

Universidade de Brasília
Faculdade de Direito
Programa de Pós-Graduação em Direito

Mariane Oliveira Junqueira

**Produção da periculosidade nos dossiês de medidas de segurança executadas pelo
PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – entre os anos de 2014 e
2016**

Brasília
2019

Mariane Oliveira Junqueira

**Produção da periculosidade nos dossiês de medidas de segurança executadas pelo
PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – entre os anos de 2014 e
2016**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Direito.

Área de concentração: Direito, Estado e Constituição.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Camila Cardoso de Mello Prado.

Brasília
2019

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

JJ95p	<p>Junqueira, Mariane Oliveira Produção da periculosidade nos dossiês de medidas de segurança executadas pelo PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator - entre os anos de 2014 a 2016 / Mariane Oliveira Junqueira; orientador Camila Cardoso de Mello Prado. -- Brasília, 2019. 170 p.</p> <p>Dissertação (Mestrado - Mestrado em Direito) -- Universidade de Brasília, 2019.</p> <p>1. Pesquisa em Arquivo. 2. Periculosidade criminal. 3. PAILI. 4. Loucura. 5. Paradigma etiológico. I. Prado, Camila Cardoso de Mello, orient. II. Título.</p>
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Mariane Oliveira Junqueira

**Produção da periculosidade nos dossiês de medidas de segurança executadas pelo
PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – entre os anos de 2014 e
2016**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Direito.
Área de concentração: Direito, Estado e Constituição.

A candidata foi considerada _____ pela banca examinadora em 18 de março de 2019.

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Camila Cardoso de Mello Prando (orientadora)
Faculdade de Direito - Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª. Ludmila Cerqueira Correia (membro)
Faculdade de Direito - Universidade Federal da Paraíba

Prof^ª. Dr^ª. Luciana Stoimenoff Brito (membro)
Instituto de Bioética - Anis

Prof^ª. Dr^ª. Erica Quinaglia Silva (suplente)
Faculdade de Saúde Coletiva - Universidade de Brasília

*Para Nair Rodrigues da Silva (in memoriam) e
Maria Barbosa Junqueira (in memoriam)*

AGRADECIMENTOS

Registrar por escrito agradecimentos é correr risco da memória esquecida, dos muitos nomes que deveriam ser registrados mas que não cabem no papel. Escrever agradecimentos é se expor e por isso é algo que hoje me assombra. Não acredito que os melhores e piores momentos de nossas vidas precisem de holofotes. Para além das discussões metodológicas que agora ignoro – sendo os agradecimentos parte do trabalho, há muitos que dizem que deveriam ser protocolares, com saudações ao financiamento, à universidade, à equipe técnica – sempre me questioneei se deveria fazer desse momento mais um espaço do protocolo, ou se me permitiria a liberdade da escrita livre. Apesar de ter seguido até o final com a ideia do agradecimento protocolar, no final da reta entendi porque tantos agradecimentos são apaixonados. É que uma pesquisa não é apenas uma pesquisa, um relatório elaborado, defendido e entregue. É parte de uma trajetória; e não passamos por ela sozinhos. Há quem o faça só, mas não é o meu caso. Haverá quem não entenda que há abnegação e muitos não ditos para que essa pesquisa chegasse ao fim. Há muitos corpos pacientes que entenderam a ausência e o silêncio da ora escrevedora. Uma pesquisa de mestrado é o resultado não apenas do esforço intelectual de dois anos, mas é também deixar de estar com pessoas queridas por longo tempo. São escolhas trilhadas. Por isso, defendo aqui o meu agradecimento como tributo aos pés que me guiaram, aos ombros que me sustentaram e aqueles que me apoiaram neste caminho. Não se trata de apenas uma pesquisa realizada. Estas longas pesquisas, caminhos trilhados com muito tempo e abnegação, exigem muito mais que esforço intelectual.

Por isso, caro leitor, terei minha licença poética, e cara banca avaliadora de antemão aviso, se for avessa a desse momento, peço que salte algumas páginas de agradecimento, que aqui é um espaço que reivindico como meu tributo. Para muitos o mestrado pode ser apenas um título, para mim é um sonho. Aqui permito a mim mesma o direito de escrever este tributo.

Agradeço a minha primeira fonte de inspiração: minha avó Nair Rodrigues da Silva, a quem dedico este trabalho. Ela nunca poderá ler estas páginas, não apenas por ser semi-analfabeta, mas por já não estar entre nós. Ela foi minha primeira inspiração e muito antes do conhecimento acadêmico, pude perceber, observando sua vida, que a loucura é generificada¹, e sua exclusão é uma questão de poder. Ela viveu na pele a dureza da loucura e

¹ Sobre o uso deste termo ler Connel e Pearse (2015).

sua vida em liberdade é em si a materialização das fissuras que podem ser criadas num mundo de exclusão aos pacientes psiquiátricos, concomitante com os pesos que o gênero coloca em nós mulheres. Antes de Foucault ou Goffman me explicarem o que o conhecimento acadêmico diz sobre estigma, poder, exclusão dos loucos e das loucas, vi por meio dela a dureza e a potência criativa dos loucos e das loucas. É no nome dela que agradeço a confiança, o apoio e a fé depositada em mim pela minha família.

Não consegui deixar para depois falar da importância de ter encontrado minha orientadora nessa trajetória. As palavras fissuras e potências passaram a ter outro sentido depois que a conheci. Hoje tenho certeza que com outra orientação jamais este trabalho teria chegado ao fim. Camila Prando, agradeço primeiramente por em 2017 ter apostado em mim, uma anônima do interior de Goiás recém chegada à Brasília. É um grande risco e um costume de poucos professores arriscarem uma assinatura em um aluno anônimo, que vem “de fora da UnB”. Uma orientadora em extinção, mais que a regra das assinaturas, ela aceitou me orientar por este caminho e muito me ensinar nestes dois anos. Não estou falando apenas do conteúdo e complexidade da abordagem que lhe é notória. Mas com ela percebi outro sentido de uma postura pedagógica reflexiva e aprendi a observar. Muito aprendi na meia dúzia de caminhos a pé para casa compartilhados. E observando percebi nela a humildade de se adaptar a mim, a se esforçar para me alcançar. Mais uma vez agradeço por não ter desistido de mim.

Agradeço Daniel Victor Castro por ter me recebido, incentivado e ter tornado Brasília uma cidade com muito mais acolhimento. Agradeço em nome de Ana Laura Vilela, Emília Vianna, Eduarda Toscani Gindri, Fernanda Lima e Clara Welma aos novos colegas-amigos que fiz na chegada à Unb, que me apoiaram sempre e tanto me ensinaram. Agradeço pelas companhias no RU, pelas trocas tão intensas e pelo aprendizado intelectual que tive em sala e extraclasse com vocês. Entendi com vocês que o aprendizado na pós-graduação não se centra na sala de aula ou apenas na figura do professor. Cada caminho da FD ao RU, ou da Unb para casa, foi um caminho de profundas trocas acadêmicas, não apenas afetivas. Descobri que Daniel Castro tinha razão quando me disse que o grande salto intelectual de sua jornada na academia talvez não tenha acontecido apenas em sala de aula. Aprendi muito com vocês todas sobre o campo criminológico, sobre as relações raciais, sobre gênero, até sobre o próprio uso do Mendeley. Talvez tão importante quanto isso, aprendi sobre gentileza e generosidade. Obrigarem por me apoiarem por todo percurso e mais ainda na reta final.

Agradeço, em nome dos meus professores da graduação, Helga Maria Martins de Paula, Carla Benitez Martins, Rosane Freire Lacerda, Veronica Korber Gonçalves, Marcelo Cafrune por serem minha fonte de inspirações e por desde cedo me incentivarem a seguir e a sonhar com o mestrado. Helga Maria, eterna coordenadora do curso de direito, foi minha primeira professora/tutora que despertou em mim o estudo de criminologia. Obrigada por me incentivar no caminho da pesquisa, por me ensinar na prática da extensão e por me guiar com tanta humildade e amor. Carla Benitez foi fundamental para incentivar o desbravamento da execução das medidas em Goiás; foi por meio de sua disciplina de execução penal que descobrimos os circuitos dos sujeitos no interior de Jataí. Nestas descobertas, pude sentar ao lado e conhecer um paciente em medida de segurança que morava em uma residência terapêutica no interior de Goiás.

