sociais”. A propositura trouxe para o âmbito municipal e estadual, segundo o mesmo autor, “um processo muito rico e de experiências inovadoras em psiquiatria, de criação de associações de psiquiatrizados e de familiares, e de aprovação de projetos de lei de reforma psiquiátrica”.

Em 1992, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com a participação de mais de 15 mil pessoas, reafirma e renova os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira com viés desinstitucionalizante e com enfoque na luta antimanicomial. Amarante (1995: p.84) destaca que, em que pese a importância dos acontecimentos acima descritos, problemas apareceram desde então, devendo ser observado pela sociedade e técnicos se há o caráter de ruptura das práticas existentes com o modelo psiquiátrico tradicional. O mesmo autor (1995: p.85) finaliza destacando que mesmo com a participação social, com a aprovação de legislações de reforma psiquiátrica e do surgimento de novas formas de tratamento, pouco fora afetado o modelo asilar tradicional, sendo as doenças mentais uma das “causas que mais incapacitam as pessoas para o trabalho, entre as principais responsáveis por internações e ocupam o primeiro lugar com gastos públicos com assistência hospitalar no Brasil”.

1.7. Após a promulgação da Lei nº 10.216/2001

Em que pese mais de uma década ter se passado entre a propositura, na Câmara dos Deputados, do Projeto de Lei nº 3.657/1989, de autoria do deputado Paulo Gabriel Godinho Delgado (PT-MG), e a promulgação da Lei nº 10.216/2001, tal feito foi uma vitória sem precedentes na história da luta antimanicomial.

A redação final da referida Lei, mesmo sendo menos progressista que a propositura, conforme destaca Silva (2007: p. 7) “representa uma transformação radical na assistência em saúde mental, na medida em que inclui no sistema constitucional um novo princípio, um novo direito fundamental”. Complementa que “a norma contida na Lei escreve o que não saiu expressamente redigido: os portadores de sofrimento mental têm direito a viver em liberdade e igualdade toda a *singularidade* de sua condição”.

A mesma pesquisadora verificou a seguinte hipótese em sua dissertação:

a Lei nº 10.216/01 revelou um novo direito fundamental, o direito à singularidade do portador de sofrimento mental, demonstrando uma nova dimensão do princípio da igualdade. Trata-se da conquista de um novo direito fundamental em uma demonstração da abertura e fluidez da Constituição,

possibilidade que, além de constar de maneira expressa no art. 5º, § 2º da Constituição da República de 1988, é parte da própria idéia de constitucionalismo. Assim, esse novo direito fundamental - conquistado pela atuação política daqueles que viviam cotidianamente as consequências de sua ausência - criou fortes restrições a toda forma de violência e intervenção invasiva na vida dos que sofrem de alguma enfermidade mental. Práticas clínicas invasivas, da perspectiva dos atingidos, ou seja, subjetivamente invasivas, como a utilização de eletrochoque, a contenção química ou mecânica e a indicação terapêutica da internação involuntária tornavam-se procedimentos inconstitucionais sob esse novo princípio. (SILVA, 2007: p. 8).

Constatando que intervenções unilaterais físicas e psíquicas em outros, em razão da condição do sujeito de louco, tornam-se inconstitucionais em face de um novo direito fundamental. Argumenta Silva (2007: p. 8-9) que “o direito a *singularidade* do portador de sofrimento mental exige respeito e reconhecimento dos limites desse *outro*, mesmo que as circunstâncias trazidas por essa *singularidade* frente à cultura dificultem a tarefa de convivência, tratamento ou aceitação destas pessoas”.

Com a publicação da Lei, Carvalho (2013: p. 519) explicita que “é fundada uma nova forma de olhar o problema da loucura que enfatiza a *pessoa* e não a sua *doença*, o que permite romper com os estigmas do processo de coisificação do portador de sofrimento psíquico que caracterizam os procedimentos institucionais”.

Em sede de conclusão, Silva (2007: p.120) pontua que a nova forma de lidar com a loucura que agora é disciplinada por Lei tem “como diretriz principal do tratamento em saúde mental o respeito à *singularidade* do portador de sofrimento mental que, em última instância, significa uma garantia de igualdade”, ressaltando que os mecanismos, tradicionalmente aceitos, de violência e controle ficaram proibidos pela disposição normativa. Para a pesquisadora (2007: p. 121), o novo direito fundamental à singularidade, bane qualquer técnica ou método de tratamento que seja, mesmo que subjetivamente, invasivo e destaca que “a definição de um tratamento como invasivo não é exclusivamente técnica, ao contrário, em saúde mental, essa significação se forma na dependência da leitura que aqueles indivíduos que sofrerão a intervenção irão construir, enquanto uma identidade coletiva”.

A Lei nº 10.216/2001, para Carvalho (2013: p. 509), muda o estatuto jurídico e a lógica de tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico, dando protagonismo aos usuários do sistema de saúde mental, que deverão opinar em seu tratamento, determinando

a feitura de políticas públicas de desinstitucionalização, e “altera a linguagem que configurou historicamente a instituição manicomial, estabelecendo uma nova gramática nas práticas de internação”.

Carvalho (2013: p. 509) aponta o julgamento do *Habeas Corpus* 85.401²¹ pelo Supremo Tribunal Federal, em que o Relator Cezar Peluso fundamenta na Lei nº 10.216/2001 a possibilidade de “questionar a efetividade da custódia dos doentes mentais nos regimes asilares e sua diretriz de gradual desativação dos hospitais psiquiátricos” como um marco da mudança de concepção trazida pela nova Lei. É possível a identificação, no confronto do Código Penal com a Lei nº 10.216/2001, do equívoco do fundamento normativo e conceitual traduzido pela “periculosidade”, além do que “é possível avaliar a (in)adequação dos preceitos do Código Penal que sustentam a absoluta ausência de responsabilidade penal do portador de sofrimento psíquico que praticou ato ilícito” (CARVALHO, 2013: p. 523).

Carvalho (2013: p. 530) aponta que a mudança legislativa torna inadmissível que se mantenha “regimes segregacionais de execução das medidas de segurança, constituindo-se em *ilegalidade a preservação dos espaços conhecidos como manicômios judiciais, institutos psiquiátrico-forense ou hospitais de custódia e tratamento*”.

Virgílio de Mattos (2006: p. 152) aponta que mesmo antes da promulgação da Lei nº 10.216/2001, fazendo-se a adequada leitura do princípio da igualdade, implicava na irrefutável constatação da não recepção, pela Constituição de 1988, do art. 26 do Código Penal, visto “ser nela inadmissível a prisão perpétua, supostamente aplicada em ‘defesa da sociedade’, violando, na realidade, os direitos mais elementares de qualquer membro da sociedade sobre o qual pairasse a indicação de ser portador de sofrimento mental”.

Mesmo assim, adverte Janaina Penalva que, em 2007, não diferente de 2016, “ainda há mortes em hospitais psiquiátricos, internações perpétuas, maus-tratos, esterilizações

²¹ AÇÃO PENAL. Execução. Condenação a pena de reclusão, em regime aberto. Semi-imputabilidade. Medida de segurança. Internação. Alteração para tratamento ambulatorial. Possibilidade. Recomendação do laudo médico. Inteligência do art. 26, caput e § 1º do Código Penal. Necessidade de consideração do propósito terapêutico da medida no contexto da reforma psiquiátrica. Ordem concedida. Em casos excepcionais, admite-se a substituição da internação por medida de tratamento ambulatorial quando a pena estabelecida para o tipo é a reclusão, notadamente quando manifesta a desnecessidade da internação. (HC 85401, Relator(a): Min. CEZAR PELUSO, Segunda Turma, julgado em 04/12/2009, DJe-027 DIVULG 11-02-2010 PUBLIC 12-02-2010 EMENT VOL-02389-01 PP-00051 RTJ VOL-00213-01 PP-00512 RT v. 99, n. 895, 2010, p. 504-507 RJSP v. 58, n. 392, 2010, p. 169-173)

forçadas, abandono, para não mencionar a permanência de relações jurídicas abusivas como a interdição, a incapacidade eleitoral, a exclusão das relações de trabalho, etc.” (SILVA, 2007: p.124).

É nesse contexto de surgimento e implementação da Lei nº 10.216/2001 que surge o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) que será trabalhado no terceiro capítulo desta dissertação.

2 – ILUMINANDO CONCEITOS

Neste capítulo buscamos apresentar conceitos fundamentais para compreensão da temática relacionada com o sofrimento mental e com as estruturas que visam seu “tratamento”, discorrendo sobre “poder disciplinar”, “corpos dóceis”, “biopoder”, “vida indigna de ser vivida” (vida matável), “instituição total”, “estigma”, “desvio” e “outsider”, conceitos que se mostram fundamentais para a compreensão do objeto em análise.

2.1. Poder disciplinar e a fabricação dos corpos dóceis

As disciplinas, também conhecidas como “poder disciplinar” [formulas gerais de dominação], foram descritas por Foucault (2009: p. 131-64) e consistem em métodos que permitem que determinado poder controle as operações realizadas pelo corpo, sujeitando-o a uma relação de docilidade-utilidade.

Foucault (2009: p. 133) explica que a disciplina é uma anatomia política do detalhe, que fabrica corpos submissos e exercitados, “corpos dóceis”, e que se trata de uma “mecânica do poder” que “define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que se façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e eficácia que se determina”. Continua, em sua obra, afirmando que a disciplina em primeiro lugar procede à distribuição dos indivíduos no espaço e para realização deste objetivo utiliza diversas técnicas como a regra da cerca, do quadriculamento, das localizações funcionais e da fila. Longe de querer entrar no detalhe do detalhe, faremos breves comentários sobre cada uma destes aspectos, a fim de situar o leitor.

A cerca é tratada por Foucault (2009: p. 137) como sendo “a especificação de um local heterogêneo a todos os outros e fechado em si mesmo”; trata-se de um local restrito onde existem, apenas, as regras disciplinares. O quadriculamento cuida de estabelecer que cada indivíduo ocupe o seu lugar e que em cada lugar esteja um indivíduo, estabelecendo assim um espaço analítico em que, nas palavras de Foucault (2009: p.138), foi assim descrito: “o espaço disciplinar tende a se dividir em tantas parcelas quanto corpos ou elementos há a repartir” e que este procedimento cuida de conhecer, dominar e utilizar os sujeitos submetidos ao poder disciplinar, importando em estabelecer “as presenças e ausências, saber onde e como encontrar os indivíduos, instaurar comunicações úteis,

interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos”.

As localizações funcionais cuidam de codificar os espaços livres e estabelecer determinados usos para os locais existentes, definindo um espaço útil onde se pode satisfazer a necessidade de vigilância e se consegue, com isso, interromper qualquer tipo de comunicação interna que seja definida como perigosa.

A fila é o que define o local que cada um ocupa na série dos atos a serem praticados e qual será a distância que separa um sujeito de outro, possibilitando a intercambialidade entre os elementos. Foucault (2009: p. 140-1) leciona que a posição na fila é “o lugar que alguém ocupa em uma classificação, o ponto em que se cruzam uma linha e uma coluna, o intervalo numa série de intervalos que se pode percorrer sucessivamente”; assim sendo “ela individualiza os corpos por uma localização que não os implanta, mas os distribui e os faz circular numa rede de relações”.

O segundo passo que deve ser dado pelo poder disciplinar para se alcançar os corpos dóceis é o controle das atividades, que Foucault (2009) divide em cinco aspectos: o horário, a elaboração temporal do ato, donde o corpo e o gesto são postos em correlação, a articulação corpo-objeto e a utilização exaustiva. Vejamos um a um.

O horário é responsável por três grandes processos, que são a definição de ocupações e a sujeição do indivíduo a determinadas obrigações em certos lapsos temporais, o estabelecimento de cesuras e a regulamentação de ciclos de repetição que devem ocorrer de forma constante.

A elaboração temporal do ato cuida de prescrever um novo conjunto de obrigações com maior grau de precisão dos gestos e movimentos. Nas palavras de Foucault (2009: p.146) “é um programa; ele realiza a elaboração do próprio ato; controla o seu desenrolar e suas fases”. Para o autor o tempo penetra no corpo, e com ele todos os seus minuciosos controles de poder, uma vez que ao ato ser decomposto em seus elementos, “é definida a posição do corpo, dos membros, das articulações; para cada movimento é determinada uma direção, uma amplitude, uma duração; é prescrita sua ordem de sucessão”.

No terceiro aspecto [onde corpo e gesto são postos em correlação], Foucault explica que o corpo disciplinado é a base para o gesto eficiente e que não adianta apenas ensinar

ou impor uma série de gestos definidos ao ser humano, tem-se que melhorar a relação entre gesto e atitude global do corpo o que implica diretamente a eficácia e rapidez para desempenhar determinadas atividades – nas suas palavras (2009: p.147); “no bom emprego do corpo, que permite um bom emprego do tempo, nada deve ficar ocioso ou inútil: tudo deve ser chamado a formar o suporte do ato requerido”.

A articulação corpo-objeto consiste na definição pelo poder disciplinar de cada uma das relações que o corpo deve produzir no, e com o objeto manipulado; nesse contexto, a disciplina estabelece minunciosamente a engrenagem entre um e outro. Trata-se da decomposição do gesto global em elementos corporais e objeto manipulado, unindo os dois numa série de gestos simples e estabelecendo a ordem em que cada uma dessas relações deve ocorrer no tempo e no espaço.

O quinto aspecto tratado por Foucault (2009: p.148) é denominado de “a utilização exaustiva”, e consiste no “princípio de utilização teoricamente sempre crescente do tempo: mais exaustão que emprego; importa extrair do tempo sempre mais instantes disponíveis e de cada instante sempre mais forças úteis”.

Voltando aos passos, o filósofo francês (2009: p. 151-2) explica que o terceiro passo a ser dado é nominado de “a organização das gêneses”, ocasião em que o autor se pergunta “Como capitalizar o tempo dos indivíduos, acumulá-lo em cada um deles, em seus corpos, em suas forças ou capacidades, e de uma maneira que seja susceptível de utilização e de controle?”. Em sua resposta, aponta que as disciplinas devem funcionar como aparelhos para adicionar e capitalizar o tempo, funcionando por meio de quatro processos:

- dividir a duração do tempo em segmentos, sucessivos e paralelos, dos quais se deve chegar a um termo específico;
- organizar os segmentos em um esquema analítico em que se sucederam atividades de complexidade menor e cresceram à medida que se passe de uma tarefa para outra;
- finalizar os segmentos com uma atividade avaliativa que indicará o nível de aprendizagem e a capacidade de cada indivíduo;
- estabelecer séries de séries de acordo com o nível e a categoria de cada um, formando uma espécie de percurso, que, nas palavras de Foucault (2009: p.153),

prescreve “para cada um, de acordo com seu nível, sua antiguidade, seu posto, os exercícios que lhe convêm; os exercícios comuns tem um papel diferenciador e cada diferença comporta exercícios específicos”.

Foucault aponta o quarto passo a ser dado no tópico “a composição das forças”, em que ele defende que há uma nova exigência que a disciplina tem de atender, que é a composição de forças para se chegar ao objetivo de ter um aparelho eficiente. Para isso, o autor cita três formas de composição dessas forças, vejamos:

1) O corpo se transforma em um elemento de uma máquina multisseguimentar que pode se mover e se articular com outros corpos, sendo fundamental apenas o lugar que ocupa, o intervalo que cobre, sua regularidade e a ordem de suas atividades;

2) Deve ser observada a máxima possibilidade de usurpação da força de cada indivíduo com o intuito de combinar maiores e melhores períodos de rendimento, formando um tempo composto entre a organização das várias series cronológicas estabelecidas;

3) Há a necessidade de um sistema preciso de comando em que todas atividades dos comandados sejam claras e breves – Foucault (2009: p.159) explica que “a ordem não tem que ser explicada, nem mesmo formulada: é necessário e suficiente que provoque o comportamento desejado”.

Arrematando a questão, Benelli (2004: p. 241) sustenta que a disciplina “fabrica” indivíduos, sendo “ela a técnica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício”. Foucault, nesse mesmo sentido (2009: p. 164), defende que “o sucesso do poder disciplinar se deve sem dúvidas ao uso de instrumentos simples: o olhar hierárquico²², a sanção normatizadora²³ e sua combinação num procedimento que lhe é específico, o exame²⁴”, de que não trataremos nessa dissertação por estarmos buscando aclarar apenas os conceitos e processos fundamentais.

²² Foucault trata especificamente sobre o olhar hierárquico no tópico de *Vigiar e punir* (2009: p. 165-70).

²³ Foucault trata especificamente sobre a sanção normatizadora no tópico de *Vigiar e punir* (2009: p. 171-77).

²⁴ Foucault trata especificamente sobre o exame no tópico de *Vigiar e punir* (2009: p. 177-85).

2.2. Biopoder e a vida indigna de ser vivida (vida matável)

Giorgio Agamben (2002: p. 9-20) apresenta a distinção que os gregos faziam da palavra “vida”. Embora o termo seja atualmente tratado de forma única, antes possuía dois conceitos com uma base comum: o *zoé* e o *bíos*. O primeiro conceito, *zoé*, “exprimiu o simples fato de viver comum a todos os seres vivos (animais, homens e deuses)”; o segundo conceito, *bíos*, remetia à ideia de “forma ou maneira de viver própria de um indivíduo ou de um grupo” (2002: p. 9).

Refletindo sobre postulados de Foucault e Aristóteles, Agamben (2002: p. 15) argumenta que a política é o lugar em que o viver deve se transformar em viver bem e aquilo que deve ser politizado é, desde sempre, a vida nua. Complementa o pensamento considerando que, por assim ser, não é por acaso que no trecho da obra *Política*, Aristóteles situa o “lugar próprio da *pólis* na passagem da voz à linguagem”.

Analisando os conceitos de *zoé*, *bíos* e *práxis*, Castor Ruiz (2007: p. 265) explicita que Aristóteles entendia a ética como “*práxis* valorativa que transcende o mero instinto animal”, orientando a ação humana. Em outros termos, a *práxis* transcende a *zoé* convergindo na possibilidade de existência da *bíos* humana. A *práxis* “institui a historicidade, cria a sociedade e o estilo de cada subjetividade”.

Agamben (2002: p. 16) defende que a dupla categoria fundamental da política ocidental não consiste na oposição de inimigo e amigo, mas sim na “vida nua-existência política, *zoé-bíos*, exclusão-inclusão” e reverbera que a existência da política se dá “porque o homem é o vivente que, na linguagem, separa e se opõe a si a própria vida nua e, ao mesmo tempo, se mantém em relação com ela numa exclusão inclusiva”.

Além dos conceitos de *bíos* e *zoé*, fundamentais para compreensão da dicotomia entre uma vida que merece e outra que não merece viver, Georgia Amitrano (2013: p. 80) trabalha a ideia do conceito de *homo sacer* proposto por Agamben, que cuida daqueles seres humanos, cuja vida não tem nenhum valor e por assim ser podem ser eliminadas; a “vida do *homo sacer*, desse modo, se situa na intersecção entre a ‘matabilidade’ e a ‘insacrificabilidade’; dito de outro modo, fora tanto do direito humano quanto do direito divino”.

Amitrato (2013: p. 80) defende que a noção de sagrado presente no termo “*sacer*” se encontra fora dos domínios do direito penal e do sacrifício, constituindo o conteúdo primeiro do poder do soberano que exprime “o caráter originário da sujeição da vida a um poder de morte”. O *homo sacer* é aquele que não tem garantido qualquer direito e está submetido ao poder/vontade do soberano; trata-se de alguém que não pertence ao grupo politicamente organizado [Estado] e se encontra abandonado à sua própria sorte.

O *homo sacer* é aquele sujeito que não pertence ao grupo, se assemelhando com os outros apenas por ser humano. Situando o conceito no contexto atual, podemos citar o caso dos refugiados, dos exilados, dos presidiários, das pessoas com sofrimento mental e diversas outras categorias de pessoas que não são aceitas como seres “normais”.