Agradeço ao coletivo libertárias, em nome de Isabela Franco de Andrade, Larissa Schwarz, Daniel Castro e Jaqueline Martins pelo espaço de aprendizagem crítica em gênero. Enquanto muitos na academia utilizam direitos humanos como discurso, aprendi com vocês sua potência e ação.

Não poderia deixar de agradecer a Lídia Junqueira, Ariel Freitas e Anielle Moraes pela leitura e correção destes escritos. Obrigada pelo apoio, gentileza e paciência.

Agradeço ao PAILI, em nome de Aparecida Diniz, pela atuação que me serve de inspiração e à Superintendente do programa, Evanilde Fernandes Costa Gomides, pela disponibilização e autorização do uso dos dados dessa pesquisa.

Agradeço à CAPES pelo apoio financeiro.

Agradeço em nome da Euzilene, Rosa, Lia, a todos os servidores e servidoras do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Brasília, pela sempre terna ajuda que nos oferecem com seus serviços, e tão importante quanto isso, pelas xícaras de café, sorrisos e abraços gentis.

Por fim, agradeço às professoras Ludmila Correia, Luciana Brito e Erica Quinaglia, que ao lado da professora Camila Prando compõe a banca examinadora. Agradeço não apenas pela disponibilidade de tempo, mas pela presença nessa trajetória de pesquisa, por serem referenciais importantes neste trabalho e, mais que isso, pela generosidade do aceite deste convite.

RESUMO

Trata-se de pesquisa documental em fundo de arquivo sobre o acompanhamento das medidas de segurança pelo Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), programa de execução de medidas de segurança em Goiás. O PAILI surgiu em 2006, após provocação do Ministério Público, como um articulador entre a demanda de execução de medida de segurança e as instituições da rede de saúde mental de Goiás. É uma experiência única e busca aplicar da Lei nº. 10.216/2001 nas medidas de segurança. No arquivamento do PAILI há o armazenamento de dossiês de medidas de segurança extintas e não extintas, dentre os quais selecionou-se uma amostra que é o *corpus empírico* da pesquisa. Nestes dossiês, nosso objetivo é analisar os sentidos da categoria de periculosidade na produção discursiva de diferentes atores: técnicos do PAILI, magistrados, peritos do Tribunal de Justiça de Goiás. Partindo da hipótese de que haveria momentos nos quais a periculosidade vêm à tona e momentos nos quais ela não aparece nos arquivos, importaria entender quais sentidos evocam a periculosidade e como ela se refaz ou desfaz nas práticas de intersecção entre PAILI e Judiciário. Para isso, verificamos, a partir do método de Análise do Conteúdo, os léxicos associados à categoria da periculosidade que aparecem nas sentenças, laudos periciais e relatórios do programa. Identificamos como esses léxicos se constroem como práticas discursivas e como essa construção se relaciona com práticas de não internação em manicômio do PAILI. Na prática discursiva do saber médico, o médico-perito constrói a periculosidade por meio do diagnóstico e sua testificação com uma categoria diagnóstica codificada por um CID; pela descrição de comportamentos e sintomas de loucura; antecedentes e ascendentes em tratamento psiquiátrico e pelo registro de vínculo familiar e social. Há um alargamento no sentido da categoria a condições alheias ao sujeito mas direcionadas ao seu vínculo familiar. Tecendo um dobramento deste saber médico, os magistrados se apropriam da construção anterior da periculosidade, vinculando-a à alterações de comportamento (personalidade e sintomas de loucura); à categoria diagnóstica – classificação codificada (CID) e à gravidade do delito/reincidência, demonstrando como a reprovabilidade e punição são sentidos implícitos na decisão penal. Como em uma antítese da periculosidade, para extinção das medidas a ausência da periculosidade é vista pela ausência de sintomas psiquiátricos. Por outro lado, nos relatórios do PAILI, parece haver um deslocamento, primeiramente na rede de cuidados que buscam a integralidade do cuidado sob os parâmetros do SUS. Surgem léxicos do SUS como projeto terapêutico singular, adesão ao tratamento, usuários e atendimento integral. Nesta construção brotam ambiguidades relacionadas aos sentidos de comportamento, adesão ao tratamento, quadro mental estável, suporte familiar e reinserção social. Há aqui não apenas uma construção discursiva que busca romper com o dobramento médico-penal, mas realizar desencarceramento.

Palavras-chave: Pesquisa em Arquivo. Periculosidade criminal. Loucura. PAILI. Criminologia positiva. Paradigma etiológico.

ABSTRACT

This documentary research was based on an archive background on the monitoring of security measures by the Program of Integral Attention to Madness Offender, (PAILI) in Brazilian Portuguese, program of execution of security measures in Goiás. The PAILI was founded in 2006, after provocations of the Public Prosecutor's Office, as an articulator between the demand for execution of a security measure and the mental health institutions in Goiás. It is a unique experience and it aims to apply the Law nº. 10.216/2001 on safety measures. In the archiving of the PAILI there is the storage of extinguished and non-extinguished safety measures dossiers, among them we selected a sample that is the empirical corpus of this research. In these dossiers, our objective is to analyze the meanings of the dangerousness category in the discursive production of different agents: PAILI technicians, magistrates, and experts from the Court of Justice of Goiás. Considering the hypothesis that there would be moments in which the dangerousness comes up and moments in which it does not appear in the archives, it would be important to understand which directions evoke the dangerousness and how it is re-done or undone in the practices of intersection between PAILI and Judiciary. Therefore, we verified, along with the Content Analysis method, the lexicons associated to the category of dangerousness that appears in the sentences, expert reports and reports of the program. We have identified how these lexicons are constructed as discursive practices and how this construction is related to PAILI practices the non-hospitalization in asylums. In the discursive practice of medical knowledge, the doctor-expert constructs the dangerousness by means of coded diagnosis in an International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD); by the description of behaviors and symptoms of madness; antecedents and family ascendants in psychiatric treatment and by the register of family and social bond. There is a widening towards the dangerousness category for the subject's outsiders but directed to their family bond. Through the duplication of this medical knowledge, magistrates assume the previous construction of dangerousness, linking it to behavioral changes (personality and symptoms of madness); an International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) and the seriousness of the offense / recidivism, demonstrating how the non-approvability and punishment are implicit meanings in the criminal decision. As in an antithesis of dangerousness, until the extinction of measures, the absence of danger is synonymous with the absence of psychiatric symptoms. On the other hand, in the PAILI reports, there seems to be a displacement, first in the care network that seeks the integrality of the treatment under SUS parameters. SUS lexicons arise as a unique therapeutic project, adherence to treatment, users and integral care. Ambiguities show in this construction related to the senses of behavior, adherence to treatment, stable mental frame, family support and social reintegration. There is not only a discursive construction here that seeks to break with the penal-medical double, but also to carry out a release.

Keywords: Archival research. Criminal dangerousness. Madness. PAILI. Positive criminology. Etiological paradigm.

Lista de Siglas

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CEPAIGO	Centro Penitenciário Agroindustrial de Goiás
CEP-CHS	Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais
CF	Constituição Federal de 1988
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CP 1830	Código Penal de 1830
CP	Código Penal de 1940
CPP	Código de Processo Penal de 1941
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CRP	Conselho Regional de Psicologia
GSM	Gerência de Saúde Mental
HC	Habeas Corpus
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
LEP	Lei de Execução Penal de 1984
MS	Medidas de Segurança
PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PAIPJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNH	Política Nacional de Humanização
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENILA	Rede Nacional de Luta Antimanicomial
SES	Secretaria de Estado de Saúde de Goiás
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SPAIS	Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde
SRTs	Serviços Residenciais Terapêuticos
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TJGO	Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

Sumário

1 Introdução	14
1.1 Pesquisa em arquivo	18
1.2 Amostragem na pesquisa qualitativa	21
1.3 Coleta e análise dos dados	25
2 Episteme da periculosidade	29
2.1 Pressupostos teóricos da periculosidade	29
2.2 Escola clássica e escola positiva na construção da periculosidade	32
2.3 Chegada da periculosidade no código de 1940	38
2.4 A caracterização jurídica da periculosidade na medida de segurança: as definições legais e as construções doutrinárias	45
3 Reformas psiquiátricas e medidas de segurança	55
3.1 Reformas psiquiátricas	60
3.2 PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator	66
4 Periculosidade como prática discursiva nos arquivos	77
4.1 Periculosidade na prática discursiva do Laudo da Junta Médica do Poder Judiciário: o diagnóstico movimenta o ubuesco da relação da loucura como perigo	78
4.1.1 Periculosidade como categoria diagnóstica e classificação codificada (CID)	81
4.1.2 Periculosidade no comportamento e sintomas de loucura	84
4.1.3 Periculosidade nos antecedentes e ascendentes em tratamento psiquiátrico	86
4.1.4 Periculosidade materializada nos vínculos (familiar e social)	86
4.2 Periculosidade na prática discursiva das sentenças: o diagnóstico, o comportamento alterado e a presunção de periculosidade	87
4.2.1 A periculosidade expressa pela categoria diagnóstica e a classificação codificada (CID)	92
4.2.2 Alterações de comportamento: genealogias da personalidade e sintomas de loucura	93
4.2.3 Presunção da periculosidade pela inimputabilidade	96
4.3 Periculosidade na prática discursiva das sentenças que extinguem as medidas de segurança	98
4.3.1 Análise de comportamento e remissão de sintomas: expressão de vidas normalizadas	98
4.3.2 Razões jurídicas	100
4.4 Periculosidade nas práticas discursivas dos relatórios do PAILI: modelo do cuidado e reinserção social	103
4.4.1 Cuidado integral e a rede de cuidados	106
4.4.2 A periculosidade: apagamentos e negociações na intersecção entre PAILI e Judiciário	113
4.4.2.1 Necessidade de laudo médico para emissão de Guia de autorização de Internação Hospitalar (AIH)	124

4.4.2.1.1 Negociação da liberdade nas dinâmicas institucionais do PAILI	128
4.4.3 A periculosidade: ambiguidades e (re)atualizações na produção dos relatórios do PAILI	130
4.4.3.1 Periculosidade suavizada na estabilização do quadro mental e flexionada no seu agravamento	132
4.4.3.2 Suporte familiar e reinserção social	135
4.4.3.3 Novos crimes	139
4.4.4 Flexionando a periculosidade	140
4.4.5 E ainda, os estabelecimentos de internação	142
5 Considerações finais	144
Referências bibliográficas	147
APÊNDICE – Os atuais retrocessos na política de saúde mental no Brasil	157
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas e Sociais (CEP-CHS) da Universidade de Brasília (UnB)	163
ANEXO B – Aceite institucional para pesquisa nos arquivos do PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator	168
ANEXO C – Termo de responsabilidade pelo uso de informações e cópias de documentos para fins de pesquisa	169

1 Introdução

O Brasil, juntamente com os países colonizados no ocidente, incorporou em sua dinâmica penal a criação europeia dos manicômios judiciários. A data de 1940 marca a entrada na legalidade das medidas de segurança e da periculosidade como justificativa para a internação penal.

O vínculo entre a loucura e o perigo foi, com muito esforço, sendo desconstruído por lutas sociais e práticas críticas em saúde mental, práticas essas que não romperam por completo o paradigma da loucura criminosa. As demandas da luta antimanicomial se materializaram na legislação federal por meio da Lei nº.10.216/2001 que proporcionou conquistas de direitos às pessoas com sofrimento mental (CORREIA, 2018) e mudanças na política de saúde mental no Brasil². Essa legislação também permitiu uma possibilidade de releitura do paradigma das medidas de segurança no Brasil³.

Esses avanços parecem ter surtido pouco efeito nas instituições manicomiais “judiciárias” que continuaram hegemônicas e em funcionamento no Brasil. Frente a essa resistência, órgãos de controle/aperfeiçoamento do judiciário e do sistema penitenciário foram paulatinamente consolidando entendimentos⁴ no sentido de determinar que a Lei da Reforma Psiquiátrica norteasse a execução das medidas de segurança.

Tendo em mente este pensamento crítico, houve criações singulares de práticas⁵ que se dizem não manicomiais no cuidado das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei penal. Em Goiás, foi criado em 2006, no âmbito da Secretaria da Saúde, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator(PAILI). Por meio deste programa, a partir da fase da execução penal, as medidas de segurança seriam cumpridas mediante tratamento em saúde mental ofertados, via de regra em meio aberto, por meio da Rede de Atenção

² Como redução dos leitos de internação e centralização do cuidado em liberdade.

³ Falaremos adiante sobre as normativas que demonstram essa consolidação. Acerca disso, sugerimos leitura de Correia e Passos (2017). Cabe apenas aqui destacar que essa mudança não é apenas localizada em experiências únicas como o PAILI e o PAIPJ, mas se estendeu a iniciativas de criação de Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP's), nos Estados do Piauí, Maranhão e Pará.

⁴ Não só, mas podemos citar a publicação de normativas federais sobre as quais falaremos adiante.

⁵ Embora não seja objeto de nosso estudo, cabe aqui lembrar que há um programa pioneiro muito conhecido por ser uma alternativa à internação em HCTP (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico) chamado Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAIPJ). Foi criado pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais a fim de fornecer auxílio aos magistrados nos casos de loucos infratores no sistema penal e acompanhar os casos desde a fase de conhecimento. Embora integre o judiciário, nesta prática não houve ainda ruptura com a estrutura e demanda por internação em HCTP, que continuam em funcionamento no Estado.

Psicossocial(RAPS). O serviço substitutivo⁶ e independente de manicômio judiciário em Goiás torna a experiência do PAILI única.

Grande parte dos trabalhos sobre medidas de segurança no Brasil centralizam os estudos nas instituições manicomial-penais. Em que pese as alterações que ocorreram na legislação penal⁷ e federal⁸, a periculosidade continua sendo o fundamento jurídico-legal para o “juízo” e o tratamento do louco infrator.

A genealogia da periculosidade nos conta que esta última nasce do dobramento de saberes biologicistas com o racismo científico e se materializou legalmente a partir da influência das construções discursivas da criminologia positivista em um período de busca por consolidação de um saber moderno penal (PRANDO, 2012). Sobre essa categoria, grande parte dos trabalhos encontrados⁹ estudam a periculosidade criminal no campo da estruturação das práticas discursivas como mecanismo de controle social. Esses trabalhos buscam entender como se articulam discursos e saberes em “torno da noção de periculosidade a partir do estudo de casos empíricos”; o “significado semântico e discursivo de periculosidade” por meio da análise de conteúdo dos manuais e livros de psiquiatria forense (MITJAVILA; MATHES, 2012), de análise de discurso psiquiátrico forense em laudo médico/psiquiátrico de medida de segurança (ALMEIDA, 2013; BRAVO, 2007) e, por fim, em estudo de caso de paciente

⁶Conforme sugestão de Ludmila Correia que compõe a comissão examinadora dessa dissertação, falamos em serviço substitutivo e não alternativo, já que em Goiás não há HCTP. Concordamos com ela de que seria alternativo se fosse uma opção à privação da liberdade dessas pessoas.

⁷A reforma penal de 1984 retirou da legislação o sistema duplo binário que permitia concomitância entre pena e medida de segurança, sendo atualmente adotado o sistema unitário ou vicariante, no qual só é permitida a adoção de uma ou outra forma de sanção penal.

⁸ Lei nº10.216/2001.

⁹ Fizemos uma revisão sistemática da literatura sobre periculosidade criminal e com protocolo rígido para sua confecção, visando o levantamento bibliográfico das publicações que envolviam o tema em estudo, de forma sistemática. A busca foi realizada exclusivamente na base de dados da plataforma CAPES, onde foram encontrados setenta e dois (72) resultados a partir da combinação das palavras chave “periculosidade” e “loucura” e dois (2) da combinação “periculosidade criminal” e “loucura”. Nos periódicos da CAPES, quando buscamos pela palavra-chave “periculosidade criminal” com os filtros “qualquer”, “é exato”, “periculosidade criminal” and “loucura”, com data de publicação “nos últimos 20 anos”, “qualquer idioma” e “periódicos revisados por pares” encontramos dois (2) resultados. Os dois trabalhos encontrados são da mesma autora: Mitjavila, Myriam, com publicações de 2012 e 2015. Nos periódicos da CAPES, quando buscamos pela palavra-chave “periculosidade”, com os filtros “qualquer”, “é exato”, “periculosidade”, and “loucura”, data de publicação “nos últimos 20 anos”, “qualquer idioma”, tipo de material “artigos” e “periódicos revisados por pares”, encontramos 72 resultados. Após realização de um filtro inicial foram selecionados sete (7) artigos de interesse. Os critérios de exclusão dos 67 artigos listados como não sendo de interesse foram: repetição dos artigos de interesse (02); não tinham qualquer relação com periculosidade criminal(09); medidas de segurança em termos gerais, sem relacionar a especificidade da questão da periculosidade (5); informações históricas e teóricas disponíveis sobre as relações entre crime e loucura (1); estudos do campo da saúde mental e reforma psiquiátrica (42); estudos sobre internação compulsória (2); estudos sobre drogas (3); estudo sobre PAILI(1); caso Lima Barreto (2). No que se refere aos artigos de interesse, o ano de produção segue a seguinte frequência: 1999(1), 2007 (1), 2012(1), 2013(1), 2015(3).

internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (DINIZ, 2015; PERES, 1999). Diferentemente dos demais, um trabalho parte de dados secundários do Censo de 2011 e de pesquisa bibliográfica para entender a periculosidade criminal (ROSSI, 2015).