Outro autor que trabalha essa questão, D’Elia Filho (2015: p.132), deixa claro que a polaridade binária da sociedade, atualmente, não se dá em grupos raciais exteriores entre si; diz respeito a uma só raça que elege os que serão a super-raça e a sub-raça e com isso a morte dos “anormais” e “degenerados” se dá para proteção do patrimônio biológico da super-raça, configurando assim um instrumento para o conservadorismo social que propulsiona a morte dos diferentes.

Amitrano (2013: p. 84), ainda sobre o *homo sacer*, explicita que

falar do *homo sacer*, antes de tudo, implica também falar de um ente julgado como um *não-ser*, melhor dizendo, um ente sem o direito de um pertencimento como ser válido. Em outros termos, poder-se-ia dizer que há um corpo deslocado, um corpo que, desarticulado de sua origem, possui ele mesmo um outro deslocamento: o da *não-significação*. Esse corpo, esse homem, que nem é *bios* ou *zoé*, essa vida nua que emerge na figura do *homo sacer* se abre como um ser de *não-comunicação* e de *não-lugar*. Afinal, em seu abandono, o mundo, como lócus de sua liberdade, é também seu *não-lugar*. Sua existência, assim, emerge como *a-significante*, haja vista, agora, esse ente, *des-existir*. O *homo sacer*, assim, é aquele que possui sua ligação com a sociedade através de seu desligamento da mesma; i.é, de sua exclusão.

Agambem (2002: p. 150) argumenta que na experiência nazista há um momento em que ocorre uma integração entre medicina e a política, e que essa integração é uma das características essenciais da biopolítica moderna, implicando que a decisão soberana sobre a vida dos indivíduos se desloque, de motivações estritamente políticas, para um terreno mais ambíguo, no qual o médico e o soberano parecem trocar seus papéis.

Complementando o pensamento, D’Elia Filho (2015: p. 126-7) defende que a vida encontra seu valor/desvalor na modernidade por uma construção jurídica, uma vez que é na defesa da vida que se fabricam cadáveres e se institui o paradoxo das “vidas sem valor de vida”. Lembrando-se da obra de Binding e Hoche e dos encontros entre os saberes médicos e jurídico-penais, D’Elia expõem que a terrível obra conjunta desses dois autores defende a possibilidade de eliminação da vida indigna como um fato não juridicamente relevante. Em outros termos, o que se propõe é a inclusão da eutanásia no marco dos homicídios autorizados, justificando que existem vidas humanas que perderam tanto o seu valor, para seus titulares e para sociedade, que não merecem mais qualquer proteção. D’Elia Filho, citando Agambem (2015: p. 128-9), narra que

a “vida indigna de ser vivida” não é, com toda evidência, um conceito ético, que concerne às expectativas e legítimos desejos do indivíduo: é, sobretudo, um conceito político, no qual está em questão a extrema metamorfose da vida matável e insacrificável do *homo sacer*, sobre a qual se baseia o poder do soberano. Se a eutanásia se presta a esta troca, isto ocorre porque nela um homem encontra-se na situação de dever separar em um outro homem a *zoé* do *bíos* e de isolar dele algo como uma vida nua, uma vida matável.

Cardoso (2008: p. 60-3) defende que, dentro da narrativa de poder de Foucault, o biopoder pode ser apresentado “a partir da comparação com o poder soberano”, por assim ser “a ‘velha potência da morte em que se simbolizava o poder do soberano’ será agora recoberta pela ‘administração dos corpos [poder disciplinar] e pela gestão calculista da vida [biopoder]’”. Afirma, o mesmo autor, que o caráter biológico passa a ser um problema central da política e que o biopoder não se encarrega da morte – como ocorria com o poder soberano] –, mas sim de “conhecer, organizar e controlar a vida”, sendo na morte que o poder se esvai, ao contrário do poder soberano, que se manifesta na decisão de quem deve morrer ou pode viver.

Michel Foucault (2009: p. 132) explicita que foi durante a época clássica que se descobriu o corpo como objeto e alvo de poder, corpo este que pode ser manipulado, treinado, moldado e que obedece, responde e se sujeita. O autor defende (2009: p.133) que a disciplina [fórmula geral de dominação] é o método que permite o “controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade”. Para ele, o poder é capaz de esquadrihar, desarticular e recompor o corpo, com a utilização de uma mecânica do poder que exprime

no corpo as técnicas capazes de alinhá-lo a produzir segundo a rapidez e eficácia que se busca – “a disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos ‘dóceis’”.

Cardoso evidencia (2008: p. 62) que,

enquanto o poder disciplinar, como referimos, teve papel fundamental – levando-se em conta o foco sobre o corpo do louco, do delinqüente, da criança aprendiz – para essa tarefa de isolamento e individualização; o biopoder dirigirá seus cuidados aos fenômenos ligados à população, à espécie humana vista como conjunto. O intuito desse cuidado é caracterizado pela pretensão de regulação não mais do gesto que o corpo do indivíduo deve produzir, mas sobre questões como a do nascimento, da mortalidade, a duração (a média do tempo) de vida das populações, enfim: aos fenômenos coletivos mais relevantes para assegurar a existência, a manutenção, a saúde desse corpo social. Isso não significa, contudo, uma substituição ou desativação do poder disciplinar.

O biopoder veio à tona no pós-século XVIII, com as revoluções liberais. Lazzarin (2008: p. 67-8) defende que esse surgimento fez “emergir uma nova tecnologia posta a serviço do poder, que a partir de então se ocupa não apenas com o disciplinamento dos corpos dos indivíduos, mas também, e fundamentalmente, com o controle do corpo social”. Nesse contexto, o ser humano passa a ser uma categoria que merece a preocupação estatal enquanto representativa de força produtiva; superando/incrementando o modelo disciplinar anterior [em que se buscava o adestramento individual dos corpos], o objetivo do biopoder é reger a multiplicidade de homens [massa global].

O mesmo autor (2008: p. 69) destaca que o Estado moderno percebe que a vida humana constitui uma das fontes de poder estatal na medida em que é ela que forma a força produtiva, “surge a vida humana como categoria política, tanto que a implementação da sociedade disciplinar se afigura de vital importância para se obter o eficiente adestramento dos corpos” que serão forjados com técnicas corretivas capazes de moldar seu comportamento. Mais adiante (2008: p.71) é clarificada a expressão biopoder, que “deve ser entendida como o âmbito de exercício instrumental do poder, pelas instituições sociais, no sentido de extrair da vida humana, isto é, de sua força produtiva, o maior benefício possível”.

A entrada da vida nos cálculos do poder e do saber é explicada por Both (2008: p.78) como sendo um fenômeno que foi gradativamente transformando e complementando a sociedade disciplinar pensada por Foucault. Nesse sentido, afirma (2008: p. 84) que a biopolítica “não significa a extinção da tecnologia disciplinar, pelo contrário, ela continua

com um papel importante e atua lado a lado ou integrada à nova tecnologia que surge” qualificando o mecanismo disciplinar. Em outros termos (2008: p. 91):

Se a sociedade disciplinar qualifica o exercício do poder para que dele nada escape ou escape o mínimo possível, a biopolítica completa esse movimento regulando as pessoas a partir dos seus processos vitais. A biopolítica é a administração do indivíduo a partir das suas características gerais enquanto espécie. Portanto, a biopolítica regula na medida em que se estende a totalidade do corpo social. Se seu objeto é o corpo, o é somente enquanto corpo coletivo, enquanto população. E é assim que completa as disciplinas, pois seu interesse vai além de produzir um corpo individual dócil, mas gerir a população enquanto um todo.

Para Both (2008: p.91), a norma é o elemento central que permite a gestão da população, ampara sua ideia na afirmação de Foucault que argumenta que para um poder conseguir disciplinar a vida será necessária a criação de mecanismos contínuos, reguladores e corretivos, evitando ao máximo a aniquilação da vida produtiva. Complementa defendendo (2008: p. 92) que o poder classifica as multiplicidades por meio de um binômio “normal” e “anormal” [patológico] e que a “dinâmica do biopoder é induzir os indivíduos e as populações a seguirem ao máximo possível os padrões “normais” instituídos pela sociedade”, o que implica em uma “sociedade normalizadora”, que nada mais é do que “o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida”.

Continua Both (2008: p.92) explicitando que “o efeito social prático do processo de normalização é a inclusão/exclusão de indivíduos e populações” e que “seria possível falar de uma exclusão social de grupos e indivíduos pela inclusão em padrões específicos”, sendo “por meio da norma (normal/anormal) que se define o limite daquilo que pertence à esfera do socialmente aceito e do que não pertence”.

Nesse contexto, tem-se que evidenciar que o biopoder atua como um mecanismo macro das relações entre Estado e indivíduo buscando a normatização e condução coletiva da massa de seres humanos a ponto de que efetivamente realizem as tarefas pensadas pelo poder para essas pessoas. Para que isso seja possível, far-se-á necessária a aplicação do poder disciplinar – mecanismo micro – com o intuito de padronizar as ações dos indivíduos e delas extrair a sua maior utilidade para o poder.

2.3. Instituição total

Ignatieff (1987: p.85) explica que o termo “instituição total” foi pensado originalmente pelo sociólogo canadense Erving Goffman “para descrever todas as formas de instituições nas quais a autoridade procura uma ‘total’ regulamentação da vida diária de seus habitantes”.

Erving Goffman, logo na introdução de sua obra *Manicômios, prisões e conventos* (2015: p.15), leciona que uma instituição total pode ser definida como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Nesse sentido, ele explica que o fechamento da instituição ou seu caráter total é simbolizado pelas barreiras construídas para isolamento do mundo exterior e por obstáculos à saída dos “internos” incluídos no esquema físico das instituições²⁵.

O mesmo autor defende que, em que pese não se tratem de classificações institucionais claras e exaustivas, as instituições totais podem ser agrupadas de cinco formas. A primeira possibilidade se refere às instituições pensadas para cuidar de pessoas incapazes e inofensivas²⁶; a segunda possibilidade trata-se de locais feitos para cuidar de pessoas incapazes de cuidar de si próprias que ameaçam a sociedade de uma maneira não intencional²⁷; o terceiro tipo trata das instituições feitas para proteger a sociedade de perigos intencionais²⁸; o quarto tipo cuida de instituições que se originam para desempenhar determinadas tarefas de trabalho de forma mais adequada²⁹ e, por fim, a quinta modalidade são as instituições que servem para ser um “refúgio do mundo”, que muitas vezes se prezam à instrução de religiosos³⁰.

Advertindo sobre as categorias citadas, Goffman (2015: p. 17) explicita que as referidas instituições não têm entre si todas as suas características comuns, já que o que as

²⁵ Como exemplo o autor destaca (2015, p.16) “portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos”.

²⁶ O autor exemplifica com casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes.

²⁷ O autor apresenta os sanatórios para tuberculose, os hospitais para doentes mentais e leprosários como exemplos.

²⁸ Para o autor as cadeias, penitenciárias, campos de concentração e campos de prisioneiros de guerra exemplificam essa possibilidade.

²⁹ Quarteis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias e grandes mansões são citados pelo autor como exemplo.

³⁰ O autor cita como exemplo abadias, mosteiros, conventos e outros claustros.

identificam como instituições totais é o fato de “cada uma delas apresentar, em grau intenso, muitos itens dessa família de atributos” que tem seu aspecto central descrito como sendo (2015: p.17-8)

a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição.

O sociólogo canadense (2015: p.18) destaca que “o controle de muitas necessidades humanas pela organização burocrática de grupos completos de pessoas [...] é o fato básico das instituições totais” e disso se extrai consequências importantes como a fácil percepção pelo coletivo de pessoas institucionalizadas que determinado indivíduo está violando uma regra institucional que todos cumprem, ressaltando ainda mais para o grupo de dirigentes³¹ determinadas infrações às regras estabelecidas.

Natalí Reis, ao analisar Goffman, defende que o indivíduo após adentrar a uma instituição total é submetido ao processo chamado de “mortificação do eu”, processo este em que se impõem determinadas barreiras morais, com a sujeição da pessoa a regras de conduta e com sua inserção no sistema interno. Tal processo gera no indivíduo a supressão da sua visão de si mesmo e destrói a carga cultural que o ser construiu ao longo de sua vida, passando o interno a funcionar na lógica do sistema de privilégios, em que “as prescrições e as proibições são determinadas através das regras da casa, quando obedecidas, geram privilégios, e as mesmas quando infringidas, geram o castigo” (REIS, p.3).

Complementando Reis, Ferreira (2012: p. 75) destaca que os internos de instituições totais, logo que adentram naqueles espaços, têm suprimido aquilo que Goffman denominou de estojo de identidade, como sendo itens e objetos que fazemos uso constante para nos apresentar aos outros [espelhos, pentes, perfumes...] e que nas

³¹ O autor evidencia que há uma divisão de dois grupos nas instituições totais, os internos e os dirigentes, argumentando que (2015, p. 20) “a divisão equipe dirigente-internado é uma consequência básica da direção burocrática de grande número de pessoas [...]”.

instituições totais a sua supressão se justifica para dar entrada à imagem cultivada no interior da instituição. Com isso, “as instituições totais operam por rebaixamento do eu civil, por diminuição e mesmo supressão das possibilidades de que os indivíduos interfiram na imagem que os outros fazem deles”, impondo ao grupo interno o uso de roupas padronizadas, muitas vezes já usadas, sapatos maiores que os seus pés e autorizando, apenas, o uso dos mesmos elementos de higiene.

Evidenciando a padronização dos internos que ocorre nos manicômios, não é diferente nos judiciais. Típico exemplo da segunda possibilidade tratada por Goffman, Daniela Arbex (2013: p. 25) traz à tona que no manicômio “a colônia” “desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina naquele lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos” e complementa (2013: p. 28-9) afirmando que “os recém-chegados à estação colônia eram levados para o setor de triagem. Lá os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos, um constrangimento que levava às lágrimas muitas mulheres que jamais haviam enfrentado a humilhação de ficar nuas em público. Todos passavam pelo banho coletivo, muitas vezes gelado. Os homens tinham ainda o cabelo raspado de maneira semelhante a prisioneiros de guerra. Após a sessão de desinfecção, o grupo recebia o famoso ‘azulão’, uniforme azul de brim, tecido incapaz de blindar as baixíssimas temperaturas da cidade. Assim, padronizado e violado em sua intimidade, seguia cada um para o seu setor”.

Benelli (2003: p. 100), analisando a obra de Goffman, destaca que uma das estratégias fundamentais descobertas pelo sociólogo canadense nas instituições totais foi “a possibilidade de reduzir a identidade social de um sujeito a um atributo estigmatizante ou a um único e exclusivo papel, que representa a categoria social mais baixa dentro de um grupo fechado” o que implica em uma massificação e no nivelamento dos seres internados. O mesmo autor (2004: p. 240) traz à tona a utilização do poder disciplinar nas instituições totais e, relacionando os conceitos de Goffman e de Foucault, demonstra que as referidas instituições utilizam as técnicas evidenciadas por Foucault em *Vigiar e punir* (2009), das quais destacamos as principais no tópico nominado de “Poder disciplinar e a fabricação dos corpos dóceis”.

2.4. Estigma, desvio e a figura do *outsider*

O conceito de estigma é situado no tempo por Erving Goffman (2012: p. 11), que argumenta que o referido termo foi originalmente pensado pelos gregos e dizia respeito a “sinais corporais³² com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava”. Na era cristã, dois níveis de metáforas foram acrescentados ao termo: o primeiro dava conta dos sinais corporais de graças divinas que tinham a forma de flores sobre a pele e o segundo cuidava de uma alusão médica a essa religiosa dos sinais corporais, que se evidenciavam nas pessoas com alguns sinais de distúrbios físicos. Destaca Goffman que atualmente o termo é usado da forma originalmente pensada pelos gregos e se refere mais à desgraça [com alterações nos tipos de desgraça que causavam preocupação na época grega] do que a qualquer evidência corporal.

Goffman (2012: p.12) argumenta que, quando alguém estranho nos é apresentado, utilizamos de preconcepções para perceber a identidade social do outro, tentando só com o olhar identificar aspectos como sua honestidade e sua ocupação. Lembra (2012: p.13) que “um atributo que estigmatiza alguém pode confiar normalidade a outrem³³, portanto ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso”.

O estigma possui uma dupla perspectiva, que é explicada por Goffman (2012: p.13). A primeira, aquela que cuida do desacreditado [aquele sujeito que assume que determinada característica sua é conhecida/evidentemente estigmatizante] e, a segunda, aquela que cuida do desacreditável [sujeito que não tem determinadas características de forma evidente]. Argumenta ainda que existem três tipos de estigma que, para o autor canadense (2012: p.13), são completamente diferentes – o primeiro trata das abominações do corpo [várias deformidades físicas], o segundo cuida das culpas individuais [vontades fracas, paixões tirânicas, crenças falsas, distúrbios mentais, homossexualidade e outras] e o terceiro cuida dos estigmas de raça, nação e religião. Goffman (2012: p.14) defende que em todas essas modalidades de estigma existem as mesmas características sociológicas, ou

³² Goffman (2012: p. 11) evidencia que os sinais eram feitos com cortes ou queimaduras no corpo para que qualquer um que visualizasse o portador dos mesmos o identificasse como escravo, criminoso ou traidor, ou seja, tratava-se de uma pessoa que estava marcada e deveria ser evitada.

³³ Goffman cita como exemplo a pessoa que não tem nível superior de ensino e está laborando em determinada corporação que exige para ingresso esse requisito; nesse caso, a pessoa pode não manifestar que sua instrução é inferior para não ser considerado inferiorizado, enquanto em determinados cargos que não exigem nível superior podem ter ocupantes que escondam seu nível superior de ensino para não serem considerados fracassados por ocuparem aqueles cargos.

seja, “um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social quotidiana possui um traço que pode ser imposto à atenção e afasta aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus”.

Complementando a argumentação, Erving Goffman (2012: p. 14-5) ensina que

as atitudes que nós, normais, temos com uma pessoa com um estigma, e os atos que empreendemos em relação a ela são bem conhecidos na medida em que são respostas que a ação social benevolente tenta suavizar e melhorar. Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos várias discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos as suas chances de vida. Construimos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado em nosso discurso diário com fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar em seu significado.

Nesse contexto das ideias de Goffman, Biar (2015: p. 116-7) argumenta que “a vida social está repleta de estereótipos abstratos sustentados na coletividade que restringem as possibilidades identitárias, regulando o modo como se espera que determinado grupo se comporte socialmente”, o que Goffman denomina de fachadas institucionalizadas. Tais fachadas atuam no sentido de que os indivíduos se adaptem para se enquadrar nas impressões coletivas idealizadas e assim pertencerem a determinado grupo, desprezando incompatibilidades existentes.

Ainda sobre a questão, Goffman (2012: p. 18) se posiciona argumentando que a característica central da situação de vida do indivíduo estigmatizado refere-se à sua aceitação, uma vez que as pessoas que estabelecem relações com seres humanos estigmatizados não conseguem respeitar e considerar os outros aspectos presentes na pessoa [não contaminados], aspectos estes que o estigmatizado previa que seriam considerados. Argumenta, ainda, que (2012: p. 23) o encontro dos “normais” com os estigmatizados, principalmente quando há uma tentativa de manter algum diálogo, promove uma das principais cenas da sociologia em que ambos os lados enfrentarão diretamente as causas e os efeitos do estigma. Ressalta que (2012: p. 28) é provável que em situações sociais onde haja algum indivíduo com traços estigmatizantes reconhecíveis, aquele que busque o contato provavelmente utilizará de categorizações inadequadas e que

a pessoa estigmatizada, por vivenciar essa mesma experiência em várias oportunidades, conseguirá ter maior habilidade para lidar com tais situações de desconforto para ambas as partes.

Siqueira e Cardoso Junior (2011: p.94-5), fundamentados em Ainly, Coleman & Becker, também pautados pelas lições de Goffman, defendem que o termo estigma é uma construção social que varia de acordo com períodos históricos e culturais, ou seja, “as pessoas são estigmatizadas somente num contexto, o qual envolve a cultura; os acontecimentos históricos, políticos e econômicos e uma dada situação social”; desta feita a estigmatização não é uma propriedade individual, mas trata-se de determinada perspectiva constituída pelo meio social, o qual define o que é comum e natural e, por consequência, o que não é.

Dando um panorama atual sobre a questão, Santos (2013: p. 45) argumenta que, ultimamente, a palavra estigma refere-se à condição social de desgraça e descrédito, resultante do julgamento da comunidade em que o fenômeno está presente, não sendo necessariamente uma evidência corporal de inferioridade. A autora (2013: p. 47) argumenta que, desde o trabalho de Goffman, os pesquisadores demonstraram que o estigma associado às pessoas com doenças mentais, principalmente relacionados aos indivíduos depressivos ou com sintomas psicóticos, está entre os mais nocivos tipos de estigma, uma vez que geram um estereótipo de que o louco é violento/perigoso. Nesse contexto, Santos (2013: p.49), partindo da lição de Corrigan e Lundin, defende que

o estigma internalizado, ou o sentimento de estigma em relação a si mesmo enquanto doente mental, está associado a uma sensação de “despotencialização”. Ou seja, pelo fato de serem diagnosticados como doentes mentais, as pessoas com este rótulo se sentem frágeis, impotentes (Corrigan: 2007). O sentimento de “despotencialização” é uma característica das doenças mentais em geral (Moreira, 2002). O doente mental passa a acreditar que é um incapaz.

Tratando sobre a questão do desviante normal, Goffman (2012: p. 141) argumenta que tanto o papel dos “normais” quanto o papel dos estigmatizados, são partes de um mesmo complexo, ou seja, recortados de um mesmo tecido padrão. Para o autor, mesmo as pessoas que têm estigmas diferentes, encontram-se em uma posição semelhante no sentido que todas elas vivenciam a estigmatização e, por consequência, respondem a essa situação de uma forma bastante parecida. Nesse sentido, defende (2012: p. 141,) que tanto o

estigmatizado, quanto o normal, ambos “têm a mesma caracterização mental e que esta é, necessariamente, a caracterização-padrão de nossa sociedade; a pessoa que pode desempenhar um desses papéis, então, tem exatamente o equipamento necessário para desempenhar o outro”, assim sendo chega-se a formulação de que mesmo que o indivíduo tenha sentimentos e crenças anormais, ele terá preocupações normais e utilizará de estratégias normais para esconder sua anormalidade das outras pessoas, buscando ser reconhecido como normal.

Relacionando desvio e estigma, Goffman (2012: p. 142) pondera que se a pessoa estigmatizada deve ser chamada de desviante, o mais correto seria que esse indivíduo fosse nominado de desviante normal, uma vez que há a possibilidade do estigmatizado voltar a ser normal [por exemplo com um procedimento cirúrgico bem realizado] e que o estigmatizado tem a mesma origem comum do normal.

No tópico “desvio e comportamento desviante”, Goffman (2012: p. 151) explica que em um grupo de indivíduos em que se estabeleceram algumas normas e aderiram a alguns valores referentes à conduta dos integrantes daquele coletivo, “destoante” é qualquer um dos sujeitos que não adere às normas e o “desvio” é a peculiaridade que o sujeito não aderiu, ou seja, a norma violada. Para Goffman (2012: p. 156),

os desviantes sociais, conforme definidos, ostentam sua recusa em aceitar o seu lugar e são temporariamente tolerados nessa rebeldia, desde que ela se restrinja às fronteiras ecológicas de sua comunidade. Como os guetos étnicos e raciais, essas comunidades constituem um paraíso de autodefesa e um lugar onde o indivíduo deslocado considera abertamente a linha em que se encontra como tão boa quanto qualquer outra. Mas, além disso, os desviantes sociais sentem amiúde que não são simplesmente iguais a, mas melhores do que os normais, e que a vida que levam é melhor que a vivida pelas outras pessoas que, de outra forma, eles seriam. Os desviantes fornecem modelos de vida para os normais inquietos, obtendo não só a sua simpatia mas também adeptos.

Goffman explica que considerou dois tipos de destoantes, os desviantes intragrupo e os sociais, e cita dois tipos próximos de categorias sociais, sendo a primeira a dos grupos minoritários étnicos e raciais [trazem a histórias e a cultura em comum, transmitindo esses elementos aos seus descendentes] e a segunda os membros de classes baixas [trazem marcas em sua linguagem, aparência e gestos – são considerados pelo grupo como cidadãos de segunda classe].

Howard S. Becker (2008: p. 13), já no prefácio de sua obra, explica que ele, seu colega de pós-graduação Erving Goffman e vários outros autores utilizaram o termo desvio para abranger possibilidades de situações que fogem daquilo que o coletivo estabeleceu como usualmente aceito e complementa com a definição do que nominou de *outsider* (2008: p.15)

todos os grupos sociais fazem regras e tentam, em certos momentos e em algumas circunstâncias, impô-las. Regras sociais definem situações e tipos de comportamento a elas apropriados, especificando algumas ações como “certas” e proibindo outras como “erradas”. Quando uma regra é imposta, a pessoa que presumivelmente a infringiu pode ser vista como um tipo especial, alguém de quem não se espera viver de acordo com as regras estipuladas pelo grupo. Essa pessoa é encarada como *outsider*³⁴.

O termo *outsider* pode ter um segundo significado que, para Becker, advém da pessoa rotulada que tem uma opinião diferente sobre o que foi estabelecido coletivamente como “normal”, não aceitando a regra pela qual está sendo submetida e não considerando aqueles que proferem o julgamento como legítimos/competentes para fazer tal juízo de valor. Desta feita, explica Becker (2008: p.15) que “aquele que infringiu a regra pode pensar que os juízes são *outsiders*”.

O autor norte-americano (2008: p. 16) defende a existência de diferentes graus em que uma pessoa é considerada *outsider*. O primeiro deles, mais leve, ocorre nos casos em que alguém ignora certa regra de trânsito ou abusa na ingestão de bebidas alcoólicas – a pessoa é tratada com bastante tolerância, uma vez que as regras em questão podem ser violadas por qualquer um; o segundo grau, de tratamento intermediário, cuida de pessoa que violam regras como não roubar/furtar – esses, por se distanciarem mais do aspecto normal, são punidos severamente; por fim, o terceiro grau, cuida daqueles que cometem crimes de maior envergadura, como assassinatos, estupros ou traição, e esses sim são os verdadeiros *outsiders* para Becker.

Shecaira (2004: p. 291) defende que, “quando os outros decidem que determinada pessoa é *non grata*, perigosa, não confiável, moralmente repugnante, eles tomam contra tal pessoa atitudes normalmente desagradáveis que não seriam tomadas contra qualquer um”,

³⁴ Na tradução do primeiro capítulo da obra Becker (2008) a tradutora explica que o termo *outsider* tinha sido traduzido na edição anterior para “marginais e desviantes”, assinalando que “marginais” empregava a conotação de alguém que está do lado de fora, para além da margem de determinada fronteira ou limite social.

atitudes que são tomadas de forma a demonstrarem a estigmatização da pessoa e com consequências de imposição de um controle sobre a liberdade do sujeito.

Becker (2008: p.17) leciona que diferentes grupos consideram como desviantes diferentes ações/omissões e que por isso a pessoa que julga o desvio, o processo pelo qual se chega ao julgamento e a situações em que ele é feito estão intimamente envolvidos no fenômeno. Para Becker (2008: p.20-1) a concepção sociológica sobre o desvio que mais se assemelha a sua forma de pensar é aquela que identifica o desvio como uma falha em obedecer às regras do grupo, sendo que só após a instituição das regras por determinado grupo é que se pode chegar a dizer, com alguma precisão, que alguém violou ou não o comando estabelecido, e se violou chega-se ao desviante.

Continuando, Becker explicita que em uma mesma sociedade existem vários grupos, cada um com uma diversidade de regras estabelecidas, e que as pessoas podem pertencer a muitos grupos de uma vez só, o que alude que alguém pode violar as regras de um grupo para obedecer as do outro. Para resolver esse problema o autor destaca que deve haver uma definição que permita lidar com as situações de ambiguidade.

Complementando a questão do desvio, o autor norte-americano (2008: p. 21-2), argumenta que os grupos sociais criam o desvio no momento em que formulam regras cuja infração constitui o desvio e no momento em que se aplicam essas regras aos indivíduos os rotulam como *outsiders*. O desviante não é uma qualidade do ato, mas sim uma consequência da aplicação de regras e sanções ao infrator; “o desviante é alguém a quem esse rótulo foi aplicado com sucesso; o comportamento desviante é aquele que as pessoas rotulam como tal”.

Baratta (2014: p. 89) defende que Becker demonstrou que a mais importante consequência para a identidade social do indivíduo ocorre no momento em que se aplicam sanções a ele, momento em que ocorre uma mudança por meio da qual o sujeito é introduzido no *status* de desviante.

Da mesma maneira, Becker (2008, p. 22) evidencia que as pessoas rotuladas de desviantes compartilham, no mínimo, do rótulo e da experiência de serem tratadas como desviantes. Para ele (2008: p. 24-5), ao longo do tempo há variações das condutas consideradas como desviantes e que o grau que um ato será tratado como desviante depende de quem comete e de quem é prejudicado pelo ato, deixando claro que as regras

tendem a serem aplicadas mais a determinadas pessoas do que a outras. O mesmo autor (2008: p.26) sintetiza a discussão até agora feita neste tópico, no parágrafo que se segue:

por que repetir estas observações banais? Porque, tomadas em conjunto, elas sustentam a proposição de que o desvio não é uma qualidade simples, presente em alguns tipos de comportamento e ausente em outros. É antes o produto de um processo que envolve reações de outras pessoas ao comportamento. O mesmo comportamento pode ser uma infração das regras num determinado momento e não em outro; pode ser uma infração quando cometida por uma pessoa, mas não quando cometido por outra; algumas regras são infringidas com impunidade, outras não. Em suma, se um dado ato é desviante ou não, depende em parte da natureza do ato (isto é, se ele viola ou não alguma regra) e em parte do que outras pessoas fazem acerca dele.

O enfoque da reação social reverbera que o *status* social de delinquente pressupõe, necessariamente, a atividade das instâncias oficiais de controle social. Baratta (2004: p. 86) defende que “enquanto não se adquire esse *status* aquele que, apesar de ter realizado o mesmo comportamento punível, não é alcançado, todavia, pela ação daquelas instâncias”, por isso o sujeito sem o *status* desviante não é reconhecido/tratado/considerado pela sociedade como delinquente.

Becker (2008: p. 29-30) sustenta que um determinado grupo só consegue impor aos outros da sociedade as suas regras por deterem o poder político e econômico; são grupos cuja posição social lhes possibilita a detenção de armas e do poder. Desta feita, as distinções etárias, sexuais, étnicas e de classe estão todas relacionadas a diferenças em serem, ou não, detentores do poder. O autor (2008: p. 30) aponta que as regras criadas e mantidas sobre determinadas rotulações não são universalmente aceitas, tratam-se de objeto de conflito e divergências, em outras palavras, são frutos de parte do processo político da sociedade.

No segundo capítulo de sua obra, Becker (2008: p. 31) apresenta quatro tipos teóricos de comportamentos desviantes, que para ele são evidenciados pela seguinte tabela:

	Comportamento apropriado	Comportamento infrator
Percebido como desviante	Falsamente acusado ³⁵	Desviante puro ³⁶

³⁵ O falsamente acusado é a pessoa que é vista pelos outros como se tivesse praticado determinada ação imprópria, embora tal prática não tenha sido realizada.

³⁶ O desviante puro é o indivíduo que desobedece à regra e é visto pelos demais indivíduos do grupo como tal.

Não percebido como desviante	Apropriado ³⁷	Desviante secreto ³⁸
------------------------------	---------------------------------	--

Obs: Tabela extraída da página 31 da obra de Becker (2008).

Becker (2008: p. 36) defende que o primeiro passo na maioria das carreiras desviantes ocorre com o cometimento de um ato inapropriado que infringe determinado conjunto de regras. Tal ato pode ser ou não consciente; quando inconscientes, muitas vezes, se dá pela ignorância da existência de regra ou de sua aplicação. O autor explica (2008: p. 38) que a fuga ou o não cumprimento dos compromissos convencionais ocorrem de duas maneiras, sendo a primeira delas descrita como aquela que cuida das pessoas que não estabeleceram relações de embaraço com a sociedade convencional e por isso se sentem livres para seguirem seus desejos, e a segunda cuida daqueles que não têm reputação a zelar ou um emprego convencional a ser conservado.

Becker (2008: p. 41-2) explicita que as motivações desviantes têm um caráter social e que um dos passos mais decisivos desse comportamento desviante é a experiência de ser apanhado e rotulado publicamente de desviante, o que implica a mudança de sua identidade pública: “cometer o ato impróprio e ser apanhado lhe confere um novo status. Ele revelou-se um tipo de pessoa diferente do que supostamente era. É rotulado de ‘bicha’, ‘viciado’, ‘maluco’ ou ‘doido’, e tratado como tal”.

Nesse sentido, o autor evidencia (2008: p. 43) que, para ser considerado criminoso basta, apenas, ter cometido um único crime e que a atribuição do rótulo de criminoso traz consequências auxiliares, uma vez que se presume que tal pessoa pode reincidir com facilidade na mesma conduta ou que é provável que o indivíduo possa cometer novos tipos de crimes por se tratar de pessoa que não respeita as leis/regras/convenções. Após a identificação da pessoa como desviante, este indivíduo tende a ser impedido de participar de vários grupos da sociedade convencional, o que faz com que se produza um desvio crescente.

Para o autor norte-americano (2008: p. 47-8), o passo final na carreira de alguém desviante é a sua inserção em um grupo desviante organizado [grupo que tem o desvio como algo em comum], que lhe trará o sentimento de destino comum e da necessidade de

³⁷ Apropriado é o indivíduo que obedece às regras e é visto pelos demais indivíduos do grupo como normal.

³⁸ O desviante secreto é aquele que cometerá algum ato impróprio, mas ninguém percebe ou reagiu a ele como se tivesse violado a regra.

enfrentamento dos mesmos problemas, sendo assim trado com um conjunto de atividades baseadas nessa perspectiva. A inserção e pertencimento a um grupo desviante solidifica a identidade desviante.

Seguindo em seu raciocínio, Becker (2008: p. 153) conceitua os produtores de normas, o que para ele denomina-se de os “empreendedores morais”, como sendo aqueles que têm a iniciativa de produção da regra, podendo ser de dois tipos básicos, do tipo criador ou impositor da regra. Nesse contexto surge a figura do reformador cruzador, que é o sujeito que não se satisfaz com as regras existentes, julgando que enquanto ele não criar regras para corrigir o mal, nada estará certo, tratando-se de pessoa fervorosa e proba – e muitas vezes hipócrita. Explica o autor (2008: p.155), que o empreendedor moral reformador cruzador busca para redigir suas regras especialistas como advogados e juristas; busca, também, um novo especialista chamado de psiquiatra³⁹. Becker (2008: p. 160) pontua que a consequência de uma cruzada exitosa do reformador finaliza-se com a criação de um novo grupo de regras, que, muitas vezes, vem acompanhados de um conjunto de agências e de funcionários, fazendo com que surja um novo coletivo de impositores de regras.

Shecaira (2004: p. 290) defende que o pensamento formulado por Goffman e Becker, precursores da teoria denominada de teoria da rotulação social, etiquetagem ou *labelling approach*, deslocou o pensamento criminológico que antes era focado no indivíduo para a reação [compreensão social do fato enquadrado como desviante/delituoso], “fazendo com que a verdadeira característica comum dos delinquentes seja a resposta das audiências de controle”, ou seja, cuida-se da delinquência desencadeada pelo processo de estigmatização. Defende o criminalista brasileiro (2004: p. 293) que o tema central da teoria da rotulação social é o processo de interação no qual o indivíduo é chamado de delinquente, e argumenta que “para o *labelling* a conduta desviante é o resultado de uma reação social e o delinquente apenas se distingue do homem comum devido à estigmatização que sofre”.

Shecaira (2004: p. 298) evidencia que, “de maneira bastante cruel, pode ser dito que, à medida que o mergulho no papel desviado cresce, há uma tendência para que o autor

³⁹ Becker (2008, p. 157) defende que “ao deixar a redação da regra específica nas mãos de outros, o cruzador abre a porta para muitas influências imprevistas. Pois os que redigem legislação para os cruzadores têm seus próprios interesses, que podem afetar a lei que preparam”.

do delito defina-se como os outros o definem” e que a repercussão dada pela sociedade⁴⁰ a determinada pena imposta, transforma o delito primário em uma carreira delitiva permanente e irreversível. Para o autor (2004: p. 301), sintetizando o pensamento de Becker, a criminalização primária produz a rotulação, que por sua vez produz a criminalização secundária, sendo o rótulo responsável pela produção da assimilação das características da pessoa rotulada, da geração de expectativa social com base no pré-conceito formulado em razão do rótulo, da perpetuação de comportamentos desviantes e da aproximação de indivíduos portadores do mesmo rótulo.

Baratta (2014: p. 89-90), apoiado pelo pensamento de Lemert, que para ele desenvolveu bem essa temática da delinquência primária e secundária, leciona que a reação social e/ou a punição de um primeiro comportamento de desvio tem frequentemente a função de “*commitment to deviance*”, gerando através de uma mudança na identidade social do indivíduo estigmatizado uma tendência de o mesmo permanecer no papel que a estigmatização o incluiu.

Shecaira (2004: p. 306-7) apresenta o seguinte modelo sequencial dos atos definidos pela teoria do *labelling approach*:

Delinquência primária → resposta ritualizada e estigmatização → distância social e redução de oportunidades → surgimento de uma subcultura delinquente com reflexo da auto imagem → estigma decorrente da institucionalização → carreira criminal → delinquência secundária.

A criminologia inspirada no *labelling*, especialmente no que tange ao desvio secundário e as carreiras criminais, é destacada por Baratta (2014: p. 90) como aquela que põem em dúvida o princípio penal da prevenção e a concepção reeducativa da pena, defendendo, que antes das penas terem um efeito reeducativo, consolidam a imagem desviante do condenado e o impulsionam para uma verdadeira carreira criminosa.

⁴⁰ Para Shecaira (2004, p. 301) a repercussão social se cristaliza nas folhas de antecedentes criminais, certidões criminais e divulgação sensacionalista da mídia.

Baratta (2014: p. 109-10) sistematiza ordenadamente requisitos para se apreciar todo o alcance da alternativa crítica do *labelling approach*⁴¹ e, no tópico de sua obra denominado de “do ‘labelling approach’ a uma criminologia crítica”, o autor (2014: p. 159) sustenta que o *Labelling* teve influência na passagem da criminologia liberal para a criminologia crítica, que, por sua vez, entende a criminalidade não mais como uma qualidade ontológica de determinados comportamentos e indivíduos, revelando-se como um *status* atribuído a determinado ser humano mediante uma dupla seleção. Segundo o autor (2014: p.161), primeiramente faz-se “a seleção dos bens protegidos penalmente, e dos comportamentos ofensivos a estes bens, descritos nos tipos penais” e em segundo lugar define-se “a seleção de indivíduos estigmatizados entre todos os indivíduos que realizam infrações as normas penalmente sancionadas”. Assim sendo, aponta que a criminalidade é um “‘bem negativo’ distribuído desigualmente conforme a hierarquia dos interesses fixada no sistema socioeconômico e conforme a desigualdade social entre os indivíduos” (BARATTA, 2014: p. 161).