Esses trabalhos têm como entrada a dimensão de que a articulação dos discursos, saberes e práticas institucionalizadas sobre periculosidade nascem das conexões entre saber médico-psiquiátrico e jurídico-penal para explicar, por meio de teorias sobre degenerescência e hereditariedade, o comportamento criminoso. Grande parte dos trabalhos encontrados partem do reconhecimento da contribuição da antropologia criminal com Lombroso, inspirado na teoria da degenerescência de Morel, na construção da episteme que fundamenta a periculosidade (MITJAVILA, 2015; MITJAVILA, MATHES, 2012, p. 1380) mas pouco falam a respeito de Enrico Ferri na construção da periculosidade. Embora seja fundamental no surgimento da episteme da periculosidade, Ferri não é citado nos trabalhos. O gênero e a raça não aparecem como variáveis para pensar a periculosidade. Há um silêncio a respeito da periculosidade ser uma expressão da colonialidade do poder.

Sistematicamente: grande parte dos trabalhos encontrados estudam a periculosidade criminal no campo da estruturação das práticas discursivas; a periculosidade foi estudada predominantemente por meio de estudos empíricos; há uma centralidade do dado documental; A periculosidade é pensada como em movimento: análise de riscos e de probabilidade de comportamento criminoso; descrição de comportamentos e conceitos diagnósticos; há silêncio sobre processos de racialização; centralidade de estudos foucaultianos.

A fim de avançar nos estudos sobre a periculosidade e práticas discursivas, estudando-a num cenário de constituição de novas práticas não manicomial, delimitamos nosso problema de pesquisa a compreender como os sentidos da periculosidade aparecem - se aparecem - nos registros dos dossiês dos usuários arquivados no PAILI. Essa é uma pergunta foucaultiana sobre como jogos, estratégias e relações de poder se materializam em enunciados discursivos (FOUCAULT, 2008).

Escolhemos a periculosidade como categoria central de análise porque em todos os trabalhos analisados sobre o PAILI (descritos no terceiro capítulo) a periculosidade é citada apenas como condição para as medidas de segurança e sua abordagem teórica é introdutória para os trabalhos. Além desta lacuna, esses trabalhos assinalam que nesse novo cenário há a criação de estratégias de substituição do tradicional sentido do “[...] dispositivo da periculosidade [...] como tática de controle dos corpos” (BRITO, 2015, p.67) nas medidas de

segurança para um outro modelo: o da avaliação psicossocial (FARIA, 2017; SILVA, 2010a). Neste novo cenário buscamos entender quais práticas discursivas e embates movimentam, fissuram ou fazem reaparecer a periculosidade.

Como fase de pré-análise, fizemos a seleção do *corpus* do empírico da pesquisa composto pelos arquivos do PAILI. Os documentos inicialmente escolhidos eram as decisões judiciais. Contudo, a fim de entender as relações institucionais na intersecção do judiciário com o programa, a partir da análise das unidades discursivas nos documentos, consideramos interessante incorporar os demais documentos arquivados¹⁰. Sobre diferentes enunciados a respeito da periculosidade, optamos por destacar três tipos de construções discursivas nos dossiês: as sentenças, os relatórios do PAILI e os laudos da Junta Médica do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás¹¹. Essa escolha não é uma sociologia dos atores, mas aqui é importante considerar a posição e quem são os atores centrais para entender suas condições desiguais de fala e de uso de poder em seu discurso (VIANNA, 2014, p. 48).

A partir de uma leitura exploratória flutuante, percebemos que o PAILI não faz uso em seus relatórios do conceito expresso de periculosidade e, por vezes, o substitui por outro léxico, avaliação psicossocial. Dessa forma, também buscamos entender seu significado discursivo. Partilhamos de uma indagação feita por Vianna sobre procurar observar nos arquivos “[...] o trânsito, manutenção ou transformação de categorias, concepções e práticas[...]” assim como com a “[...]produção de destinos, relações e, porque não?, de pessoas que emergiriam desse encontro [...]” (VIANNA, 2014, p. 43). Esses questionamentos de partida nos conduziram a outros que circulavam entre entender os itinerários e como essa intersecção entre o judiciário e o PAILI é registrada nos arquivos. Tentamos traçar uma linha do tempo de cada dossiê, a fim de entender o itinerário daqueles sujeitos depois da decisão de absolvição imprópria. Contudo, essa linha temporal se mostrou impraticável já que os dossiês se apresentavam como “informações aos pedaços” (FARGE, 2009, p. 91).

Partindo desses questionamentos, nosso objetivo geral será: analisar os sentidos da categoria periculosidade nas medidas de segurança executadas pelo PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator –, em Goiás, entre os anos de 2014 e 2016. Nossos objetivos específicos são: a) descrever os léxicos da periculosidade nas sentenças, relatórios do PAILI e os laudos-psiquiátricos arquivados no PAILI; b) verificar como e sob que

¹⁰Incluimos na leitura: sentença, laudo médico, atos de comunicação do PAILI com o judiciário e vice-versa.

¹¹Laudos decorrentes de incidentes de insanidade mental, nos quais há questionamentos a respeito da inimputabilidade, capacidade de entender caráter ilícito do ato e capacidade de determinação.

fundamentos os magistrados goianos produzem enunciados discursivos sobre periculosidade nas decisões que decretam e extinguem medidas de segurança; c) identificar como o discurso penal sobre a periculosidade se relaciona com práticas de não internação em manicômio do PAILI.

Apropriando-nos do conceito de gênero ser situacional, no qual o gênero em determinadas situações seria suprimido e em outras reforçado (CONNEL, PEARSE, 2015, p.54) e comparando com o movimento da periculosidade no arquivo, passamos a pensar, quais são as situações em que a periculosidade é suavizada e enfatizada? Quais signos são chamados à questão de destaque à periculosidade? De que modo esse conceito negociaria com a liberdade e a autonomia do PAILI para decidir sobre o tratamento? Como se estabelecia este conceito quando ele era enfatizado? Enfatizada a periculosidade, quais mecanismos entram em cena? E, sobretudo, quais questões ativam a periculosidade?

Assim, buscamos entender, mais do que a dualidade entre presença e ausência de léxicos a respeito da periculosidade, como nesse novo desenho de programa se comporta a periculosidade. Queremos saber se no entruncamento de práticas discursivas do judiciário, do PAILI, de saberes médicos e jurídicos, se a periculosidade se fissa, se desloca ou como reaparece.

A viabilidade da presente pesquisa se deu mediante autorização institucional (anexo 01). A pesquisa foi revisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP-CHS) do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (UnB) com o código de identificação CAAE85565818.3.0000.5540 (anexo 02).

1.1 Pesquisa em arquivo

Pesquisar em arquivo é fazer perguntas sobre como a burocracia do arquivamento de documentos é um registro sobre relações de poder. Esse é o sentido de arquivo para Foucault: “O arquivo é, de início, a lei do que pode ser dito, o sistema que rege o aparecimento dos enunciados como acontecimentos singulares”(FOUCAULT, 2008, p. 109).

Derrida, ao introduzir *arkhê*, ideia de começo ou comando, recupera o sentido e a história do depósito dos documentos oficiais. “Os *arcontes* foram seus primeiros guardiões. Não eram responsáveis apenas pela segurança física do depósito e do suporte. Cabiam-lhes também o direito e a competência hermenêuticos. Tinham o poder de interpretar os arquivos”

(DERRIDA, 2001, p. 12–13). Para Derrida, o poder que decide que fragmentos e verdades serão disputadas e que registros importam é *arconte do arquivo*. Por isso, estudar o arquivo é entender a autoridade que o institui.