Resumindo em três aspectos os resultados da crítica, Baratta (2014: p. 162) aponta, primeiro, que o direito penal não defende todos, mas somente os bens essenciais, “nos quais estão igualmente interessados todos os cidadãos, e quando pune as ofensas aos bens essenciais o faz com intensidade desigual e de modo fragmentado”; o segundo aspecto é que “a lei penal não é igual para todos, o *status* de criminoso é distribuído de modo desigual entre os indivíduos”, e, por fim, ele argumenta que “o grau efetivo de tutela e a distribuição do *status* de criminoso é independente da danosidade social das ações e da

⁴¹ Baratta (2014, p. 109-10) elenca: “1) O problema da definição da criminalidade é, em primeiro lugar, um problema metalinguístico, concernente: a) à *validade* das definições que a ciência jurídica ou as ciências sociais nos proporcionam de “crime” e de “criminoso”, quanto à competência da ciência jurídica ou da ciência social para dar uma definição que possa servir de eventual suporte para uma teoria crítica do sistema penal; b) à validade da definição de criminalidade, ou seja, a atribuição da qualidade de “criminoso” a determinados comportamentos e a determinados sujeitos, dentro do senso comum e por parte das instâncias oficiais do sistema penal. 2) em segundo lugar, representa um problema *teórico* que concerne à interpretação sociopolítica do fenômeno pelo qual, em uma dada sociedade, certos indivíduos, pertencentes a certos grupos sociais e representantes de certas instituições, são dotados do poder de definição, ou seja, do poder: a) de estabelecer quais crimes devem ser perseguidos (poder de estabelecer as normas penais); b) de estabelecer quais pessoas devem ser perseguidas (poder de aplicar as normas). Este problema conduz às leis, aos mecanismos e às estruturas sociais objetivas que regulam o poder de definição, a sua distribuição, as modalidades de seu exercício em um dado contexto social, enquanto outros indivíduos e grupos sociais estão submetidos a este poder de definição. 3) enfim, é um problema fenomenológico (no sentido da criação empírica tradicional), concernente aos efeitos que a aplicação de uma definição de criminoso a certos indivíduos – isto é, a atribuição a estes da qualificação de criminosos, e de um *status* social correspondente – tem sobre o comportamento sucessivo do indivíduo (eventual consolidação do papel de criminoso; desenvolvimento de uma carreira criminosa)”.

gravidade das infrações à lei, no sentido de que estas não constituem a variável principal da reação criminalizante e sua intensidade”.

Nesse sentido, vale destacar que o sujeito com sofrimento mental sofre com uma dupla estigmatização quando comete determinada conduta considerada socialmente como crime, uma vez que além de lhe atribuírem à pecha de “louco” ele é ainda estigmatizado como “criminoso”, tal fato implica em uma dupla desconsideração, reduzindo ainda mais, portanto, suas expectativas de reinserção na mesma sociedade que o julgou e rotulou, ensejando que o mesmo seja mais severamente julgado/tratado.

2.5. O direito penal do inimigo

Para finalizar este capítulo, trataremos brevemente do conceito de direito penal do inimigo. Zaffaroni (2014: p. 18) explica que “a essência do tratamento diferenciado que se atribui ao *inimigo* consiste em que o direito *lhe nega sua condição de pessoa*. Ele só é considerado sob o aspecto de *ente perigoso ou daninho*”; nesse sentido, o autor evidencia que quando se distingue em uma sociedade alguns indivíduos como cidadãos e outros como inimigos, está se estabelecendo que seres humanos serão privados de direitos individuais, o que implica na sua desconsideração enquanto ser humano.

A aplicação do direito penal do inimigo, em que se desloca a aplicação da pena por um fato cometido, para a pessoa que cometeu ou supostamente cometerá o crime, se justificaria na explicação, defendida por Günter Jakobs [discípulo de Hanz Welzel], de que deve existir um direito penal do cidadão [utilizado para o processamento de um fato delitivo cotidiano] e um direito penal do inimigo [defesa de riscos futuros], que, para ele, não se contradizem e são possíveis de serem aplicados simultaneamente na mesma sociedade. Para Jakobs (2007: p. 30), “o Direito penal do cidadão é o Direito de todos, o Direito penal do inimigo é daqueles que o constituem contra o inimigo: frente ao inimigo, é só coação física, até chegar à guerra”, apontado que o Estado não deverá excluir o inimigo de todos os direitos (o inimigo pode continuar a ser proprietário de coisas) e que o Estado não tem que fazer tudo que lhe é passível de fazer para não fechar as portas para um acordo de paz. Resumindo, ele alega (2007: p. 30) que “o Direito penal do cidadão mantém a vigência da norma, o Direito penal do inimigo (em sentido amplo: incluindo o Direito das medidas de segurança) combate perigos; com toda certeza existem múltiplas formas intermediárias”.

Zaffaroni defende que não é a quantidade de direitos suprimidos de uma pessoa que anula a sua condição única de ser humano; o que anula essa condição é a razão pela qual ocorre essa privação de direitos. Se a pessoa tem algum de seus direitos anulados em função de ser considerado um ente perigoso, necessitando de contenção, este indivíduo está sendo tolhido em seu caráter mais elementar de pessoa, independentemente se lhe restam alguns direitos⁴². Para o autor, (2014: p. 18) é certo que, desde 1948, “esse direito penal que admite as chamadas medidas de segurança – ou seja, as penas ou algumas penas como mera contenção de um ente perigoso – viola o art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos⁴³”.

O jurista argentino (2014: p. 96) defende que a legitimação da categoria de delinquência habitual⁴⁴ e a imposição de uma pena desproporcional à última atitude realizada definida como delito pelo qual deveria ser penalizado o agressor é o exemplo clássico do direito do inimigo; nesse sentido, substituem-se “as medidas administrativas policiais, inventando o que hoje se conhece por medida de segurança, negando-lhe, porém, o caráter penal”. Citando Carl Stooss, Zaffaroni reverbera que as medidas de segurança não se baseiam em uma ação determinada, mas se tratam de uma aplicação que analisa o estado da pessoa; assim, não corresponde à imposição de uma punição pela conduta, mas sim em razão do que caracteriza a pessoa.

Zaffaroni (2014: p. 96) aponta a existência de um direito penal para os iguais e outro para os estranhos/inimigos, destinando a pena para os primeiros e as medidas de segurança para os segundos, sendo que os segundos não respondem pela gravidade do fato, e sim por quem são [direito penal do autor]. Resume o autor (2014: p. 97) que “qualquer que seja a racionalização, as então batizadas *medidas de segurança* são penas sem os limites nem as garantias das penas, e desde cedo essa característica foi advertida e denunciada através da precisa expressão *embuste das etiquetas*”. Adverte, ainda, que as medidas de segurança acabaram sendo admitidas sem maiores questionamentos pela doutrina, que se preocupou mais em discutir se pertenciam ou não ao direito penal.

⁴² Zaffaroni (2014: p. 18) cita como exemplo de direitos que podem permanecer quando outros lhe são negados: os direitos de reconhecer filhos, contrair casamento ou fazer testamento.

⁴³ Artigo 1º - Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.

⁴⁴ Zaffaroni (2014: p. 95) argumenta que se trata da ideia de Fanz von Liszt de habitualidade criminal, concretizada na lei nazista de 1933 sobre delinquência habitual.

É a combinação deste direito penal cindido que Zaffaroni (2014: p. 96) evidencia que possibilitou um desenvolvimento retribucionista para os iguais e determinista periculosista para os diferentes/inimigos, caindo numa esquizofrenia filosófica e antropológica, uma vez que “combinou o idealismo e a ética tradicional com o determinismo positivista, algo assim como se se tratasse os *amigos* ou *iguais* lendo Aristóteles, São Tomás, Kant e Hegel, e os *inimigos*, *diferentes* ou *estranhos* conforme Haeckel e Spencer”. Além da incoerência apontada, esta “racionalização” permitiu a imposição de penas limitadas para aqueles que eram iguais e penas ilimitadas para os diferentes/inimigos, obtendo um grande êxito na codificação e traduzindo esta distinção na legislação de duas maneiras: a vacariante e a de duplo binário.

Sobre as penas desproporcionais e indeterminadas, Zaffaroni cita que as nominadas de medidas, acompanharam o código italiano de 1930 e, na América Latina, os códigos uruguaio e brasileiro, que demonstram a vontade de se eliminar os inimigos. O autor (2014: p. 102) lança luzes na questão argumentando que “o amplíssimo conceito de *inimigo*, que, como vimos na análise da história do exercício real do poder punitivo, não é nada além de um rótulo que se distribui sempre com a mais vasta arbitrariedade, a ponto de que ninguém no mundo pode considerar-se livre de ser eventualmente rotulado”.

Lebre (2013: p. 277), analisando a conceituação de Zaffaroni, explica que a prática real do poder sempre imputou a certos grupos de pessoas a pecha da periculosidade, o que implica em um tratamento rigoroso e punitivo, típico daquele que se é inimigo e exemplifica os inimigos como “os estrangeiros, mendigos, leprosos, bruxas, prostitutas, ébrios, toxicômanos, terroristas e, é claro, os enfermos mentais, sempre tiveram lugar cativo nesse funesto rol”.

Zaffaroni (2014: p. 102) evidencia que as medidas foram introduzidas no código fascista, ocasião que significaram a extensão das penas e a aplicação da contenção por tempo ilimitado, com fundamento no argumento que se tratavam de medidas administrativas e não penais. Essa ficção se manifestou de forma inquestionável no trigésimo terceiro parágrafo da exposição de motivos do Código Penal brasileiro de 1940 [ainda vigente], que tem inspiração no modelo de Rocco de 1930, como destaca Zaffaroni e complementa (2014: p. 102): “afirmava-se que esse texto não violava nenhum dos limites penais impostos pela Constituição – que, entre outros pontos, proibia as penas privativas da liberdade acima de trinta anos –, pois não se tratava de penas, mas sim *medidas*”.

Vale destacar que para o sujeito com sofrimento mental, praticante de determinado ato delituoso, é aplicado o direito penal do inimigo, uma vez que quando submetido a “tratamento” em manicômios judiciais e hospitais de custódia lhe é desprezado seus direitos mais elementares⁴⁵, ademais, aquele indivíduo é tratado, duplamente, como inimigo, primeiro por ser acometido por determinado sofrimento mental, e, segundo, por se tratar de um criminoso, aplicando de maneira idêntica o duplo rótulo mencionado no tópico anterior.

⁴⁵ Como exemplo cita-se o caso de Almerindo, exposto pela Dra. Débora Diniz, no documentário a casa dos mortos em que se demonstrou que referido sujeito em sofrimento mental foi internado pela prática do crime tipificado no artigo 129, caput, do Código Penal, ou seja, Lesão Corporal (pena de detenção de 3 meses a 1 ano), em 2 de novembro de 1981. Contudo, o laudo só foi feito em 12 de maio de 1982, e em 1984 foi aplicada a medida de segurança de 2 anos ao interno que até a data da gravação do documentário em 2005 ainda se encontrava preso/em tratamento.

3 – APRESENTANDO, CONFRONTANDO E ANALISANDO OS DADOS DO PAILI.

Neste capítulo apresentamos considerações sobre as medidas de segurança antes da promulgação da Lei nº 10.216/2001, analisando o PAILI a partir dos documentos que o regulamentam e das publicações relacionadas, expomos os dados do programa relativos às pessoas que foram por ele acompanhadas de 2009 até 2013, damos um panorama do programa com dados totalizados até maio de 2015 e explicitando sua abrangência no Estado, cuidamos da análise dos dados obtidos pelo Censo coordenado pela pesquisadora Dra. Débora Diniz, que apresentou a realidade nacional da medida de segurança em 2011, confrontamos os dados do programa de abrangência estadual com aqueles que espelham a realidade nacional e, por último, analisamos os conceitos trabalhados no capítulo anterior frente a realidade impressa pelo PAILI.

3.1. Considerações sobre a aplicação das medidas de segurança antes da promulgação da Lei nº 10.216/2001

No século passado, as aplicações de medidas de segurança foram realizadas com base em dois sistemas antagônicos, um denominado de dualista ou duplo binário e o outro conhecido como monista ou vicariante.

O sistema nomeado de duplo binário, conforme ensina Salo de Carvalho (2013: p. 504-5), vigorou na legislação brasileira até os idos de 1984 e “previa a possibilidade de imposição da medida de segurança independentemente da (in)imputabilidade”. Bastava que se reconhecesse o “estado perigoso” da pessoa para serem “aplicáveis pena e medida de segurança, conjunta e sucessivamente, mesmo ao imputável e ao semi-imputável”; para tanto, o Código Penal de 1940 previa duas possibilidades para que se configurasse o “estado perigoso”: a presunção legal ou a declaração judicial.

A aplicação conjunta e sucessiva da medida de segurança e da pena desafia o princípio do *ne bis in idem*, que tem origem no direito romano, e busca evitar que qualquer tipo de duplicidade ocorra na aplicação do direito penal ao caso concreto; ou seja, quando se aplica medida de segurança e pena, fundada na mesma prática delituosa, tem-se a duplicidade da pena no mesmo indivíduo.

A falência do sistema duplo binário tem como causa “o fato de nunca ter sido possível distinguir, na execução, pena privativa de liberdade, da custódia de segurança.

Deve-se também à precariedade do juízo de periculosidade, bem como à inexistência de estabelecimentos e de pessoal técnico” (FRAGOSO *in* CARVALHO, 2013: p.505-6).

A partir da reforma de 1984 do Código Penal brasileiro [Decreto-Lei nº 2.848/40], institui-se a aplicação do sistema vicariante, com a separação e não cumulatividade da aplicação de pena e da medida de segurança, garantido, assim, que se aplique pena ou medida de segurança, nunca ambas. O Código Penal pós-reforma de 1984 cuida, ainda que de forma breve, das medidas de segurança em seus artigos 26, 96 e 97. Jacobina (2008: p. 132) aponta que a medida de segurança é um dos temas do Direito que apresentam conflitos doutrinários em sua definição, sendo que “para alguns autores, como Damásio de Jesus, consideram-na como sanção penal”, todavia, “outros, como Ferrari, vêem nela apenas uma medida política aplicável para possibilitar um tratamento adequado para reinserção social do sujeito que, ao cometer fato típico, demonstre presumida periculosidade social”.

O art. 26 trata sobre a inimputabilidade, ao isentar de pena o agente que, ao tempo da ação ou da omissão, seja inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato praticado, por ter doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

Seguindo, o art. 96 prevê as espécies de medidas de segurança, que são disciplinadas nos dois incisos subsequentes, podendo ser aquela disposta no primeiro inciso, que é a “internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado”⁴⁶ ou a disposta no segundo inciso, que cuida da “sujeição a tratamento ambulatorial”.

Já o art. 97 complementa o art. 26, disciplinando que “se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação” e se “o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial”. Os quatro parágrafos do art. 97 trazem, respectivamente, os prazos mínimos de internação (parágrafo primeiro⁴⁷), a

⁴⁶ Para Jacobina (2008: p.100) “não há como defender que a medida de segurança tem natureza sanitária e não-punitiva, sem evidenciar a contradição de um *hospital* submetido ao sistema *penitenciário* e não ao *Sistema Único de Saúde*”.

⁴⁷ Art.97, §1º, do CP: “A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos”.

periodicidade de realização da perícia médica (parágrafo segundo⁴⁸), a forma de se realizar a desinternação ou liberação condicional (parágrafo terceiro⁴⁹) e a hipótese de internação do agente em tratamento ambulatorial (parágrafo quarto⁵⁰).

Outro diploma importante para compreensão das medidas de segurança é o Código de Processo Penal [Decreto-Lei nº 3.689/1941], que disciplina dentre as causas de absolvição do réu, previstas no art. 386, a hipótese do inciso VI, que estabelece que o juiz absolverá o réu desde que reconheça existirem circunstâncias que o isentem de pena, elencando a hipótese prevista no art. 26 do Código Penal.

Carvalho (2013: p. 500-1) leciona que a absolvição prevista no art. 386, VI, do CPP, é conhecida como absolvição imprópria ou *sui generis*, vez que “apesar de afirmada a inexistência do crime, o autor do fato é *submetido coercitivamente* à medida de segurança, situação que demarca sua sujeição às agências estatais responsáveis pela execução da decisão judicial (agencia manicomial)”. Complementa argumentando que

a classificação do autor da conduta considerada como ilícita como imputável ou inimputável e a consequente definição da resposta jurídica cabível (pena ou medida de segurança) decorrem de uma opção política (político-criminal), posteriormente legitimada pela ciência jurídico-penal (dogmática penal), por fragmentar o sistema de responsabilidade criminal em dois distintos discursos de fundamentação: sistema de culpabilidade (imputabilidade/pena) e sistema de periculosidade (inimputabilidade/medida de segurança); (CARVALHO, 2013: p. 500-1).

O instrumento para aferição da inimputabilidade do feitor de determinada conduta definida como crime é denominado de “incidente de insanidade mental” e está disciplinado a partir do art. 149 do Código de Processo Penal, que traz na hipótese da dúvida sobre a integridade mental do acusado a designação, a pedido ou de ofício, de exame médico-legal para se verificar a periculosidade. Tal periculosidade entendida, “na sistemática dos Códigos Penal e de Processo Penal, como um *estado de antissociabilidade* que permite realizar um *juízo de probabilidade de delinquência futura* baseado nos déficits psíquicos do periciando” (CARVALHO, 2013: p. 502), tratando-se de procedimento “*extremamente*

⁴⁸ Art.97, §2º, do CP: “A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução”.

⁴⁹ Art.97, §3º, do CP: “A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade”.

⁵⁰ Art.97, §4º, do CP: “Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos”.

invasivo e potencialmente restritivo da liberdade pessoal do réu” (JACOBINA, 2008: p. 116).

Costa (2013: p.32) elucida que “a periculosidade se tornaria, então, o principal atributo do louco, justificando a necessidade de segregação em nome da ‘defesa social’” e ressalta que inexistem “evidências científicas que sustentem a periculosidade de um indivíduo como uma condição vinculada à classificação psiquiátrica para o sofrimento mental”. Tal posição se reforça com o argumento de que o reconhecimento da periculosidade produz efeito sancionatório, conforme argumenta Carvalho (2013: p.502) a consequência da periculosidade ser entendida como um estado ou um atributo natural implica que o sujeito “carrega consigo uma potência delitiva que a qualquer momento pode se concretizar em um ato lesivo contra si ou contra terceiros”. Nesse ponto, em que se discute a malfadada “periculosidade”, importante é a posição defendida por Jacobina (2008: p.132) que argumenta no seguinte sentido “ora, como em tese qualquer pessoa viva tem a potência, a capacidade e a aptidão ou idoneidade para converter-se em causas de ações danosas, não faltam autores para apontar a imprecisão de tal conceito”.

Colocando em dúvida a constitucionalidade do direito penal do inimputável, que se baseia na periculosidade e não na culpabilidade, Jacobina (2008: p. 98) questiona: “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 personalidade (a pena não deve passar da pessoa do condenado) se o louco deve ser *absolvido* e depois *apenado*?”. Ao final, obtempera defendendo que:

para que fosse constitucional julgar alguém após reconhecê-lo mentalmente enfermo, a ponto de não ter noção do que faz ou de não poder conduzir-se de acordo com essa noção, sob o fundamento da periculosidade social, seria preciso que a Constituição dissesse que *ninguém será considerado culpado ou perigoso socialmente até o trânsito em julgado de sentença penal condenatória ou de sentença penal absolutória que reconheça tal periculosidade, nos termos da lei.* (JACOBINA, 2008:p.98-9).

Jacobina (2008: p. 99) salienta que em que pese parecer “*profano*” para os constitucionalistas, pelo grau de insegurança jurídica da definição acima exposta, esse é “o texto que vem sendo aplicado para aqueles tidos como *loucos perigosos* pela Justiça”. Arremata explicitando que é óbvio que nenhuma pena pode ser imposta a quem for absolvido e que também é óbvio que impor a alguém uma internação em ambiente manicomial, sem prazo fixado, é um sancionamento de natureza penal, “ainda que sob o

disfarce de uma sanção terapêutica”; ainda mais, quando a “comunidade científica e o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) vêm negando o caráter terapêutico do internamento, fica claro que a medida é estritamente punitiva e, portanto, de problemática constitucionalidade”.

O art. 97 do CP, em seu primeiro parágrafo, cuida de fixar o mínimo de tempo para a internação e define como indeterminada a possibilidade de internação ou tratamento ambulatorial, pensando que se alcançaria resposta positiva ao tratamento que culminaria na desinternação do paciente, após a constatação da cessação da periculosidade. Todavia, em que pese fazer sentido o raciocínio empreendido pelo legislador, na prática, a previsão legal da indeterminação do “tratamento” se consubstanciou em um verdadeiro engodo, legitimando, inclusive, penas de caráter perpétuo, além do que fixar um mínimo de tempo para a internação não é razoável se pensarmos que qualquer tratamento médico não tem previsibilidade de duração fixa, pela própria mutabilidade do ser humano.

Ainda sobre a indefinição do limite máximo da medida de segurança, Carvalho (2013: p. 503) argumenta que essa situação é o “que legitima, na realidade o sistema manicomial brasileiro, a possibilidade de perpetuidade da sanção – não inibe, porém, a determinação de um prazo mínimo” inserindo subliminarmente “uma *tarifa retributiva* de sanção aos inimputáveis pelo cometimento do ilícito”, ou seja, “mesmo ocorrendo a cessação de periculosidade antes desse prazo, fato que tornaria sem sentido a manutenção da medida em sua finalidade terapêutica, o paciente deve necessariamente permanecer submetido ao controle penal”.

Por fim, importante questão a ser pensada consubstancia-se no efeito da promulgação da Lei nº 10.216/2001 em relação ao Código Penal, ao Código de Processo Penal e à Lei de Execução Penal. Jacobina (2008: p. 108) sustenta que há derrogação da Lei de Execução Penal nos tópicos que tratam sobre as medidas de segurança como decorrência da publicação da Lei nº 10.216/2001, em razão de seu teor aplicar-se “aos pacientes que cometeram ou não fato descrito como crime na lei penal”, o que também atinge o Código Penal e o Código de Processo Penal.

Ainda que a Lei nº 10.216/2001 não tenha explicitado a revogação das leis que a contrariarem, fato é que a Lei de Introdução às normas de Direito Brasileiro [Decreto-Lei nº 4.657/1942, de 4 de setembro de 1942 com a última redação dada pela Lei nº

12.376/2010] estabelece em seu segundo artigo que “a lei terá vigor até que outra a modifique ou revogue” e seu primeiro parágrafo resolve o conflito quando disciplina que “a lei posterior revoga a anterior quando expressamente o declare, quando seja com ela incompatível ou quando regule inteiramente a matéria de que tratava a lei anterior”, nos parecendo tratar das duas últimas hipóteses de revogação prevista pela Lei, o que atinge as partes relacionadas as medidas de segurança dos Códigos Penal, Processual Penal e da Lei de Execução Penal em razão da publicação da Lei nº 10.216/2001.

Jacobina (2008: p.110) elenca, como exemplos⁵¹, vários dispositivos que foram revogados pela Lei nº 10.216/2001, dos quais destaco aqueles que “determinam a *presunção de periculosidade do louco* e o seu tratamento em função do tipo de delito que cometeu (se punido com detenção ou reclusão)”. Tais dispositivos, claramente conflituosos com os postulados trazidos pela Lei nº 10.216/2001, estão revogados e não poderiam mais gerar efeitos contrários à disposição legal mais recente, específica e garantista, tornando sua aplicação ato de manifesta ilegalidade.

3.2. O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator - PAILI

A história goiana de “tratamento” do louco se constituiu até os anos dois mil, em uma realidade que não fugia a regra do que acontecia e até os dias atuais acontece em vários estados brasileiros. Havia na capital de Goiás, até o final da década de noventa, um Hospital Psiquiátrico, nominado de Adauto Botelho, que por mais de quarenta anos não fugiu ao sistema dos Manicômios e HCTS. Tal contexto e sistemática são evidenciados no Caderno de Saúde Mental, por uma das falas do Prof. Elias Rassi Neto (2000: p.67-8) que ao lembrar da sua época de internato na década de 80, em que atendia como plantonista no referido Hospital, diz que o que lá se via “eram cinquenta, sessenta e setenta internos

⁵¹ Exemplificando cita Jacobina (2008: p.110) que “os §§ 1º e 2º do art. 97, com seus prazos mínimos obrigatórios para realização e repetição de regimes (com seus correlatos arts. 175 a 179 da Lei de Execução Penal), incompatíveis com o princípio da utilidade terapêutica do internamento, previsto no art. 4º, §1º, da Lei da Reforma Psiquiátrica, ou com o princípio da desinternação progressiva dos pacientes cronificados (art. 5º da Lei da Reforma Psiquiátrica). Além disso, os direitos mínimos garantidos na Lei de Execução Penal àquele que cumpre medida de segurança (art. 99, parágrafo único, da Lei de Execução Penal) confrontam com aqueles, *muito mais amplos*, assegurados no art. 2º da Lei da Reforma Psiquiátrica, e a classificação do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico como estabelecimento penal (Título IV, Capítulo VI, da Lei de Execução Penal) está em desacordo com os princípios do SUS, constitucionais e infraconstitucionais”.

tomando banho nus, de mangueira, comendo sem talheres...” e finaliza dizendo do choque de tal experiência⁵².

O Programa de Atenção integral ao Louco Infrator – PAILI é pensado após a promulgação da Lei nº 10.216/2001, ocasião em que se estabeleceu pelo Congresso, além das novas regras nela postas, a possibilidade de discutir e repensar a execução das medidas de segurança, vez que a nova lei, fruto de intenso debate e luta social, conforme evidenciado nos capítulos anteriores, positivou uma gama de direitos e deveres básicos para as pessoas com transtornos mentais, não retirando dessa gama de direitos aquelas que estão em conflito com a lei.

Haroldo Caetano da Silva (2013: p. 10), um dos idealizadores do programa, evidencia que, em um primeiro momento, o PAILI surge com o objetivo de fazer um diagnóstico das medidas de segurança no Estado de Goiás; partindo “das iniciativas do Ministério Público e do trabalho das entidades ligadas à saúde mental, particularmente do Fórum Goiano de Saúde Mental e do Conselho Regional de Psicologia, o Estado de Goiás institui o PAILI”, que se vincula à Secretaria de Estado da Saúde.

Passada essa primeira fase de levantamento de dados e realização de relatórios, a Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia passa a buscar a reconfiguração do PAILI para que o referido programa possa absorver e coordenar a execução das Medidas de Segurança no Estado de Goiás.

Silva (2013: p. 10-1) explica que o principal argumento defendido pela Promotoria da Execução Penal em sua articulação para reconfigurar o PAILI, com o objetivo acima exposto, era que “se a medida de segurança não tem caráter punitivo – e de direito não tem – a sua feição terapêutica deve preponderar”, ou seja, “a questão deixa de ser focada unicamente sob o prisma da segurança pública e é acolhida definitivamente pelos serviços de saúde pública”.

Em sua proposta de redirecionamento do PAILI, o Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ser o espaço em que a pessoa com sofrimento mental deverá ser tratada, mudando frontalmente a realidade anteriormente vivida no Estado de Goiás, que não foge à regra da

⁵² Destaca-se o premiado filme *Passageiros da segunda classe*, disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=ZFBpvFwP9hM&feature=youtu.be>>, que por meio de um importante registro audiovisual expõe as mazelas ocorridas dentro dos muros do Hospital Psiquiátrico.

realidade brasileira, em que simplesmente se amontoavam homens e mulheres com transtornos mentais em espaços fechados por muros, que muito se assemelham a depósitos e em regra ficam isolados da sociedade.

Silva (2013: p. 11) relata que no dia 26 de outubro de 2006, o PAILI assumiu oficialmente “a função idealizada pelo Ministério Público do Estado de Goiás, à qual aderiram os diversos órgãos que naquela data subscreveram o histórico ato de implementação do PAILI”, registrando “o marco inicial do resgate de uma grande dívida para com as pessoas submetidas à medida de segurança”, mediante “a construção coletiva de um processo visando à implementação da reforma psiquiátrica nesse campo historicamente caracterizado pela violação de direitos fundamentais da pessoa humana”.

Lúcio Costa (2014: p. 81) destaca que, “embora oficialmente instituído em 2006, desde 2003 o PAILI já desenvolvia iniciativas com vistas a reorientar o atendimento à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei”, trabalho que é iniciado, segundo apontamento do mesmo autor, pela “forte pressão feita tanto pelo Ministério Público do Estado como por entidades ligadas à luta antimanicomial para o entendimento acerca do impedimento legal de recolhimento de pacientes psiquiátricos em prisões”.

No ano de 2009, se reconheceu o avanço da prática transformadora produzida, premiando o idealizador do PAILI, Haroldo Caetano da Silva, com o prêmio Innovare, na categoria Ministério Público. Silva (2013, p. 12) elucida que se trata do

resultado da conciliação, num verdadeiro concerto entre os diversos órgãos envolvidos com a matéria, em ambiente que contou com a participação ativa da sociedade, o PAILI constitui-se hoje em política pública consolidada, reconhecida nacionalmente e por órgãos de relevo, como os Ministérios da Saúde e da Justiça, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC), o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), dentre outros, sendo referência para muitos Estados brasileiros, que se espelham no modelo corajosamente implementado em Goiás para construir políticas públicas voltadas ao resgate da dignidade e dos direitos humanos fundamentais de mulheres e homens submetidos à medida de segurança.

O PAILI é responsável por supervisionar e acompanhar o tratamento da pessoa com sofrimento mental, infrator de determinado tipo penal, na rede de atenção à saúde mental, que “compreende os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS, serviços residenciais terapêuticos” (SILVA, 2013: p. 25) e viabiliza a comunicação do paciente com o

Magistrado condutor da medida de segurança, disponibilizando as informações necessárias para o processo judicial. Importante destacar que para cada paciente é aplicado um projeto terapêutico individualizado, “com a melhor e mais adequada assistência psicossocial, livre da burocracia típica dos procedimentos judiciais, o que concorre sobremaneira para a realização do objetivo maior: a reinserção do paciente à família e à sociedade” (SILVA, 2013: p. 25).

Costa (2014: p. 79) destaca que a Secretária de Saúde do Estado de Goiás se posicionou quanto ao Programa de forma positiva, elucidando que o mesmo “foi criado para acolher a demanda judicial dos casos da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, procedendo avaliação jurídica, clínica e psicossocial, acompanhando o caso, realizando a mediação entre o ato jurídico, a saúde e a sociedade”, buscando a reinserção e a não reincidência da pessoa com doença mental em conflito com a lei.

As equipes da rede de atenção à saúde mental contam com autonomia para analisarem e colocarem em prática a melhor terapêutica possível, independentes da necessidade de decisões judiciais para mudanças no tratamento dos pacientes. Todo o processo terapêutico é acompanhado pelos profissionais do PAILI, que se comprometem com a articulação e a interlocução de toda a rede com a Justiça criminal, sendo a equipe do PAILI multiprofissional, “integrada por advogados, assistentes sociais, psicólogos, acompanhantes terapêuticos, médicos psiquiatras e auxiliares administrativos, todos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde” e “assume a tarefa de acompanhar o paciente na realização de interesses importantes como, por exemplo, para a obtenção de documentos pessoais, benefícios previdenciários e assistenciais, junto aos diversos órgãos da Administração Pública” (SILVA, 2013: p. 27).

Cirqueira (2011: p. 88) argumenta que “no aspecto teórico, técnico, em sua origem, o PAILI tem como referência o *Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) do Tribunal de Justiça de Minas Gerais*”. Silva (2013: p. 28) defende que o Programa “é inovador, pioneiro e inédito na sua conformação, embora inspirado inicialmente na experiência mineira do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) que, diversamente do congênere goiano, é vinculado e subordinado ao Tribunal de Justiça”.

Conforme apontado por Cirqueira (2011: p. 88) o PAI-PJ foi fundado no Estado de Minas Gerais nos anos 2000 como um programa pioneiro na proposta metodológica de atenção integral à pessoa com sofrimento mental em conflito com a lei e assevera que Barros (2010: p. 19) define esta metodologia como sendo “um ‘acompanhamento atento às soluções do sujeito no tratamento de seu sofrimento e às suas pequenas invenções [viabilizadoras ou não] de sociabilidade’, levando em conta a ‘singularidade clínica e social dos sujeitos atendidos’”.

Nesse viés, Barros-Brisset (2010: p. 28) explica que o PAI-PJ “funciona como um dispositivo conector, agregando em torno do acompanhamento do paciente judiciário as ações da autoridade judicial, do Ministério Público e da Rede de Saúde Mental e Social de cada caso”, se orientando pelos postulados da Lei nº 10.216/2001 e se estruturando de forma intersetorial⁵³, “através da parceria do Judiciário com o Executivo e com a comunidade, de forma geral, promovendo o acesso à Rede Pública de Saúde e à Rede de Assistência Social, de acordo com as políticas públicas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental”.

Referente à sua área geográfica de atuação, Barros-Brisset (2010: p. 28), em sua obra de 2010, aponta a busca para “encontrar um caminho que também consiga alcançar, para além da Comarca de Belo Horizonte, os incontáveis indivíduos que permanecem enterrados e emudecidos, sentenciados à indeterminação de uma medida de segurança”. Verificando o domínio eletrônico do PAI-PJ⁵⁴, nota-se que o Programa conta com dois núcleos, um supervisor sediado na capital mineira e outro, regional, sediado em Barbacena-MG, ressaltando que consta conta no referido domínio eletrônico que o PAI-PJ tem atuação em todo o território do Estado.

Ainda no que tange à diferença do PAI-PJ para o PAILI, Cirqueira (2011: p.89) destaca que a não vinculação do Programa goiano à Secretaria de Justiça, como é vinculado o Programa mineiro, e sim à Secretaria de Saúde, “é reflexo de uma disputa secular quanto à competência administrativa à qual deve estar atrelado [a]o trabalho e a lida com a pessoa portadora de transtorno mental com histórico de ato infracional” e deixa claro que “a opção pela área da saúde como recurso de práxis do PAILI significa a

⁵³ Barros-Brisset (2010: p. 29) explicita que “a equipe interdisciplinar do programa é composta de psicólogos judiciais, assistentes sociais judiciais, assistentes jurídicos e estagiários em psicologia”.

⁵⁴ Disponível em: < http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/index.html>, acesso no dia 04 de novembro de 2016.

utilização do trabalho desta área de conhecimento como recurso do SUS para atender às demandas do referido programa”.

Ressaltando valorosa observação de Diniz (2013: p. 20-1), que assevera que “embora pertençam a instituições distintas – PAILI à Secretária de Saúde e PAI-PJ à Secretária de Justiça –, os programas têm objetivos semelhantes, isto é, acompanhar regularmente a aplicação das medidas de segurança” obedecendo o que preconiza a Lei nº 10.216/2001.

Silva (2013: p. 26) defende que não mais há que se falar em periculosidade, “conceito superado com o advento da Lei Antimanicomial, devendo-se averiguar periodicamente, todavia, o processo de reintegração social do sujeito”, sendo desnecessária a realização daquilo que fora conhecido como perícia de cessação de periculosidade. A ultrapassada perícia foi substituída pela avaliação psicossocial, que, dentre outros quesitos possivelmente formulados pelo Juiz, traz os seguintes:

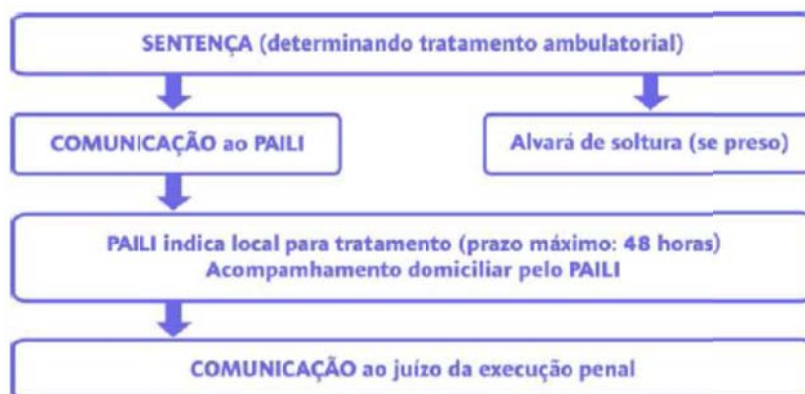
- a. Há quanto tempo o paciente é acompanhado pelo PAILI?
- b. Quais serviços da rede de atenção em saúde mental vêm sendo utilizados pelo paciente?
- c. Como foi a adesão do paciente ao tratamento?
- d. Onde reside o paciente? Mora só ou com familiares? Tem companheira? Tem filhos?
- e. O paciente faz uso de medicamentos? Quais?
- f. O paciente trabalha? Em que atividade?
- g. O paciente recebe algum benefício previdenciário ou assistencial? Qual (ou quais)?
- h. Houve algum evento, durante o acompanhamento do paciente pelo PAILI, que demonstrasse falha no tratamento a ele dispensado?
- i. A rede de atenção em saúde mental do município está em condições de continuar o acompanhamento do paciente independentemente da supervisão do PAILI?
- j. Há outras informações que sejam relevantes para a análise da situação psicossocial do paciente? (Silva: 2013, p. 26-7)

Para visualizar a atuação do PAILI, vejamos fluxogramas extraídos da obra de Silva (2013: p. 44):

ANEXO A DO CONVÊNIO: INTERNAÇÃO



ANEXO B DO CONVÊNIO: TRATAMENTO AMBULATORIAL



O fluxograma completa-se com o exposto por SILVA (2009) que descreveu o Programa por ocasião da sua análise como prática inovadora junto ao Instituto Innovare, em que consta que seu funcionamento observa as seguintes etapas:

- Juiz criminal aplica a medida de segurança e faz a comunicação ao PAILI;
- Se o paciente está preso, o PAILI busca a vaga para a internação junto à rede conveniada ao SUS;
- O PAILI operacionaliza o recambiamento do paciente da casa de detenção para a clínica psiquiátrica;
- O PAILI realiza um estudo sobre o caso, individualizando a execução da medida de segurança;
- O PAILI acompanha o paciente na clínica psiquiátrica e dá início ao acompanhamento psicossocial também de sua família;
- Uma vez indicada a possibilidade de desinternação, mediante laudo médico circunstanciado, o PAILI providencia meios para a inclusão do paciente em tratamento ambulatorial, com suporte da família;
- Emite-se relatório ao juízo da execução penal;
- Verificadas condições para o reconhecimento da cessação de periculosidade, o PAILI emite relatório ao juízo da execução penal, para os procedimentos devidos;
- A

qualquer momento, havendo a necessidade de orientações quanto ao encaminhamento da execução, o PAILI entra em contato direto com o juízo da execução penal.

Após entender seu funcionamento, passamos à análise dos dados que foram obtidos junto à administração do PAILI⁵⁵, que versam sobre os pacientes tratados nos períodos de 2009 até 2013 e dão conta de informações das 380 (trezentas e oitenta) pessoas que foram atendidas e acompanhadas pelo Programa:

Tabela 3 - Total de pacientes vinculados

380

Os tipos penais mais frequentes praticados pelos pacientes do programa foram o homicídio e o furto/roubo, totalizando 69% do total dos tipos penais em que foram enquadrados os pacientes, o que representa 262 pessoas.

Tabela 4 - Tipos penais que os pacientes foram enquadrados

Homicídio	29,4%
Roubo/Furto	22,8%
Tentativa de homicídio	16,8%
Estupro	10,1%
Tráfico de drogas	1,6%
Sequestro	0,3%
Outros	18,7%

Dos pacientes que foram tratados, grande parte dos mesmos são homens, totalizando 360 (94,8%) pessoas, sendo identificadas apenas 20 mulheres, o que representa 5,2% do total de pessoas tratadas/em tratamento.

⁵⁵ Os dados ora apresentados nos foram entregues pela Coordenadora do PAILI em visita realizada a sede do programa, situada na capital goiana, e tem como base os registros dos pacientes acompanhados. Tais dados são corroborados e apresentam grande semelhança com os evidenciados na dissertação defendida por Lucio Costa na Universidade Federal de São Carlos em 2014, cuja referência bibliográfica consta no final desse escrito, sendo os mencionados dados tratados pelo autor no item 2.5.2. “Mecanismos de inserção no Programa e atendimento”, encontradiço nas fls. 82-4 da mencionada obra.

Tabela 5 – Sexo registrado dos pacientes

Homens	94,8%
Mulher	5,2%

Dos locais em que se julgaram os delitos praticados, mais da metade dos processos que foram determinadas Medidas de Segurança e o Programa intermediou a execução das mesmas foram processados no interior do Estado, sendo atingido o total de 220 pessoas processadas (57,8%), enquanto no município capital do Estado, 160 foram os processados que foram acompanhados (42,2%) pelo programa.

Tabela 6 - Comarca de julgamento do processo dos pacientes

Capital	42,2%
Interior	57,8%

Dos pacientes vinculados ao programa, foram 248 os pacientes com transtornos mentais que tinham idades compreendidas entre 18 e 40 anos, representando um total de 65,2 % do total geral.