O poder burocrático do registro determina quais vozes serão ecoadas nos arquivos, além das falas e verdades. Por isso, um arquivo é um registro do movimento de relações de poder que decidem e ordenam sobre vidas. Não se trata de registro de histórias de vida, mas de disputas sobre a verdade arquivada. Os sujeitos das histórias são objetificados por uma relação de poder que registra e determina quais fragmentos da verdade e quais perspectivas da história serão arquivados.

A constante lacuna dessas falas captadas (FARGE, 2009, p. 58) parece ser um dos principais limites da pesquisa com corpus empírico arquivístico. O registro do vivido por um saber que arquia é, em si, a materialização da parcialidade, de relações de poder e da autoridade discursiva (FARGE, 2009; FOUCAULT, 2008). Por conta da parcialidade do arquivado e das constantes omissões, ao se debruçar no estudo de um arquivo é preciso enxergar a autoridade discursiva com constante questionamento e o peso da desconfiança deve guiar o lido (FARGE, 2009).

O reconhecimento da constante falta do arquivo pode levar à crença de que a etnografia vivida mediante observação participativa sanaria esses limites em uma pesquisa, mediante a fé inquebrantável de que a exotização do outro estudado, o excessivo destaque à subjetividade do pesquisador no encontro vivido (VIANNA, 2014, p. 45) e a vida vivida como se fosse o “outro” revelaria os saberes ocultos desta “aldeia” estudada. Essa presunção de completude na pesquisa parece ser herança do eurocentrismo colonizador nas ciências, principalmente na antropologia e na sua metodologia criada, inicialmente, para apropriação e exploração dos povos colonizados.

A exotização no pesquisado segue uma lógica colonial que percebe no “eu” uma superioridade natural e essencializa o “outro” como o “bom selvagem” a ser estudado. A ilusão de completude na pesquisa etnográfica envolve a crença de que a realidade poderia ser desnudada em sua integralidade, mas por “[...]estarmos submetidos tanto a regimes de fala - conversas, entrevistas, depoimentos - quanto de silêncio. Há coisas que não nos são ditas, seja por pessoas de carne e osso ou por pessoas de papel [...]” (VIANNA, 2014, p. 45). Essa posição autoritária não permite enxergar o processo de pesquisa por meio da reflexividade,

entendendo o impacto que a presença do pesquisador exerce sobre o espaço pesquisado (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Por isso, assim como o arquivo físico possui em si o constante silêncio, qualquer pesquisa realizada o possui à sua maneira, mas sobre essa “loquacidade-silêncio” conferimos sentidos diferentes (VIANNA, 2014, p. 46). Em decorrência disso, somos forçados a elaborar “[...] sobre a verdade própria do escrito e do documentado que nos capacite ultrapassar a falta primordial da etnografia fetichizada no encontro cara a cara [...]” (VIANNA, 2014, p. 46).

No campo da metodologia, muitas perguntas sobre o uso do arquivo como fonte se referem à diferença entre a pesquisa documental e a etnografia em arquivo. A principal diferença da segunda decorre na observação do documento enquanto produção de um “mundo social” (VIANNA, 2014, p. 44) e “um corpus vivo” (VIANNA, 2014, p. 45). Sobre isso, a arqueologia do saber *foucaultiana* busca encarar o discurso em sua especificidade, não como documento, mas como “*monumento*” (FOUCAULT, 2008, p. 114), considerando a “[...] função enunciativa que nele se exerce, da formação discursiva a que pertence, do sistema geral de arquivo de que faz parte. A arqueologia descreve os discursos como práticas especificadas no elemento do arquivo.” (FOUCAULT, 2008, p. 111).

Estudar a prática discursiva na “aldeia-arquivo” (CARRARA, 1998, p. 55)¹² nos permite entender que os fragmentos arquivados são “pedaços que interessam” à narrativa que por trás deles se costura [...]” (VIANNA, 2014, p. 46–47) e essa sutileza entre ecos e fragmentos nos permite entender relações de poder. É um acervo de protocolos e carimbos, de laudos e registros de exames de vidas que antes eram anônimas, mas que interessam ao poder discursivo que registra.

O poder que registra informações sobre vidas, a despeito destas vidas quererem ou não ser registradas, a despeito desse registro satisfazer ou não o intento das vidas registradas, a despeito desse registro ser fiel ou não ao dito, é alicerçado por um saber. “O saber não é o canteiro epistemológico que desapareceria na ciência que o realiza. A ciência (ou o que passa por tal) localiza-se em um campo de saber e nele tem um papel que varia conforme as diferentes formações discursivas e que se modifica de acordo com suas mutações.” (FOUCAULT, 2008, p. 151). Esse saber-poder conduz a um enredo próprio, um enredo cronológico e discursivo que produz uma topologia privilegiada (DERRIDA, 2001, p. 13).

¹²Termo inaugurado por Sérgio Carrara em sua dissertação de mestrado, trabalho que é referência no Brasil nos estudos sobre Loucura e Crime. Nessa pesquisa, ele buscou realizar uma etnografia nos “Archivos” do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro.

Essa topologia “[...]se refere, ao mesmo tempo, à distribuição de poder e autoridades entre aqueles que guardam o arquivo e às designações e rótulos que o processo distribui entre os fatos que busca arquivar.” (COSTA, 2010, p. 181). Os *arcontes* (DERRIDA, 2001) tinham o poder de depósito e guarda dos arquivos. Não é sem razão que os documentos arquivados possuem uma “*topologia privilegiada*” (DERRIDA, 2001). São registrados por um ato de escolha privilegiado que reúne signos que considera relevantes. Por ser esse agrupamento privilegiado, e não uma “narrativa definitiva da verdade” (FARGE, 2009, p. 93), em que determinadas informações registra enquanto outras retira do arquivo (FARGE, 2009, p. 82), que o que é enunciado no volume de papéis precisa ser interrogado.

Por fim, Farge (2009) adverte que para olhar o arquivo é necessária a cautela com o vício de globalizar e generalizar as situações. Em sua escrita sobre os erros corriqueiros ao se estudar um arquivo ela adverte que, da mesma forma, buscar apenas o extraordinário é um erro. Ao mesmo tempo, o extraordinário, o cotidiano e o insignificante podem revelar sobre movimento do poder.

1.2 Amostragem na pesquisa qualitativa

O arquivo do PAILI recebe, desde seu surgimento, em 2006, os casos encaminhados pelo judiciário goiano de sentenças absolutórias impróprias que determinam o cumprimento de medidas de segurança de inimputáveis, de conversão de pena em medida de segurança de semi-imputáveis e de conversão de pena em medida de segurança por superveniência de doença mental durante a execução da pena. São 11 anos de existência do arquivo¹³. O total de casos arquivados, ativos e inativos (com medidas extintas e em curso) totalizam 654 dossiês até março de 2018¹⁴. Neste monturo de dados (BRITO, 2016), a seleção da amostragem na pesquisa qualitativa envolve definir as unidades de análise e escolher o corpus empírico

Diferentemente da amostragem na pesquisa quantitativa, na qual a escolha da população tem a intenção de encontrar dados probabilísticos e generalizáveis, na pesquisa qualitativa a amostra não é probabilística (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013, p. 401).

¹³Data referente à confecção da coleta destes dados: 2018.

¹⁴Os processos arquivados inativos são aproximadamente 363 no total. Dessa quantidade, os arquivos de medida extinta somam um número de 324 casos; os arquivados por falecimento perfazem 36 casos; e 03 são de transferidos.

Assim, a amostragem é um caminho para encontrar os casos de interesse e está em função da nossa pergunta de pesquisa (BOOTH; COLOMB; WILLIAMS, 2005, p. 45).

Por isso, a fim de entender o movimento da periculosidade no arquivado, escolhemos três grupos de dossiês homogêneos entre si. O primeiro grupo chamaremos aqui de grupo A, que é o de medidas extintas, casos que passaram pelo PAILI e foram arquivados como findos. Esse grupo tem traços do que Farge (2009) fala sobre arquivo intocado: aquela pequena poeira na superfície do papel. Esse grupo de documentos fica reservado no arquivo externo do PAILI.