Tabela 7 - Faixa etária dos pacientes

18 – 30 anos	26,4%
31 – 40 anos	38,8%
41 – 50 anos	20,1%
51 – 60 anos	9,2%
Acima de 60 anos	5,5%

Com relação à escolaridade, mais da metade dos pacientes atendidos pelo programa tinham, no máximo, concluídos a 1ª fase do Ensino Fundamental, o que totaliza 51,7% do todo e representa 196 pessoas nessas condições.

Tabela 8 - Escolaridade dos pacientes

Sem escolaridade	15,4%
1ª fase do ensino fundamental	36,3%
2ª fase do ensino fundamental	13,5%
Ensino médio incompleto	5,2%
Ensino médio completo	3,3 %
Graduação incompleta	1,9%
Graduação completa	0,8%
Não consta	23,6%

A taxa de reincidência de 2009 até 2013, foi computada em 5,3% do total, ou seja, apenas 20 dos 380 pacientes vinculados ao programa voltaram a cometer delitos após seu tratamento.

Tabela 9 - Reincidência dos pacientes

5,3%

Costa (2014: p.83) elucida que, segundo foi informado pela coordenação do Programa, “a razão prevaiente dos casos de reincidência é, em sua esmagadora maioria, decorrente do rompimento com o tratamento, associado ao uso de drogas”, e que “os crimes que geram reincidência são considerados de baixo potencial ofensivo, a exemplo de pequenos furtos”.

Outros importantes dados que nos foram fornecidos pela coordenação do Programa dão conta do panorama do PAILI em maio de 2015, que contava com 310 pessoas que recebiam atenção e tinham seu tratamento intermediado:

Tabela 10 - Pacientes vinculados ao programa

Presos	22
Internados	33

Não localizados	12
Tratamento ambulatorial	243
Total de paciente em tratamento	310

Do total de pacientes vinculado ao programa, 78,39% (243) pessoas recebiam tratamento ambulatorial, 7,09% (22) encontravam-se presos e 10,64% (33) pessoas encontravam-se internadas.

Tabela 11 - Situação dos pacientes encaminhados ao programa

Em acompanhamento	310
Medida de segurança extinta	111
Falecidos	35
Total de pacientes encaminhados ao programa	456

Em 2015, os pacientes atendidos ou em atendimento no programa totalizaram 456 pessoas, sendo que, dessas, 310 (67,98%) estavam em tratamento, e 111 (24,34%) encontravam-se com a medida de segurança extinta.

Tabela 12 - Total de municípios goianos que aderiram ao programa

85

Por fim, destaca-se que dos 246 municípios do Estado de Goiás, 85 (34,55%) já tinham firmado convênio com o programa. Costa (2014: p. 82) explica que o termo de adesão que é firmado entre o município e o PAILI, atualmente, “não é mais usado como critério para que o município seja incorporado ao PAILI e todos os municípios de Goiás, quando necessário, têm o Programa como referência para tratar das questões voltadas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei”.

3.3. O Censo de 2011: dados sobre a custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil

Uma importante e pioneira pesquisa coordenada por Debora Diniz em 2013 trouxe à lume um retrato das pessoas que estavam internadas em 2011 em algum dos vinte e seis Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) espalhados pelo Brasil, que até hoje seguem a mesma lógica perversa dos séculos passados, em que se amontoam pessoas e as deixam à sua própria sorte.

As exceções são apenas os estados do Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins, que não possuem ECTPs; porém, dos Estados que não contam com ECTPs, apenas Goiás conta com um programa específico para acompanhamento das medidas de segurança, sendo provável que nos outros Estados, que não têm estruturas de ECTPs, as pessoas com sofrimento mental estejam em delegacias, presídios ou outras instituições de custódia.

Ressalta a pesquisadora (DINIZ, 2013: p 21) que na outra experiência que se tem de programa de atenção integral a pessoa com sofrimento mental, PAI-PJ, na sua área de abrangência [Minas Gerais], tal programa “com três ECTPs, localizados nas cidades de Barbacena, Juiz de Fora e Ribeirão das Neves, onde o cumprimento das medidas de segurança ocorrem em restrição de liberdade”.

Debora Diniz (2013, p. 13) evidencia que os invisíveis, loucos infratores, que vivem em ECTPs no ano de 2011 totalizavam 3.989 homens e mulheres, sendo que, para esses, as conquistas da Reforma Psiquiátrica dos anos 2000 não foram viabilizadas, tampouco foram resgatados dos hospitais psiquiátricos. Mais grave é que mesmo com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, “os hospitais para loucos infratores resistiram para à reforma psiquiátrica; alguns foram, inclusive, inaugurados após a Lei 10.216 de 2001, ocasião em que houve a reorientação do cuidado com a loucura – do modelo asilar para o ambulatorial”.

Nesse ponto, importante destacar a interpretação feita por Costa (2014: p. 63), que explicita que em pelo menos 26% dos Estados visitados se descumprem “a regulação da reforma psiquiátrica, demonstrando que a implementação dessa nova perspectiva de cuidado extrapola a definição de diretrizes legais”; ou seja, mais de um quarto dos Estados brasileiros categoricamente ignoraram a nova lei e inauguraram aquilo que por ela é textualmente vedado.

Uma das maiores ilegalidades encontradas por Diniz (2013: p.13) foi à existência de dezoito indivíduos internados em ECTPs no Brasil por mais de trinta anos, fato que de uma só vez viola frontalmente a dignidade dessas pessoas humanas, bem como os postulados legais previstos na Constituição Federal de 1988, art. 5º, XLVII de que “não haverá penas”, “b) de caráter perpétuo” e “e) cruéis”, bem como ao art. 75 do Código Penal, que expressamente proíbe o cumprimento de penas privativas de liberdade superiores a 30 (trinta) anos.

Ainda no plano das ilegalidades flagrantes, Diniz (2013: p. 14) explicita que 21% (vinte e um por cento) da população em medida de segurança no Brasil, o que totaliza 606 pessoas, estão internadas “há mais tempo que a pena máxima em abstrato para a infração cometida”, e posiciona-se a autora (2013: p. 14) no sentido de “que o direito a estar no mundo é um direito humano, e o mais diretamente violado pelo regime de asilamento compulsório e pelo tempo indeterminado imposto pela medida de segurança no Brasil”.

Diniz (2013: p.14) evidencia que “não há evidências na literatura internacional que sustentem a periculosidade de um indivíduo como uma condição vinculada à classificação psiquiátrica para o sofrimento mental”, sendo que o “diagnóstico psiquiátrico e o tipo de infração penal não andam juntos: indivíduos com diferentes diagnósticos cometem as mesmas infrações”, ou seja, a “periculosidade é um dispositivo de poder e de controle dos indivíduos, um conceito em permanente disputa entre os saberes penais e psiquiátricos”.

Apresenta a autora (2013: p.14) o que considerou como resultado mais importante do Censo produzido, o de que “não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos. O diagnóstico psiquiátrico não é determinante para a infração penal cometida pelo louco”. Outro dado que veio à tona e demonstra o absurdo modelo penal-psiquiátrico de asilamento é que:

Pelo menos 741 indivíduos não deveriam estar em restrição de liberdade, seja porque o laudo atesta a cessação de periculosidade, seja porque a sentença judicial determina a desinternação, porque estão internados sem processo judicial ou porque a medida de segurança está extinta. Isso significa que um em cada quatro indivíduos internados não deveria estar nos estabelecimentos de custódia. Não incluímos no censo os indivíduos em processo de desinternação progressiva que se encontram fora dos estabelecimentos, o que torna ainda mais desconcertante o dado de que 55 indivíduos têm a medida de segurança extinta e se mantêm em regime asilar de restrição de direitos. Esse número é um cenário conservador para efeitos de um retrato nacional da situação desses indivíduos, pois não avaliamos a qualidade dos laudos médicopericiais ou os argumentos das sentenças judiciais. E, se considerarmos os indivíduos internados com laudos

psiquiátricos ou exames de cessação de periculosidade em atraso, são 1.194 pessoas em situação temporária ou em medida de segurança que não sabemos se deveriam estar internadas. As razões da permanência são desconhecidas para nós, mas podem ser especuladas como parte de um extenso descaso com a combinação entre pobreza e sofrimento mental no Brasil. (DINIZ, 2013: p. 16)

Comparando o quantitativo de pessoas que não deveriam estar em restrição de liberdade (741) com o total dos internados (3.989), chega-se a 18,57% (dezoito vírgula cinquenta e sete por cento) do todo. Além disso, existem 1.194 pessoas que não se sabe se deveriam estar internadas, visto que estão atrasados os seus exames de cessão de periculosidade e/ou os laudos psiquiátricos, o que se comparado com o total de internados (3.989), chega-se a 29,93% (vinte e nove vírgula noventa e três por cento) do todo analisado.

Diniz (2013: p.17) explicita que o censo encontrou algo muito atroz: “pelo menos um em cada quatro indivíduos não deveria estar internado; e para um terço deles não sabemos se a internação é justificada. Ou seja, para 1.866 pessoas (47%), a internação não se fundamenta por critérios legais e psiquiátricos”.

Observando os dados apresentados por Diniz (2013: p. 35-58), nota-se que da população total internada em ECTPs, 92% (noventa e dois por cento) são homens, 51% (cinquenta e um por cento) têm idade compreendida entre 25 até 39 anos, 44% (quarenta e quatro por cento) são pretos e pardos, 77% (setenta e sete por cento) são solteiros, 66% (sessenta e seis por cento) são analfabetos ou com escolaridade até o ensino fundamental incompleto, 16% (dezesesseis por cento) não tinham profissão, 76% (setenta e seis por cento) das pessoas internadas estavam em sua primeira internação, 71% (setenta e um por cento) foram declarados inimputáveis pela autoridade judicial.

Nota-se, ainda, no que se refere à população em medida de segurança nos ECTPs, que 72% (setenta e dois por cento) dos crimes praticados foram contra a vida ou o patrimônio, que 25% (vinte e cinco por cento) dos indivíduos praticaram infrações penais anteriores à atual medida de segurança, que 41% (quarenta e um por cento) encontram-se com o exame de cessação de periculosidade atrasado e que 7% (sete por cento) já contam com sentença para desinternação, porém continuam ilegalmente internados.

3.4. Confrontando dados

Analisando os dados obtidos junto à administração do Programa de Atenção Integral ao Louco infrator e o censo de 2011, coordenado pela Dr. Debora Diniz, nota-se que em ambos os casos mais de 90% (noventa por cento) da população ocupante dos espaços analisados se constitui por homens, mais de 65% (sessenta e cinco por cento) das condutas delitiva atribuídas aos pacientes do PAILI e aos internos dos ECTPs são de crimes contra a vida ou contra o patrimônio, mais da metade das pessoas relacionadas nos estudos estão compreendidas na faixa etária entre 18 e 40 anos e têm no máximo a 1ª fase de ensino fundamental completa.

Confrontando os dados que retratam a realidade nacional (censo de 2011) e os dados que retratam a realidade do Estado de Goiás, nota-se que uma das poucas variáveis que apresentam disparidade na análise é a questão da reincidência, que dos pacientes vinculados ao PAILI são de 5,3% (cinco vírgula três por cento)⁵⁶ e do censo nacional são de 25% (vinte e cinco por cento). Assim, tendo como referência os dados nacionais, veremos que o programa goiano tem uma taxa de reincidência 78,8% (setenta e oito virgula oitenta por cento) menor que a média nacional e, se tivermos como referência o programa goiano, chegaremos à conclusão de que a taxa de reincidência nacional é 371,69 (trezentos e setenta e um virgula sessenta e nove), mais elevada que a goiana.

Evidente que na análise ora apresentada, quando dizemos que a única variável que apresenta grande disparidade é a reincidência, não estamos falando que os métodos empregados pelos modelos dos ECTPs são parecidos com o do PAILI; muito pelo contrário, o que queremos evidenciar é que os dados dão conta de que vários dos pontos quantificados e pesquisados se assemelham (sexo, faixa etária, escolaridade, tipo penal capitulado...), todavia há uma grande diferença na taxa de reincidência. O que em nossa

⁵⁶ Referente à reincidência cumpre-nos advertir que apesar de pequena e, em regra, serem praticados atos infracionais de categoria leve, existem pouquíssimas exceções como a do conhecido caso de Carlos Eduardo Sundfeld Nunes – Cadu, que matou o cartunista Glauco Vilas Boas e seu filho. Ressalta-se, que tal caso teve ampla e profunda divulgação na mídia e não faltaram insinuações de ineficiência, inviabilidade e ineficácia do Programa pesquisado, todavia, uma análise mais cuidadosa das notícias veiculadas nos é revelado que, em verdade, a tragédia é embebida por uma série de circunstâncias que não permitem atribuir a culpa do ocorrido apenas ao programa, vez que se pode ter tido desde um erro de diagnóstico primário até ter sido um evento aleatório e independente do tratamento realizado. Duas notícias veiculadas na mídia goiana, em dois dos maiores veículos de comunicação impressa da capital, trazem interessantes perspectivas desse fato: <<http://www.jornalopcao.com.br/reportagens/onde-esta-falha-que-permitiu-reincidencia-criminosa-de-cadu-14595/>> e <<http://www.opopular.com.br/editorias/opiniaio/da-reda%C3%A7%C3%A3o-1.146391/pol%C3%ADtica-antimanicomial-e-o-caso-cadu-1.664063>>.

análise está umbilicalmente relacionado ao tipo de tratamento dispensado às pessoas em tratamento e ao cumprimento da Lei nº 10.216/2001, que logo em seu primeiro capítulo já deixa claro que os direitos nela previstos, “são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra”, sendo importante destacar o ensinamento de Jacobina (2008: p. 104) que assevera que “a lei não excepciona do seu texto os portadores de transtornos que tenham cometido crime, de modo que também esses são atingidos por ela”, e complementa afirmando que o referido artigo “determina que os direitos ali assegurados aos portadores de transtornos mentais devem ser garantidos *sem qualquer forma de discriminação*, incluída a discriminação pelo fato da *passagem ao ato*, vale dizer, do cometimento de fato previsto na lei como crime”.

Vale destacar que os documentos analisados indicam que o Programa estudado se alinha ao redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, devendo ser observado o rol de direitos elencados nos incisos do parágrafo único do seu segundo artigo, que trazem a seguinte redação:

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

Além disso, o referido programa busca cumprir com parte da responsabilidade pelo “desenvolvimento da política de saúde mental, [d]a assistência e [d]a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais” prevista pelo art. 3º, bem como o artigo seguinte, art. 4º, que estabelece que a internação é a exceção, sendo a regra a utilização de recursos extra-hospitalares, nos exatos termos do artigo, eis a redação “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

Nesse contexto, importante destacar o entendimento do Ministério Público Federal (MPF), exarado no parecer emitido sobre as medidas de segurança e HCTPs sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001 (2011, p. 81), que evidencia que o “PAILI coloca a pessoa submetida à medida de segurança no ambiente universal e democrático do Sistema Único de Saúde sem distinção de outros pacientes, o que favorece sobremaneira a almejada inclusão à família e à sociedade”. E continua (2011, p. 84) sustentando que os HCTPs devem inexoravelmente se extinguir, tendo em vista a previsão do art. 4º e seus parágrafos da Lei 10.216/2001.

Denuncia o MPF (2011, p. 84) que a Lei nº 10.216/2001 está sendo violada pelas autoridades públicas que mantêm em funcionamento os HCTPs, falido e ambíguo modelo disciplinar⁵⁷, acentuando que “apesar de não se constituir em um processo simples, a extinção dos HCTPs é premente e todos os recursos federais e estaduais alocados para a sua manutenção devem ser redirecionados para a implementação e expansão dos diversos dispositivos da rede de atenção psicossocial”.

Concluindo, a comissão redatora do parecer do MPF elucida (2011, p. 88-92) que o atual modelo de execução de Medidas de Segurança no Brasil “configura uma das maiores violações aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei”, e apresenta 22 (vinte e duas) propostas em conformidade com a Carta Magna de 1988, das quais destaco:

[...]

b) Necessidade de se engendrar ações políticas e jurídicas para a formação de equipe de atenção psicossocial na Atenção Básica e implantação de todos os dispositivos extra-hospitalares de saúde mental – Programa Saúde da Família, CAPS, residência terapêutica, leitos em hospital geral -, garantindo-se, também, o atendimento às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, pelo SUS.

[...]

f) Fiscalização e controle das medidas de segurança, por parte do Ministério Público, de acordo com o art. 129 da Constituição Federal, Lei Complementar n. 75 e a LEP.

[...]

⁵⁷ Sobre esse entendimento de falência e ambiguidade dos HCTPs, o parecer do MPF (2011, p. 29) pontua que: “O HCTP, por princípio, padece de uma natureza francamente ambígua: estabelecimentos tidos como centros de tratamento de pessoas com transtornos mentais que, em razão do transtorno, tenham praticado algum tipo de ilícito penal, apesar de intitulados como “hospitais”, não se encontram inseridos no sistema de saúde, mas sim na estrutura do sistema prisional.

A sobreposição de dois modelos de intervenção social – o jurídicopunitivo e o psiquiátrico-terapêutico – acarreta uma discrepância entre a finalidade declarada e a sua inserção de fato, que já vem ocorrendo desde o surgimento da instituição, como demonstrado por Carrara (1998) e Mamede (2006)”

- i) Criação e difusão, na PFDC, de um banco de experiências positivas em relação à atenção Psicossocial e aos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.
- j) O Ministério Público Federal, do Distrito Federal e Territórios e Estadual deverão promover ações efetivas para fiscalizar os órgãos da Administração direta e indireta quanto ao repasse das verbas destinadas às internações nas unidades psiquiátricas, bem como a destinação das verbas para os serviços substitutivos de atenção psicossocial.
- k) Atuação no sentido de que, após a Lei n. 10.216/2001, somente a necessidade terapêutica, devidamente demonstrada por meio de avaliação da equipe interdisciplinar, pode determinar uma internação, em caráter excepcional, cabendo aos demais serviços da rede de saúde mental previstos na legislação em saúde mental promover, no SUS, o tratamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.
- l) Extinção dos HCTPs e a não construção de instituições similares que os substituam, tanto nos estados que já possuem desses dispositivos, quanto nos estados que não tem HCTPs.
- m) A revisão da legislação codificada penal e processual penal e da LEP, para adequá-las à Lei n. 10.216/2001, no que concerne à medida de segurança. Especial atenção deverá ser dada à problemática da presunção de periculosidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, pois além de discriminatória em relação ao indivíduo ‘normal’, imputável encontra-se superada pela mudança de paradigma, no campo clínico, da periculosidade para o de risco de violência.
- [...]
- t) A reversão do orçamento destinado à manutenção dos HCTPs, suas equipes de profissionais e das pessoas que cumprem medida de segurança para a construção de CAPS e para a expansão da rede de atenção psicossocial e suporte financeiro – Benefício de Prestação Continuada (BPC), “De volta para casa”, cooperativas, dentre outros aos egressos dessas instituições.

Importante ressaltar que Amarante (2015, p. 96), tecendo considerações sobre a Lei Paulo Delgado, publicada em 2001 com o n° 10.216 e que trouxe diversos aperfeiçoamentos ao modelo de assistência psiquiátrica no Brasil, explicita que “atualmente [o Brasil] conta com quase dois mil serviços de saúde mental abertos, regionalizados, com equipes multidisciplinares, envolvendo vários setores sociais e não apenas o setor da saúde”.

Tal dado evidencia que há a possibilidade de implantação do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator em vários Estados brasileiros, para não dizer todos, vez que tal programa atua diretamente na intermediação entre os serviços de saúde mental e o poder judiciário, buscando a melhor terapêutica possível ao paciente com doença mental e visa sua reinserção na comunidade.