Pelo fato de o período analisado ser curto, a quantidade de medidas extintas com entrada neste período são poucas¹⁵. Escolhemos, então, um grupo B, de medidas não extintas, com tratamento em andamento. A escolha por um grupo com casos em aberto decorreu de serem os mais comuns com entrada no período analisado e por representarem uma dinâmica mais estendida de atendimento do usuário, que é a regra. A ausência de poeira neste grupo revela seu constante manuseio. A amostra A e B tem quantidade proporcional de casos, com 9 dossiês em cada grupo.

Na pesquisa qualitativa, é previsível haver reformulação dos casos coletados, sendo a amostra final remodelada de acordo com as demandas do campo e os achados da pesquisa (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013, p. 404). Por isso, na imersão no campo, acrescentamos mais um grupo ao nosso material empírico (grupo C). Este último grupo é de dois casos ativos de usuários atualmente presos: o primeiro do caso é o dossiê com entrada mais antiga que permanece ativo (desde 2008) e o segundo, um caso mais recente (2016). Justificamos o acréscimo desses dois casos por serem eles excepcionais na rotina do PAILI e por terem diversidade de itinerários. O acréscimo no corpus empírico é possível porque a pesquisa qualitativa é mais flexível e, neste caso, a amostra pode e deve ser constantemente reavaliada (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013, p. 405).

A combinação de três grupos de amostras, embora sejam contrastantes, são homogêneos entre si, não com finalidade probabilística, mas com intenção de chegarmos a um dado comum entre os agrupamentos (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013, p. 407) e por outro lado, termos diversidade em nossos achados. Algo importante de destacar é que ainda que a amostra não tenha fim probabilístico, é necessário definir com rigor os casos a serem

¹⁵A critério exemplificativo, as medidas extintas representam aproximadamente 10% dos casos com entrada no período analisado.

escolhidos. A amostragem é fundamental para trazer confiabilidade à pesquisa e evitar o enviesamento da escolha dos casos. Para escolher o volume de casos, levamos em conta a operacionalidade e a saturação das categorias, por isso, não selecionamos uma amostra grande que nos impossibilitasse de realizar uma pesquisa com profundidade.

Como “[...] não existem parâmetros definidos para o tamanho da amostra” (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013, p. 404) e como a pesquisa em profundidade precisa ter um volume viável, selecionamos 09 casos do grupo A, 09 casos do grupo B e acrescentamos 02 casos do grupo C.

Definimos três tipos principais de enunciados discursivos para a análise: laudo médico pericial, sentença e relatórios do PAILI. Em cada dossiê¹⁶ selecionaremos os léxicos e os sentidos de periculosidade nas diferentes construções discursivas.

Os dossiês, organizados por nome e número, tinham registro de data de entrada no programa que poderia não corresponder necessariamente ao ano da sentença, o que nos possibilitou selecionar os grupos de casos por datas. A escolha das unidades de análise se deu por uma seleção que considerou a diversidade dos casos. Para constituir o *corpus empírico*¹⁷ da pesquisa nossa amostra foi por conveniência.

Como marco temporal, escolhemos os anos de 2014 a 2016 para ter um razoável panorama do andamento do programa durante três anos. O marco temporal inicial, 2014, foi

¹⁶Para este trabalho chamaremos as unidades de dossiês, já que não se trata do arquivamento completo dos autos dos processos de medidas de segurança em Goiás. O PAILI arquiva documentos específicos encaminhados ao judiciário e recebidos do mesmo. Esse é um arquivo de comunicações de autoridades judiciárias com o PAILI. Os dossiês sintetizam a comunicação processual entre judiciário e PAILI. Mas não somente. Eles registram o acompanhamento da execução de medida de segurança dos sujeitos. Dossiês arquivados no PAILI costumam conter Denúncia, Sentença, Laudo Médico da junta médica do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO), Ofício de encaminhamento dos documentos ao PAILI, Despachos do juiz de execução, Avaliação Psicossocial do usuário realizado pelo PAILI, Avaliação do tratamento do espaço de saúde que acompanha a medida de segurança do usuário. Ali são arquivados os documentos encaminhados pelo juiz da execução, sobretudo, decisões dos magistrados decretando medida de segurança e as extinguindo.

¹⁷Na entrada do arquivo, houve algumas intercorrências na seleção dos dossiês. Não encontramos o caso número (510), por isso, selecionamos o caso anterior, número (509).

um ano de importantes consolidações normativas¹⁸ de entendimento por parte do poder público e judiciário da aplicação da Lei nº.10.216/2001 nas medidas de segurança.

Com entrada no programa, durante os anos de 2014 a 2016, período analisado, existem 152 casos de medidas em andamento¹⁹ e 26 casos que já possuem medida extinta. Do grupo de medidas extintas, que chamamos de grupo A, tendo a lista de dossiês por data de entrada, escolhemos o primeiro dossiê. Pulamos os dois próximos e escolhemos o terceiro. Foram separados os 09 casos, sendo 03 casos por ano, da seguinte forma: 3 casos de 2014; 3 de 2015 e 3 de 2016.

Ainda tendo como base para calcular a data de entrada, fazendo uso da seleção por conveniência, selecionamos mais 09 casos dentre os 152 casos ativos com entrada no período analisado. Esse é o grupo B de medidas em execução. Para a contagem da segunda amostra, retiramos da lista os casos com medida de segurança extinta, óbito e transferidos. Selecionamos de forma proporcional por ano os 09 casos da seguinte maneira: 03 casos de 2014, 03 de 2015 e 03 de 2016. A contagem do segundo grupo foi diferente: não iniciamos escolhendo o primeiro caso, para ter diversidade na datação da entrada no PAILI. Por isso, demos início à contagem de 14 em 14 casos, e o 15º era selecionado.

Por fim, no grupo C, acrescentamos 02 casos dentre os 28 usuários atualmente presos. Para essa seleção, escolhemos o usuário preso com data de entrada mais antiga no programa (“reincidente”) e usuário preso na cidade de Itumbiara com entrada em 04/11/2016 no PAILI (considerado juiz mais conservador em conversa com ex-coordenadora do programa).

¹⁸O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) emitiu a Resolução nº04/2010; o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) publicou a Resolução nº 113/2010 e nº 35/2011; e o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Justiça, emitiram a Portaria Interministerial nº 01, de 02 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (sobre elas falaremos no primeiro capítulo). Embora não sejam leis que obriguem juízes a aplicarem a não internação referida na Lei nº 10.216/2001, as normativas demonstram uma consolidação do entendimento da necessidade de tratamento em liberdade por meio da RAPS para os loucos infratores. “Os maiores destaques no campo normativo ocorreram no início do ano de 2014, quando o Ministério da Saúde publicou novos documentos que assimilavam as orientações do CNPCP e do CNJ. Um desses foi editado juntamente com o Ministério da Justiça: a Portaria Interministerial nº 01, de 02 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde” (CORREIA; PASSOS, 2017, p.135). Além dessas normativas, as Portarias 13 e 14 são voltadas para a instituição de Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP’s) para os loucos infratores, equipes responsáveis por acompanhar com um grupo de profissionais de diversas áreas os casos de incidente de insanidade mental. A criação de EAP’s em Estados como Piauí, Pará e Maranhão ilustram essa consolidação de direitos e mudanças.

¹⁹ Desse número, subtraímos 06 casos de medida extinta por transferência/falecimento.

A ordem dos dossiês é “de trás para a frente”. A capa é enumerada para a organização interna dos dossiês e tem o nome dos usuários na vertical, na lateral direita da capa. A primeira parte do dossiê contém o histórico de acompanhamento dos sujeitos pelo PAILI, documentos que ignoramos²⁰ porque estão refletidos nos ofícios de relatórios encaminhados ao judiciário. Depois da marcação de uma folha colorida, começa o agrupamento de documentos judiciários. É esse agrupamento que nos dispusemos a estudar.

1.3 Coleta e análise dos dados

Para respondermos a nossas questões de pesquisa, adotamos a abordagem metodológica chamada de Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977). Trata-se de uma metodologia de pesquisa originária do campo da comunicação usada para descrever e interpretar o conteúdo de textos. As problematizações sobre as características da comunicação para análise dos documentos permeiam o “quem fala”, “para dizer o quê?”, “a quem?”, “de que modo?”, “com que finalidade?”, “com que resultados?” (MORAES, 1999, p. 03). Essa metodologia propõe descrições sistemáticas do conteúdo de documentos e envolve técnica de processamento dos dados. Diferentemente do que significa para Moraes (1999), a análise do conteúdo para Ximenes (2011) não é metodologia, apenas técnica de coleta de dados.

Os manuais descrevem a análise de conteúdo com fases diversas que são sintetizadas como pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). Essa coleta e processamento de dados se realiza por meio de etapas que explicaremos adiante.

A primeira fase de preparação das informações envolve a escolha sobre quais documentos serão incluídos no corpus empírico da pesquisa, explicado no item anterior. O próximo passo é transformar o conteúdo de dossiês, que juntos somam mais de 1000 páginas, em unidades menores. Unidades são temas, palavras, ou frases “cruas” dos documentos com “significado completos em si mesmos”(MORAES, 1999, p. 05). Na unitarização selecionamos as unidades que se referiam à periculosidade em cada enunciado discursivo arquivado.

²⁰É um histórico manual. Um registro informal que fundamenta o registro formal encaminhado ao juiz. Como entendi que contém informações pessoais, telefone, em formato de prontuário, o ignoramos.

Moraes sugere que “[...] se a quantidade de materiais a serem investigados é grande, recomenda-se realizar o trabalho de unitarização inicialmente apenas com uma parte do material. Daí faz-se um primeiro esforço de categorização, retornando depois à unitarização para completar o trabalho” (MORAES, 1999, p. 06). Essa dica foi valiosa. Centramo-nos em um caso apenas para observar como o campo se pronunciava. Encontramos que descritores de comportamento anormal, sintomas de loucura, tutela familiar e histórico desviante foram, inicialmente, as principais unidades encontradas.

Como os documentos do PAILI não mencionam “periculosidade”, mas fazem uso de outro léxico que pode conversar ou não com “periculosidade”, levamos em conta o questionamento sobre como eles percebem e administram questões importantes como comportamento, liberdade e tratamento. Toda unidade do texto que tinha relação com a concepção de periculosidade, cuidado e liberdade foram destacadas. Quando sentimos necessidade, frases completas foram transcritas para não alterar o significado original e contextual.

Algo fundamental na coleta de dados é a codificação. Ela torna possível encontrar os textos e unidades no documento original. Para identificar as unidades nos materiais, codificamos os dossiês por número e identificamos nome do tipo do documento do qual retiramos o dado bruto (sentença, laudo, ofício) e a data de emissão.

Os critérios de coleta de unidades foram léxicos (destacar o conjunto de palavras associadas à periculosidade, ex.: desajustado) e semânticos (destacar o conjunto de sentidos atribuídos à categoria, por exemplo, periculosidade entendida no sentido de que são pessoas que não tem vínculos familiares e estão em posição de abandono).

Agrupar dados significa reunir as unidades encontradas nos mesmos enunciados discursivos. Organizamos, por meio de tabelas, as unidades retiradas das sentenças absolutórias impróprias (tabela 01), das sentenças de extinção das medidas de segurança (tabela 02), laudos periciais (tabela 03) e relatórios do PAILI (tabela 04).

Nossa pesquisa é qualitativa, portanto, a frequência de aparição das unidades não nos importa. Entender a presença ou ausência de algum dado importa. Por exemplo, raça não aparece nos dossiês, assim como gênero também não aparece. Inferimos o sexo dos sujeitos pelo nome ser feminino ou masculino.

Para Moraes, a categoria serve para agrupar todas as unidades de análise encontradas (MORAES, 1999, p. 07). O esforço de categorização nada mais é que “[...] relacionar

elementos do conteúdo coletado com os referenciais teóricos” (XIMENES, 2011, p. 09) e, nesse processo, é preciso cuidado para não subverter as categorias do campo a categorias teóricas/analíticas. A dissertação de Lourival (CARVALHO NETO, 2017) é um importante lembrete a respeito. A categoria “Bem querido” poderia ter sido traduzida por “gay”. Lourival registra o dito do homem sobre si mesmo: “o que quer que eu escreva sobre você?”. O homem responde: “Que sou bem querido”. Esse é um desafio constante da pesquisa que propõe construir outros aportes a partir da empiria: utilizar a teoria como auxiliadora para a análise dos dados do campo, de modo a não sufocar o campo com o aparato teórico (XIMENES, 2011).

As categorias precisam obedecer a critérios para serem válidas e confiáveis. Elas devem ser exaustivas e homogêneas. Ser homogêneas significa ter uma única dimensão de análise em uma única categoria. Ser exaustivas significa que uma categoria deve englobar o máximo de unidades que for possível. O critério de exclusão que pode auxiliar a homogeneidade das categorias é que um dado pode integrar apenas uma única categoria (exclusividade).

Cada categoria representa uma série de unidades de análise e, para não perdermos de vista seu significado e contexto, o quarto passo é descrever em um texto sintético o que cada categoria representa. Por exemplo, a categoria “Categoria diagnóstica – Classificação codificada (CID)” representa uma série de unidades de análise como “Patologia - Doença mental - problemas mentais - dependência química”. A categoria diagnóstica se relaciona com a periculosidade à medida em que sinaliza a presença de loucura e a loucura é entendida como perigo. Nesse processo, os autores recomendam o uso de citações diretas dos dados originais (MORAES, 1999, p. 08).

A inferência é um instrumento de tratamento do conteúdo analisado para entender o conteúdo expresso e o não dito expressamente nas mensagens, tornando evidentes o emissor e as condições de produção da mensagem. Pensar em causas da mensagem nos leva a pensar nos ofícios de explicação do funcionamento do programa. Explicam a submissão à RAPS e à necessidade de vaga para internação. Contam de forma a não se opor à decisão judicial, mas a sugerir caminhos. Forma de lidar com juízes que se consideram gestores da execução penal. Os textos são uma comunicação entre juiz e PAILI, mas, ao mesmo tempo, é uma negociação dos limites da atuação de cada um e como no encontro dos poderes da administração e do judiciário, se articula tal programa.

Ximenes (2011) explica que a análise do conteúdo em documentos jurídicos deve perpassar a análise das condições de produção do documento e do discurso. Na análise do conteúdo é importante ter em mente o contexto de produção dos dados. Por isso, explicitamos no capítulo o surgimento da reforma psiquiátrica, do PAILI, consolidação do entendimento que a Lei nº. 10.216/2001 deve ser aplicada para medidas de segurança. Esse é o cenário do conflito, do surgimento do novo e será abordado adiante.

Dividimos nosso trabalho em três partes. Na primeira, retomamos a origem da episteme da periculosidade como dobramento de saberes e poderes para o controle. Depois de retomar brevemente os saberes e conceitos que fundaram tal episteme, estudamos sua chegada à legalidade brasileira e à sua construção pela atual dogmática penal.

Entendendo que saberes e poderes movimentam práticas discursivas, em seguida retomamos um contexto histórico disruptivo no cuidado da loucura no Brasil e no mundo: as práticas críticas em saúde mental. Seguimos a linha de raciocínio de que essas práticas alteram e criam saberes que proporcionaram o surgimento de programas inéditos na execução de medidas de segurança. Concentramo-nos nos impactos que a reforma psiquiátrica exerceu nas medidas de segurança em Goiás e no surgimento de um programa pioneiro.

Por fim, buscando entender como se movimentam essas práticas, saberes e poderes no campo discursivo, analisamos três enunciados discursivos arquivados em dossiês no PAILI: sentenças, laudos psiquiátricos e relatórios do programa.

2 Episteme da periculosidade

Para entender como a periculosidade se refaz ou se desfaz nas práticas discursivas de intersecção entre PAILI e Judiciário, é necessário retomar as origens da periculosidade como episteme construída entre as ciências médicas e criminológicas. Para isso, teremos como norte as seguintes questões: quais são os pressupostos teóricos de vinculação do comportamento violento/desviante como intrínseco à loucura? Como se deu a construção do saber criminológico sobre a periculosidade? Como se deu a emergência da noção de periculosidade na legislação penal brasileira? Entendendo esses elementos teóricos, partiremos para a compreensão de como se atualizaram os discursos sobre a periculosidade nos arquivos do PAILI.

2.1 Pressupostos teóricos da periculosidade

Na passagem do século XIX, a vinculação entre a loucura e o crime inicialmente era elaborada pelo campo da “medicina mental” para ser objeto de intervenção dos médicos alienistas (PERES, 1998, p. 01). Seu surgimento antecede a consolidação da psiquiatria como ciência e passa a legitimar a existência dos asilos.