É necessário não nos esquecermos da advertência que Amarante (2015: p. 96) traz em sua obra quando aponta que “a política nacional de saúde mental corre muitos riscos, entre os quais reduzir o processo de reforma psiquiátrica a uma mera mudança de modelo

assistencial”. Ora, o objetivo que se deve buscar é sempre a disponibilização de um tratamento humanizado e emancipador, “em vez de tratar doenças, tratar de sujeitos concretos, pessoas reais” (Amarante, 2015: p. 97), lembrando que os atores desse processo não devem ser circunscritos apenas aos profissionais da área da saúde, sendo importantíssima a participação do maior contingente possível de atores sociais, vez que se lida com “questões de cidadania, de inclusão social, de solidariedade” (Amarante, 2015: p. 97).

Crítica necessária a ser exposta é aquela feita por Amarante (2015: p. 98), que destacou a importância do SUS e acentuou que:

Os profissionais comprometidos com a boa prática médica não pode esquecer que, certa vez, se aliaram aos proprietários de hospitais e se tornaram subempregados, funcionários desqualificados, mal pagos e desrespeitados. Não podem esquecer também que se aliaram, outra vez, aos empresários de seguro-saúde, e deles se tornaram escravos, sem autonomia profissional e sem controle sobre as possibilidades terapêuticas. Em que pese todos os problemas e limitações, é no SUS que ainda podemos, não apenas os médicos, mas todos os profissionais do setor, realizar as possibilidades reais da saúde em nosso país.

A supramencionada crítica evidencia a necessária autonomia profissional e a importância de que os profissionais da saúde, bem como os diversos atores sociais participantes do processo de tratamento dos pacientes com doenças mentais, possam gozar de liberdade para empregar a melhor terapêutica no caso-a-caso.

As situações limites, que ocorrem todos os dias nos HCTPs, são impregnadas pela lógica descrita por Basaglia (2010: p. 93), que discorrendo sobre as instituições da violência, em que os manicômios são o típico exemplo, assevera que tal violência é “exercida por quem está com a faca na mão sobre quem se vê irremediavelmente subjugado” e esclarece que há uma nítida divisão de papéis entre os que dispõem do poder e os que não o possuem, sendo que “a violência e a exclusão estão na base de qualquer relação que se instaure em nossa sociedade”.

Basaglia nos trouxe em seus escritos, já há um bom tempo, os tipos de relação que se instauram entre a sociedade [representada pelo poder do psiquiatra] e o paciente, sendo

comumente encontrado nos HCTPs o tipo de relação por ele denominada de relação institucional⁵⁸, que assim é descrita (BASAGLIA, 2010: p. 100-1):

A relação institucional, em que aumenta vertiginosamente o poder puro do médico (já não é nem necessário que seja poder técnico), justo porque diminui vertiginosamente o do doente, o qual, pelo próprio fato de estar internado num hospital psiquiátrico, torna-se automaticamente cidadão sem direitos, entregue ao arbítrio do médico e dos enfermeiros, que podem fazer dele o que quiserem, sem possibilidade de apelação. Na dimensão institucional a reciprocidade não existe, nem sua ausência é de algum modo mascarada. É aqui que se vê – sem véus e sem hipocrisia – o que a ciência psiquiátrica, como expressão da sociedade que faz dela sua delegatária, quis fazer do doente mental. E é aqui que se evidencia como não é tanto a doença que está em jogo, mas sim a ausência de valor contratual de um doente, ao qual não resta outra alternativa para opor além do comportamento anormal.

Destaca Basaglia (2010: p. 101) que o problema não é a doença em si e sim o tipo de relação que se estabelece com o doente, que no caso da relação institucional assume “um significado estigmatizante que confirma a perda do valor social do indivíduo, já implícita no modo pelo qual sua doença tinha sido vivenciada anteriormente”.

Nesse sentido, entendemos que a relação travada com os pacientes que estão inseridos no contexto de tratamento viabilizado pelo PAILI, por terem sua terapêutica pensada por uma equipe multidisciplinar, por se buscar como regra a não internação e pela preocupação em fortalecer os vínculos dos tratados com seus familiares e pessoas próximas, propulsionam o atingimento de números de reincidência tão mais baixos que os usualmente encontrados em âmbito nacional.

⁵⁸ Os outros dois tipos de relação possíveis de serem instauradas entre médico e paciente, para Basaglia (2010: p. 99-100), são: A relação do tipo aristocrático, na qual o paciente tem um poder contratual a opor ao poder técnico do médico. Neste caso, ela se mantém num plano de reciprocidade no nível dos papéis, na medida em que se efetua entre o papel do médico (alimentado pelo mito do poder técnico) e o papel social do doente, o qual vem a constituir sua única garantia de controle sobre o ato terapêutico de que é objeto. Na medida em que identifica o médico como depositário de um poder técnico, o doente dito livre exerce simultaneamente o papel de depositário de um outro tipo de poder: o econômico, que o médico projeta nele. Embora se trate de um encontro de poderes, mais que de homens, o doente não permanece passivo diante do poder do médico, pelo menos enquanto seu valor social corresponder a um valor econômico efetivo, o qual, uma vez exaurido, põe fim ao poder contratual, e o paciente se verá iniciando concretamente a “carreira do doente mental”, no lugar onde seu papel social não terá mais peso nem valor. A relação do tipo “mutualístico”, em que se assiste a uma redução do poder técnico e a um aumento do poder arbitrário, diante de um “mutualista” que nem sempre tem consciência da própria força. Aqui, a reciprocidade da relação já está atenuada, só representando-se concretamente nos casos em que houver uma tomada de consciência, por parte do paciente, da sua própria posição social e dos seus próprios direitos diante de uma instituição que deveria ser criada para tutelá-los. Assim, neste caso, a reciprocidade só existe na presença de um notável grau de maturidade e de consciência de classe por parte do paciente; ao passo que o médico, frequentemente, conserva a possibilidade de determinar a relação como melhor lhe convier, reservando a decisão de voltar ao terreno do poder técnico para o momento em que sua ação arbitrária for contestada.

Tal entendimento é corroborado por Costa (2014: p. 117), que afirma que “o sucesso, como também as dificuldades apresentadas para o processo de reinserção dessas pessoas, não depende da condição de sua patologia – como crê o pensamento comum –, mas reside na construção do fortalecimento de suas relações sociais e comunitárias e na garantia de direitos”, e destaca também que a [re]inserção da pessoa com doença mental depende de outros fatores fora do tratamento, “pelo alargamento da sua contratualidade social, à medida em que obtinham apoio em programas de auxílio de renda, moradia, assim como a integração à família e à comunidade”.

Por fim, importante destacar que apesar de ser inegável os avanços que o PAILI representa, práticas diametralmente opostas têm sido pensadas, propostas e implantadas, eis o caso do Centro de Referência e Excelência em Dependência Química (CREDEQ). Haroldo Caetano Silva (2016a) apresentou a seguinte análise sobre o referido centro de referência e excelência:

Mas a criatividade vai além nas estratégias para camuflar a lógica manicomial. É o que se percebe no caso do CREDEQ. É paradoxal que justamente Goiás, Estado que conta com uma política avançada no atendimento ao louco infrator, tenha inaugurado o Centro de Referência e Excelência em Dependência Química (CREDEQ), em flagrante rota de colisão com a Reforma Psiquiátrica e com o conhecimento científico já produzido no campo da saúde mental.

O leitor mais apressado talvez se deixe seduzir pelo nome pomposo, mas com o olhar atento irá perceber que, apesar da denominação que promete muito, o CREDEQ não passa de uma nova modalidade de comunidade terapêutica. Em sua página oficial, ele é apresentado como “serviço de referência na atenção de usuários gravemente comprometidos pelo uso de drogas (...) para os quais os recursos disponíveis nas redes municipais não tenham apresentado a devida resolutividade”. Entretanto, está arquitetonicamente projetado para internações de longo prazo, embora a palavra internação não se faça presente nos seus estatutos, termo que ali dá lugar a “leitos de acolhimento em modelo residencial”, o que evidencia o sofisma empregado na definição dessa que se pretende uma política de saúde mental.

Em artigo publicado poucos dias depois, o mesmo autor (2016b) explica que a primeira de dez unidades planejadas custou aproximadamente de R\$30 milhões e que “a manutenção dessa grande rede manicomial, via organizações sociais, custará outra fortuna, e já há sinais de que a previsão inicial de R\$600 mil/mensais talvez não sejam suficientes para manter os 96 leitos do primeiro CREDEQ”. Tais “surgimentos”, demonstram que ainda que haja uma boa prática, o “jogo” ainda não acabou.

3.5. [Re]analisando conceitos

O Programa em análise consegue imprimir uma nova perspectiva para as pessoas com sofrimento mental em conflito com a Lei, na medida que as colocam como sujeito de direitos e as inserem em um contexto de atenção à saúde, diferentemente do que se praticava antes da implantação e funcionamento do PAILI, vez que no momento anterior essas pessoas eram simplesmente amontadas em uma ala apartada no Centro Penitenciário de Atividades Industriais de Goiás (CEPAIGO), sem perspectiva de real tratamento.

Lembrando a lição de Cirqueira (2011: p. 77-8) que deixa claro que “o Estado atribuiu ao PAILI a responsabilização pelo acompanhamento das medidas de segurança em Goiás ao definir o papel do PAILI em seu trabalho junto ao paciente judiciário” e que a localização da execução das medidas de segurança acompanhadas pelo programa insere o tratado no âmbito da saúde, coloca-se “o paciente judiciário como partícipe importante no desafio da democratização do sistema público de saúde brasileiro, o qual tem nos conselhos e na municipalização dos serviços de saúde suas principais estratégias de democracia participativa”.

Estamos diante, portanto, da inclusão da pessoa com sofrimento mental em conflito com a Lei em um sistema que visa sua melhora e que é pautado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, dispostos no artigo 198 da Constituição da República⁵⁹ e no artigo 7º da Lei 8.080/90⁶⁰, que, dentre outros, destacamos a

⁵⁹ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

⁶⁰ Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

descentralização com ênfase na municipalidade, o atendimento integral, a participação da comunidade, a preservação da autonomia das pessoas e o direito à informação.

Sabendo das garantias e direitos que a pessoa tem quando incluída na sistemática do SUS, sistemática essa que o PAILI faz parte, elimina-se a perspectiva da pessoa com sofrimento mental praticante de determinada conduta capitulada como crime ser aquela que se denomina de *homo sacer*, vez que se garantem direitos e a inclusão da pessoa no grupo politicamente organizado do Estado, como sujeito de direitos.

Interessante destacar a perspectiva de que,

colocado o tratamento dos pacientes judiciários nos serviços de saúde pública, mesmo num contexto de “democratização forçada”, a oportunidade de participação popular dessas pessoas está localizada no bojo da política nacional de saúde que mesmo convivendo com uma “política de indução do Ministério da Saúde” por condicionar “o repasse de recursos federais à criação do Conselho Municipal de Saúde” (STRALEN, 2006, P.623), tem um potencial interessante de politização das pessoas no sentido da participação da população no processo de tomada de decisões junto às políticas públicas. (CIRQUEIRA, 2011: p. 82).

Cirqueira (2011: p.85) destaca que o paciente judiciário atendido nos serviços públicos de saúde “teria em seu município, além do tratamento psicossocial, a oportunidade de otimização de sua politização e de sua sociabilidade através de, por exemplo, sua integração ao conselho de saúde do município e/ou do CAPS onde faz seu tratamento”.

Imprescindível destacar que os Centros de Atenção Psicossocial⁶¹ se tratam de um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde e é o espaço de “referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses,

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

⁶¹ Segundo informa o Ministério da Saúde (2004: p.13): “os CAPS visam: •prestar atendimento em regime de atenção diária; •gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; •promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; •dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); •regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; •coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuam no seu território; •manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (BRASIL, 2004: p.13). Os CAPS oferecem atendimento para a população em geral, sendo pensado como um substitutivo para os hospitais psiquiátricos e realizam “o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004: p.13).

Além disso, os usuários dos CAPS são tratados com um projeto terapêutico individual, podendo-lhes ser oferecido um atendimento intensivo⁶², semi-intensivo⁶³ ou não intensivo⁶⁴, respeitando as diferentes técnicas dos profissionais integrantes do CAPS, bem como a contribuição dos familiares, usuários e comunidade local.

Cirqueira (2011: p. 86-7) defende que o CAPS é o principal ator da Rede de Atenção à Saúde Mental [RASM], cuidando do tratamento das pessoas com sofrimento mental atendidas pelo Sistema Único de Saúde, sendo que “como principal articulador da RASM, o papel político do CAPS é o de mediar o respeito aos princípios do SUS no atendimento aos seus usuários (portadores de transtorno mental), tanto em seu próprio espaço, quanto em outros serviços de assistência à saúde” e evidencia que “o PAILI se coloca como parte de uma rede de serviços psicossociais extra-hospitalares municipalizados, se articula[ndo] principalmente com os CAPS, buscando reafirmar na RASM a não-discriminação entre infratores e não-infratores no tratamento das pessoas”.

Tanto o modelo em que o PAILI se desenvolve e atende os sujeitos, quanto a organização dos CAPS e seus serviços prestados, são exemplos diametralmente opostos daquilo que tratamos no *poder disciplinar*, que, como mecanismo micro do biopoder, buscava a padronização das ações dos indivíduos para serem mais úteis ao próprio poder. A perspectiva descentralizada e de respeito à individualidade dos sujeitos encontrados no

⁶² “Trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário” (BRASIL, 2004: p.16).

⁶³ “Nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário” (BRASIL, 2004: p.16).

⁶⁴ “Oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar” (BRASIL, 2004: p.16).

programa e do centro de atenção garantem resultados expressivos na melhora da condição clínica da pessoa com sofrimento mental.

Outra perspectiva superada é a da *instituição total*, conhecida nos presídios, manicômios, conventos e outros, vez que todos os aspectos da vida não são mais realizados em um único lugar e sob uma única autoridade; pelo contrário, a pessoa em tratamento tem liberdade para ocupar seu lugar em várias atividades e espaços, não havendo uma restrição completa e contundente como nas instituições totais. As atividades diárias são individualizadas, diferenciadas e de acordo com cada tratamento proposto, podendo serem coletivas e/ou individuais, não se tratando todas as pessoas da mesma forma e obrigando-as a fazerem as mesmas coisas. Além do que, não se estabelecem rigorosos horários para vincular uma atividade a outra e todas ao objetivo da instituição, o que se tem, é a liberdade de tratamento e o poder de influência do paciente, de sua família e da comunidade local nas terapêuticas e tratamentos realizados pelo PAILI, que essencialmente são desenvolvidos nos CAPS dos municípios que aderiram ao Programa.

Importante destacar que tanto o Programa quanto o Centro de Atenção [pautado pela lógica do SUS] visam eliminar a figura *estigmatizada* do louco infrator, empreendendo esforços no sentido de que todas as pessoas tratadas no CAPS tenham o mesmo tipo de atenção sem qualquer tipo de “etiqueta”, ou seja, não se estabelece que determinadas pessoas têm sofrimento mental e outras têm sofrimento mental e praticaram determinada conduta tida como crime. O que importa no tratamento é a busca da melhora do paciente e sua [re]inserção em um contexto familiar, social e/ou educacional, que traga melhorias para sua condição física e mental, e não instituir quais e quem são *outsiders* naquele espaço.

Quando pensamos que se quebra a lógica de discriminar, estigmatizar e rotular as pessoas, entendemos que se interrompe o modelo sequencial definido pela teoria do *labelling approach*, no sentido de que logo após a realização da prática tida como delinquente, o autor [com sofrimento mental] não tem uma resposta totalmente ritualizada e estigmatizada, em razão do encaminhamento do sujeito ao PAILI, que, por sua vez, imediatamente age para inserir o sujeito em um contexto de atenção e tratamento, evitando que o mesmo tenha um distanciamento social e seja introduzido em uma subcultura delinquente como reflexo de sua auto imagem.

Não menos importante, a aplicação da medida de segurança à pessoa com sofrimento mental em conflito com a lei na perspectiva do PAILI supera a lógica do *direito penal do inimigo*, que Zaffaroni (2014: p. 18) explica que “a essência do tratamento diferenciado que se atribui ao *inimigo* consiste em que o direito *lhe nega sua condição de pessoa*. Ele só é considerado sob o aspecto de *ente perigoso ou daninho*”. Quando o PAILI é pensado integrando uma rede de atendimento, que busca inserir o antes “inimigo da sociedade” em um contexto de tratamento adequado e pautado pela lógica e princípios regentes do SUS, estar-se-á possibilitando o pleno desabrochar das capacidades do paciente, bem como se garante seus direitos elementares, em especial a dignidade humana, que seria brutalmente violada em um contexto de aplicação do direito penal do inimigo ao louco infrator.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme evidenciado nas linhas antecessoras, a história da patologização da pessoa com sofrimento mental no Brasil remonta ao século XIX e se apresenta de uma forma excludente, em que a preocupação que se tinha com a pessoa humana ficava restrita à sua remoção do convívio social e aprisionamento em locais onde a sociedade dos “normais” não mais as vê. Daí o surgimento e manutenção de instituições totais, como é o caso dos manicômios.

Interessante destacar que histórias como a do Dr. Simão Bacamarte – narrada por Machado de Assis – dão conta de um modelo de “tratamento” empregado para o “louco” que é facilmente encontrado nos dias atuais. Tratamento esse que visa o asilamento e se consubstancia em um processo de medicalização.

Outra questão que permanece no tempo dá conta de que aqueles que ocupam os espaços destinados aos loucos, em regra, são miseráveis, marginais e pobres a quem se convencionou atribuir a pecha de louco. Tal realidade é evidenciada pelo Censo produzido por Diniz (2013: p. 35-58), que deixa claro a população ocupante daqueles espaços, consubstanciada em uma maioria de analfabetos ou pessoas com o ensino fundamental incompleto, o que demonstra a falta de estrutura e oportunidades dessa parcela da população.

A história da psiquiatria, que influencia diretamente no tipo de tratamento e no *modus* de compreensão da pessoa com sofrimento mental, tendo se tornado uma especialidade médica no Brasil no ano de 1912, é marcada por várias tentativas, locais e marginalizadas, de reforma e mudanças de paradigmas; porém, um de seus modelos mais antigos e perversos – internação pautada pelo asilamento – é de fácil localização em vários locais deste País.

Fato é que a indústria da “saúde”, controlada pelo setor privado, exerceu e exerce uma forte pressão para manutenção do *status quo* e de seu lucro – tendo o Estado como um de seus principais clientes da mercadoria “doença mental”. Tal lucro exacerbado tem efeitos danosos para toda a população. Conforme Amarante (1994: p. 80), na década de 80 este modelo privado, irrigado com o dinheiro público, contribuiu fundamentalmente para crise institucional e financeira da Previdência Social.

A luta antimanicomial, que busca a reforma psiquiátrica no Brasil, emerge do episódio conhecido como a crise da DINSAM, ocasião que se apresentaram várias denúncias de irregularidades em hospitais e, nesse contexto, floresce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que se propõe a debater e encaminhar propostas para transformar a assistência psiquiátrica, tendo como pauta inicial um conjunto diversificado de denúncias e de reivindicações. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) oscila, em alguns momentos apoiando e em outros se distanciando das propostas e projetos do MTSM.

Após muita luta, debate e articulação, ciente da necessidade de mudança estrutural no sistema arcaico dos manicômios, o deputado Paulo Delgado propõe o Projeto de Lei nº 3.657/1989 que visa a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de buscar regulamentar a internação psiquiátrica compulsória, desembocando em uma grande discussão, nos mais amplos setores sociais, sobre a psiquiatria. Passada mais de uma década de sua propositura e algumas mudanças, o referido projeto origina a Lei nº 10.216/2001, que é uma das grandes vitórias do luta antimanicomial, por ter garantido vários direitos às pessoas com sofrimento mental.

Importante destacar que os direitos garantidos pela Lei nº 10.216/2001 são destinados a todas as pessoas com sofrimento mental, incluindo, assim, aqueles que estão em conflito com a Lei, acabando com o injustificável conceito de “periculosidade” trazido pelo Código Penal e com os regimes segregacionais – manicômios. Todavia, importante advertir que até a presente data [2017], conforme apontado por Janaina Penalva e demonstrado no Censo coordenado por Débora Diniz, ainda ocorrem mortes, maus-tratos, abandono, internações-perpétuas e cerceamento de direitos elementares nos diversos hospitais psiquiátricos ainda existentes no País, destacando que há, inclusive, a construção de novos hospitais psiquiátricos pós-promulgação da Lei.

Após a promulgação da nova legislação garantidora de direitos básicos a todas as pessoas com sofrimento mental, surgem programas que visam à atenção integral ao louco infrator, como é o caso do PAILI objeto do presente estudo. Tal programa muda frontalmente o foco a ser dado as medidas de segurança no Estado de Goiás, retirando as pessoas com sofrimento mental de uma perspectiva penal-penitenciária-judiciária e incluindo-as em uma perspectiva de direitos humanos, de tratamento e de saúde pública, vinculada aos princípios e objetos que fundamentam o Sistema Único de Saúde.

Com o estabelecimento e funcionamento do PAILI, a medida de segurança passa a cumprir com seu postulado mais elementar, que é o tratamento daquele que na prática de determinada conduta ou omissão descrita como crime não tinha compreensão do injusto provocado. Importante ressaltar que do ponto de vista conceitual, postulados teóricos são superados na seguinte perspectiva:

- *Vida indigna de ser vivida (vida matável)*: Dando dignidade, incluindo o paciente em um contexto de saúde e efetivamente visando uma terapêutica adequada-individual para cada paciente, o programa imprime um novo modo de ver a pessoa com sofrimento mental em conflito com a lei, atribuindo valor e dignidade à vida dos pacientes, que antes ficavam a mercê da vontade daquele que tinha o poder, aproximando-se, ao conceito de *homo sacer* de Agamben;
- *Poder disciplinar*: tal perspectiva de poder, que compreendemos como um mecanismo micro do biopoder e buscava a padronização das ações dos indivíduos para serem mais úteis ao próprio poder, facilmente identificada em instituições como os manicômios e prisões, nos parece superada pelo modelo em que o PAILI se desenvolve e atende os pacientes – viabilizando, principalmente, sua inserção em CAPS. Trata-se de relação diametralmente oposta daquilo que se conceitua como *poder disciplinar*;
- *Instituição total*: o PAILI supera o modelo conceitualmente conhecido como aquele em que todos os aspectos da vida são realizados em um único lugar e sob uma única autoridade, viabilizando que a pessoa que está sendo tratada goze de liberdade para ocupar seu lugar em várias atividades e espaços, não havendo uma restrição completa e contundente como nas instituições totais. Importante destacar que as atividades diárias dos pacientes são individualizadas, diferenciadas e de acordo com cada tratamento proposto, podendo ser coletivas e/ou individuais, não se tratando todas as pessoas da mesma forma e obrigando-as a fazerem as mesmas coisas – como ocorre em instituições totais como manicômios, prisões e conventos. Além do que, não se estabelecem rigorosos horários para vincular uma atividade a outra e todas ao objetivo da instituição; o que se

tem, por outro lado é a liberdade de tratamento e o poder de influência do paciente, de sua família e da comunidade local nas terapêuticas e tratamentos realizados pelo Programa;

- *Corpos dóceis*: a sujeição de docilidade-utilidade no controle das operações realizadas no corpo pelo método conhecido como poder disciplinar, também é superada pelo PAILI, vez que os indivíduos não mais são obrigados a obedecerem várias regras, dentre as quais destacamos as superadas regra da cerca – restrição a um local heterogêneo e fechado em si próprio, do quadriculamento – corpos que são divididos por lugares individuais criando um espaço analítico, das localizações funcionais - codificação de espaços e definições de uso com o fim de se vigiar e cercear a comunicação interna que for tida como perigosa e da fila – intercambialidade entre os elementos dispostos em uma fila com o estabelecimento de uma série de atos a serem realizados;
- *Estigma, desvio e outsider*: o PAILI supera a figura estigmatizada do louco infrator, empreendendo esforços no sentido de que todas as pessoas tratadas no CAPS tenham o mesmo tipo de atenção sem qualquer tipo de “etiqueta”; ou seja, não se estabelece aqueles que têm sofrimento mental e os outros que têm sofrimento mental e praticaram determinada conduta tida como crime. O que importa é o tratamento, com a busca da melhora do paciente e sua [re]inserção em um contexto familiar, social e/ou educacional, que traga melhorias para sua condição física e mental, e não instituir quais e quem são *outsiders* naquele espaço. Assim, o indivíduo, que antes poderia mas não era, é recebido na relação social cotidiana propiciando a garantia de sua dignidade humana. Pensando na quebra da lógica de discriminar, estigmatizar e rotular as pessoas, entendemos que se interrompe o modelo sequencial definido pela teoria do *labelling approach*, no sentido de que logo após a realização da prática tida como delinquente, o autor [com sofrimento mental] não tem uma resposta totalmente ritualizada e estigmatizada, em razão do encaminhamento do sujeito ao PAILI, que, por sua vez, imediatamente age para inserir o sujeito em um contexto de atenção

e tratamento, evitando que o mesmo tenha um distanciamento social e seja introduzido em uma subcultura delinquente como reflexo de sua autoimagem;

- *Direito penal do inimigo*: a aplicação da medida de segurança à pessoa com sofrimento mental em conflito com a lei na perspectiva do PAILI supera a lógica do *direito penal do inimigo*, que Zaffaroni (2014, p. 18) explica que “a essência do tratamento diferenciado que se atribui ao *inimigo* consiste em que o direito *lhe nega sua condição de pessoa*. Ele só é considerado sob o aspecto de *ente perigoso ou daninho*”. Quando o PAILI é pensado integrando uma rede de atendimento, que busca inserir o antes “inimigo da sociedade” em um contexto de tratamento adequado e pautado pela lógica e princípios regentes do SUS e marcado por uma perspectiva de direitos humanos, estar-se-á possibilitando o pleno desabrochar das capacidades do paciente, bem como se acaba com a perspectiva determinista-periculosista, que impõem penas desproporcionais e indeterminadas às pessoas classificadas como perigosas.

Com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, outro aspecto importante de ser evidenciado refere-se à exclusão do conceito de presunção de periculosidade e a derrogação da Lei de Execução Penal, do Código Penal e do Código de Processo Penal, nos tópicos que tratam sobre as medidas de segurança, em razão de seu teor aplicar-se “aos pacientes que cometeram ou não fato descrito como crime na lei penal”, em consonância com a Lei de Introdução às normas de Direito Brasileiro.

O PAILI, ao redirecionar a pessoa com sofrimento mental em conflito com a lei para o Sistema Único de Saúde, elimina a perspectiva anteriormente praticada de amontoamento de seres humanos em espaços fechados – com características de depósitos, garantindo seu tratamento na rede de atendimento, que se dá preferencialmente em CAPS, com o acompanhamento do Programa e total autonomia das equipes de saúde para definirem a prática da melhor terapêutica possível.

Por fim, concluímos, que além dos aspectos teóricos-metodológicos fortemente alinhados com preceitos que garantem a dignidade da pessoa humana e a aplicação de princípios caros à luta antimanicomial – alguns desses positivados na Lei nº 10.216/2001,

o tratamento viabilizado pelo PAILI apresenta números que indicam o sucesso dessa prática. Desses dados numéricos, podemos constatar que há uma maioria de dados similares ao Censo coordenado pela pesquisadora Débora Diniz – realidade nacional, com os dados do PAILI – realidade do Estado de Goiás, que apresenta como único ponto de grande diferença a reincidência, que no âmbito nacional chega a 25% (vinte e cinco por cento), enquanto no âmbito estadual [PAILI] chega-se a 5,3% (cinco vírgula três por cento). Tal confronto de dados nos leva a crer que o tratamento dispensado para com a pessoa com sofrimento mental em conflito com a lei, em um ambiente pautado pela lógica do SUS, com vistas à [re]inserção do paciente no convívio familiar e social, produz um enorme efeito benéfico para o tratado, que acolhido e cuidado não volta a praticar crimes, como para toda a sociedade que busca a recuperação de seus iguais.

Sendo assim, entendemos como importante e necessária a implementação do modelo adotado pelo programa nos Estados da Federação, visando garantir a integralidade do que disciplina a Lei nº 10.216/2001, bem como para que se respeite os direitos da pessoa com sofrimento mental em conflito com a Lei. Portanto, verificada a hipótese, entendemos que o PAILI é uma alternativa bastante viável ao modelo posto dos manicômios judiciais e hospitais de custódia, capaz de se tornar uma prática que pode/deve ser nacionalizada em virtude de seus resultados e do tratamento digno oferecido aos pacientes, o que coaduna com os princípios e valores insculpidos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, M. C. *A criminologia no Brasil ou como tratar desigualmente os desiguais*. DADOS-Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, Vol. 45, n4, 2002, disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dados/v45n4/a05v45n4>>.

AGAMBEN, G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Trad. Henrique Burigo. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002;

AMARANTE, P. D. de C. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil, in AMARANTE, P. D. de C (org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994;

_____. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995;

_____. *Teoria Crítica em saúde mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni, 2015.

AMITRANO, G. O paradoxo do homo sacer: entre o abandono e o bando. Caderno de Ética e Filosofia Política, nº 23, São Paulo: USP, 2013. Disponível em: <www.revistas.usp.br/cefp/article/download/74747/78338> acesso no dia 20 de outubro de 2015 às 20 horas;

ARBEX, D. *Holocausto brasileiro*. 1 ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, M. *O alienista*. São Paulo: Editora Marin Claret, 2003;

BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Organização Paulo Amarante, tradução Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BARATTA, A. *Criminologia crítica e crítica do direito penal: introdução à sociologia do direito penal*. Trad. Juarez Cirino do Santos. Rio de Janeiro: Editora Revan: Instituto carioca de Criminologia, 6ª ed, 2ª reimpressão, 2014.

BARROS-BRISSET, F. O. de. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/livreto_pai.pdf>. Acesso no dia 01 de novembro de 2016 às 6 horas;

BECKER, H. S. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Trad. Maria Luiza X. de Borges. Revisão técnica Karina Kuschnir. Rio de Janeiro: Zahar, 2008;

BENELLI, S. L. *A instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar*. Estudos de Psicologia, vol. 21. n. 3. Campinas: 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2004000300008&script=sci_arttext acesso no dia 27 de outubro de 2015 às 21 horas;

_____. *Dispositivos disciplinares produtores de subjetividade na instituição total*. Psicologia em estudo. V.8, n. 2, Maringá: 2003. Disponível em: www.scielo.br/pdf/pe/v8n2/v8n2a10 acesso no dia 27 de outubro de 2015 às 21h15 min;

BIAR, L. de A. *Desvio e estigma: caminhos para uma análise discursiva*. Calidoscópio. Vol. 13, n. 1, São Leopoldo: Unisinos, 2015. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/calidoscopio/article/view/cld.2015.131.11> acesso no dia 10 de novembro de 2015 às 18 horas;

BOTH, V. *O biopoder e o discurso dos direitos humanos: um estudo a partir de M. Foucault*. Dissertação. São Leopoldo: Unisinos, 2008. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/2036/biopoder%20e%20o%20discurso.pdf?sequence=1&isAllowed=y> acesso no dia 01 de setembro de 2015 às 17 horas;

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm, acesso no dia 13/06/2016 às 21 horas;

_____. *Decreto-Lei n°2.848/1940: Código Penal*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm, acesso no dia 13/06/2016 às 20 horas;

_____. *Decreto-Lei n°3.689/1941: Código de Processo Penal*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm, acesso no dia 13/06/2016 às 21 horas;

_____. *Lei n° 7.210/1986: Institui a Lei de Execução Penal*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210compilado.htm, acesso no dia 13/06/2016 às 22 horas;

_____. *Lei n° 8.080/1990*: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>, acesso no dia 15/09/2016 às 20 horas;

_____. *Lei n° 8.142/1990*: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>, acesso no dia 15/09/2016 às 21 horas;

_____. *Lei n° 10.216/2001*: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>, acesso no dia 03/05/2016 às 7 horas;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: 2004. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>, acesso no dia 25/10/2016 às 17 horas;

BUENO, A. C. *Canto dos malditos: uma história verídica que virou o filme bicho de sete cabeças*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001;

CARDOSO, T. *A arte de governar na filosofia de Michel Foucault: o biopoder, o inimigo e o racismo*. Dissertação. São Leopoldo: Unisinos, 2008. Disponível em: <<http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/2034/a%20arte%20de%20governar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> acesso no dia 01 de setembro de 2015 às 16h20min;

CARVALHO, S. de. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial*. São Paulo: Saraiva, 2013;

CASTEL, R. *A Ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978;

CENTRO CULTURAL DA SAÚDE. *Memória da Loucura*. Rio de Janeiro. disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos06.html>>. Acesso no dia 05 de março de 2016 às 20h;

CIRQUEIRA, M. V. B. *Programa de atenção integral ao louco infrator: perspectivas de formação e inclusão social*. Goiânia: 2011. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/2014/1/Dissertacao%20parte%201%20Marc>>

io%20Vinicius%20de%20Brito%20Cirqueira.pdf >. Acesso no dia 20 de setembro de 2016.

COSTA, L. *Uma porta, várias saídas: análise do processo de reorientação da atenção à saúde mental de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei através do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)*. Sorocaba: 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/2811>>. Acesso no dia 15 de julho de 2016;

COSTA, J. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Garamonde, 1944/2006.

COSTA-ROSA, A. PEREIRA, E. C. *Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis*. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.4, p.1035-1043, 2012. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a20.pdf>>

D'ELIA FILHO, O. Z. *A forma jurídica da política de extermínio de inimigos na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan, 2015;

DEVERA, D. COSTA-ROSA, A. *Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis*. Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007. Disponível em: <186.217.160.122/revpsico/index.php/revista/article/download/46/88>. Acesso no dia 10 de março de 2016 às 23h;

DINIZ, D. (direção). *A casa dos mortos*. Documentário. ImagensLivres: 2009, 24 minutos. Disponível em: <<http://www.acasadosmortos.org.br/#>>. Acesso no dia 20 de dezembro de 2015 às 10h30;

_____. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: LetrasLivres e Editora Universidade de Brasília, 2013. Disponível em < http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/custodia_tratamento_psiquiatrico_no_brasil_censo2011.pdf> acesso no dia 20 de dezembro de 2015 às 21 horas;

FOUCAULT, M. *A história da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1972;

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Trad. Raquel Ramalhete. 36 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009;

FERREIRA, M. S. *Polissemia do conceito de instituição: diálogos entre Goffman e Foucault*. Revista Ecos, v. 2, n. 1, Rio de Janeiro: 2012. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/viewFile/826/658>> acesso no dia 20 de outubro de 2015 às 13 horas.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2015;

_____. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Reimp. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

IGNATIEFF, M. *Instituições totais e classes trabalhadoras: um balanço crítico*. Revista Brasileira de História, v.7, n.14, São Paulo: 1987. Disponível em: <www.anpuh.org/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3647> acesso no dia 21 de outubro de 2015 às 19 horas;

JACOBINA, P.V. *Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica*. Brasília: ESMPU, 2008. Disponível em <<https://escola.mpu.mp.br/linha-editorial/outras-publicacoes/Direito%20Penal%20da%20Loucura%20%20EBOOK.pdf>> acesso no dia 15 de janeiro de 2016;

JAKOBS, G. MELIÁ, M.C. *Direito penal do inimigo: noções críticas*. org. e trad. André Luís Callegari e Nereu José Giacomolli. 2. Ed. Porto Alegre: livraria do advogado: 2007.

JORGE, M. A. S. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. [dissertação] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997;

LAZZARIN, J. F. *Os dispositivos de poder e a construção da subjetividade do excluído em Michel Foucault: implicações jurídicas e desafios sociais*. Dissertação. São Leopoldo: Unisinos, 2007. Disponível em: <[www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/2027/dispositivos de poder.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/2027/dispositivos%20de%20poder.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> acesso no dia 01 de setembro de 2015 às 16 horas.

LEBRE, M. *Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem?. Responsabilidades*. v.2, n°2, Belo Horizonte: TJMG, 2013. Disponível em <http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/volume-2-n2.html> acesso no dia 13 de dezembro de 2015 às 23 horas;

LEFF, E. *Sobre a articulação das ciências na relação natureza-sociedade*. In: Epistemologia Ambiental. São Paulo: Cortez, 2001;

LUCHMANN, L. H. H. RODRIGUES, J. *O movimento antimanicomial no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, 12(2): 399-407, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a16v12n2>>;

LUZ, M. T. *A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental*, in AMARANTE, P. D. de C (org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994;

MATTOS, V. de. *Crime e psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*. Rio de Janeiro: Revan, 2006;

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. *Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico Sob a perspectiva da lei n. 10.216/2001*. Brasília: 2011. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf> acesso no dia 15 de julho de 2016 às 23horas.

POMBO, O. *Epistemologia da Interdisciplinaridade*. Disponível em: <<http://cfc.ul.fc.ul.pt/textos/OP-EPI~1.PDF>>. Acesso no dia 10 de junho de 2015, às 8h30.

RASSI NETO, E. *A construção da clínica antimanicomial acontece com a sociedade*. Caderno de Saúde Mental, 2000. Disponível em: <<http://colecciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=284>>, Acesso no dia 20 de outubro de 2016 às 21h.

REIS, N. M. dos. *Biopolítica, dispositivos disciplinares e produção de subjetividade numa comunidade terapêutica de tratamento da dependência de substâncias psicoativas*. Disponível em <<http://www.ulbra.br/upload/e6d8546c2aa7f21c60da1f755bbf8173.pdf>> acesso no dia 09 de dezembro de 2015 às 21 horas;

RUIZ, C.M.M.B. *Paradoxos do biopoder: a redução da vida humana a mera vida natural*. São Leopoldo: Unisinos, 2007. Disponível em: <revistas.unisinos.br/index.php/filosofia/article/view/5827/3010> acesso no dia 01 de dezembro de 2015 às 22 horas;

SANTOS, J. C. dos. *O estigma da doença mental: compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS*. Dissertação. São Paulo: USP, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-11092013-151204/pt-br.php>> acesso no dia 12 de dezembro de 2015 às 19 horas;

SHECAIRA, S. S. *Criminologia*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2004;

SILVA, H. C. (coord.) *PAILI: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator*. 3. ed. Goiânia: MP/GO, 2013. Disponível em: <http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/08/19/15_33_20_501_mioloPAILI_Layout.pdf>

_____. *PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator*. Prêmio INNOVARE, categoria Ministério Público, 6ª edição, 2009, Disponível em: <<http://www.premioinnovare.com.br/praticas/paili-programa-de-atencao-integral-ao-louco-infrator/>>. Acesso no dia 21 de abril de 2016, às 17h.

_____. *O manicômio se reinventa no Credeq*. Justificando: 2016a. Disponível em: <<http://justificando.cartacapital.com.br/2016/07/06/o-manicomio-se-reinventa-no-credeq/>>. Acesso no dia 26 de janeiro de 2017 às 22h.

_____. *O pesadelo do manicômio*. Justificando: 2016b. Disponível em: <<http://justificando.cartacapital.com.br/2016/07/25/o-pesadelo-do-manicomio/>>. Acesso no dia 26 de janeiro de 2017 às 23h.

SILVA, J. L. P *O direito fundamental à singularidade do portador de sofrimento mental: uma análise da Lei nº 10.216/01 à luz do princípio da integridade do direito*. Dissertação. Brasília: UNB, 2007. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1362/1/Dissertacao_2007_JanainaPenalva.pdf>, acesso no dia 01/02/2016 às 23horas;

SILVEIRA, F. de A. SIMANKE, R. T. *A psicologia em história a loucura em Michel Foucault*. Fractal: Revista de Psicologia, v.21 – n. 1, p.23-42, jan/abr 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v21n1/03.pdf>>, acesso no dia 12 de Abril de 2015 às 18 horas;

SIQUEIRA, R. de; CARDOSO JÚNIOR, H. R. *O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana*. Imagonautas, v. 2, n. 1, p. 92-113, 2011. Disponível em: <<http://imagonautas.webs.uvigo.es/index.php/imagonautas/issue/viewIssue/9/19>> acesso no dia 11 de novembro de 2015 às 23 horas;

ZAFFARONI, E. R. *O inimigo no direito penal*. Trad. Sérgio Lamarão. 3.ed. 2ª reimp. Rio de Janeiro: Revan, 2014.