Nesse período, os alienistas foram chamados para conferir inteligibilidade a crimes que aparentemente não teriam explicação razoável e para sujeitos que não se enquadravam no conceito clássico de loucura delirante (CARRARA, 1998, p. 70). Tal “concepção intelectualista da loucura” passa a ser questionada principalmente quando Philippe Pinel²¹, alienista francês, fez observações nos asilos, percebendo a existência de loucos não delirantes (CARRARA, 1998, p. 73) e, a partir daí, unindo diagnóstico organicista e metafísico, causou polêmica ao traçar alterações na concepção de loucura vigente (BARROS-BRISSET, 2011, p. 08).

Para Barros-Brisset (2011, p.47), surge com Pinel a concepção de loucura perigosa, “[...] ao classificar o doente mental como aquele que traz em si um déficit moral intrínseco, em razão das lesões deficitárias permanentes que o fazem portador de um mal moral, [...]”. As

²¹Considerado por muitos o pai da psiquiatria, Philippe Pinel introduz a função médica no hospício, com estudos clínicos baseados na observação dos doentes e a concepção de tratamento moral. Ficou conhecido também por libertar os pacientes das correntes (embora não do espaço asilar), e criticar tratamentos violentos (embora esses tenham continuado a existir).

lesões, diagnóstico organicista, e o intrínseco mal moral, concepção metafísica, explicariam o fato de a loucura trazer consigo a maldade e a delinquência.

Seguindo suas observações, Pinel elabora o conceito de mania sem delírio, descrevendo a existência de uma “loucura parcial” que não atingiria por completo o intelecto e que aparentemente não era perceptível antes da ocorrência do crime. Ainda sim, o alienado manteria o déficit moral e essa limitação deveria excluir sua responsabilidade pelo crime.

Dando continuidade a essa compressão polêmica da loucura que extrapola o delírio, Jean Etienne Dominique Esquirol, discípulo de Pinel, formula uma concepção de loucura nosológica, classificada em monomanias e seguindo a linha de pensamento de uma loucura parcial, que ficaria oculta por boa parte da vida, manifestando-se em apenas uma ideia. A monomania será inicialmente tida como uma manifestação parcial de um delírio persecutório (CARRARA, 1998, p. 71). Apesar de oculto, o delírio estaria presente manifestando a loucura (DORNELLES, 2012, p. 26).

Essa visão será ampliada para monomania instintiva e raciocinante. Na primeira, o mal moral atingiria a vontade do indivíduo que ficaria sem controle dos seus impulsos. Essa loucura, embora por longo tempo silenciosa, se despertaria repentinamente (CARRARA, 1998, p. 73–74). Na segunda, o caráter e a moral seriam atingidos, sem lesionar a inteligência. Para Barros-Brisset (2011, p. 47), as concepções de Esquirol não eram inéditas, mas réplicas do mal moral que definiam as manias sem delírios de seu mentor.

“O tratamento moral de Pinel e Esquirol perdia força em razão da emergência de uma preocupação mais forte em se localizar a loucura na anatomia humana, a tendência passa a ser a descoberta de um “corpo para loucura”” (SILVA, 2007, p. 36). As críticas levantadas a eles se dirigiam também a seu trabalho descritivo sobre os sinais e não razões da loucura.

Na segunda metade do século, Bénédict-Augustin Morel, discípulo de Esquirol (MATSUDA, 2009, p. 25), formula a teoria de degenerescência que substituiu as anteriores, adequando a concepção da loucura moral com viés organicista em voga à época. Segundo essa teoria, a degeneração ou degenerescência era o desvio patológico transmitido hereditariamente, de características físicas e morais, transmissão que afetaria os descendentes de forma exponencialmente agravada (CARRARA, 1998, p.82). Esse desvio afastaria de forma irreversível o sujeito da normalidade e, por consequência, se tornaria incapaz “de formar na humanidade a cadeia de transmissibilidade de um progresso” (BRANCO, 2016, p. 26).

Diferentemente dos alienistas anteriores, Morel entendia que a “hereditariedade mórbida” seria muito mais do que predisposição, ela produziria alteração na formação do sistema nervoso, provocando má formação orgânica e moral (CARRARA, 1998, p.83). O funcionamento alterado do sistema nervoso seria a causa da loucura, condição hereditária numa cadeia de transmissibilidade negativa.

Por ser considerada incurável, a alienação mental, fruto da transmissibilidade defeituosa do sistema nervoso, para ser diagnosticável carecia de “[...] observação médica muito sensível às condições e à trajetória de vida do “doente” e de sua família, pois as fontes da degeneração poderiam tanto ser naturais quanto sócio-morais [...]” (CARRARA, 1998, p.86). Assim, o diagnóstico considerava excentricidades, crimes, extravagância de costumes familiares ou sociais, moralidades, ao mesmo tempo em que observava marcas físicas como deformações sinais de degeneração hereditária.

Para Morel, os humanos eram inicialmente perfeitos, mas esses caracteres hereditários progressivamente causariam a degradação nervosa. Contudo, a ideia de perfeição inicial não foi incorporada por seus discípulos e a teoria da degenerescência sofreu adaptações para se adequar às teorias evolucionistas em voga (CARRARA, 1998, p.97).

Importante contextualizar que esse período de criação de razões para a alienação mental era o mesmo de escravização e justificação de hierarquia entre raças (BRANCO, 2016, p.26-27) para que o colonialismo se fundamentasse por meio de uma justificativa racional e científica. Herbert Spencer (BRANCO, 2016, p.26-27) justifica parte desse processo com a ideia de seleção natural, considerando que os mais aptos na “corrida” da vida seriam os vencedores. O evolucionismo biologicista de Spencer que usa a sociologia para explicar a aptidão para a sobrevivência dos povos do Norte será revalidado pelas pesquisas de Charles Darwin nos países colonizados.

Em 1859, Darwin lança o livro “A origem das espécies” que descreve como o desenvolvimento de um tronco comum entre as espécies originou uma diversidade de grupos e raças diferentes. Para ele, a desigualdade social era explicada por meio da diferença racial, condicionada pela existência de raças superiores e inferiores (BRANCO, 2016, p.28). Nessa ciência à serviço de uma lógica de poder colonizador, o comportamento mental e moral, bem como a estrutura física e cor da pele considerada pertencente às raças superiores era a branca. Mais que isso: o parâmetro de normalidade e anormalidade reforçou a hierarquia dos povos

do Norte como mais aptos e atribuiu aos povos colonizados a pecha de incivilizados, irracionais, sendo o imaginário dos loucos degenerados.

Nessa linha de pensamento evolucionista, os mestiços seriam considerados uma sub raça, resultado de uma degeneração racial e social. A construção evolucionista de uma debilidade racial significa a manifestação do Estado numa política eugenista racista de branqueamento populacional e de higienização por meio da segregação dos anormais (BRANCO, 2016, p.34). “Tratava-se não mais do racismo propriamente étnico, mas do tipo evolucionista, biológico, científico”(BRANCO, 2016, p.37). Essa episteme racial construiu, assim, o conceito de normalidade e de anormalidade.

2.2 Escola clássica e escola positiva na construção da periculosidade

O que se convencionou chamar de disputa entre Escola Clássica e Escola Positiva foi, na verdade, uma disputa, localizada na Itália, de propostas de autores que se fundamentavam no livre arbítrio contra as concepções que se alicerçavam no determinismo para explicar fenômenos da criminalidade. Não houve estruturas de escolas ou espaço de formação no sentido escolástico.

Ambas as “escolas” se constituíram como propostas e construções teóricas de diferentes autores europeus, que embora pudessem ter alicerces variados e metodologias diversas, se identificavam ou passaram a serem lidos como pertencentes a uma ou outra escola. As teorias não eram estáticas, eram elaborações que construíram propostas e refutavam constantes críticas levantadas pelos teóricos da época.

A escola clássica tem como marco inaugural a obra “Dos Delitos e Das Penas”, de Cesare Beccaria, que data de 1764. Sua principal preocupação, fruto das ideias iluministas e liberais da época, centrava-se na legalidade das penas, penas proporcionais aos delitos praticados, previstas em lei e abolição de penas cruéis. A justificativa para a pena era o castigo pelo ato racionalmente praticado. Nessa política criminal liberal, havia uma tentativa de compatibilizar o discurso liberal das penas proporcionais e justas com a violência colonial nas Américas. O que poderia de início parecer incongruência teórica, na realidade era utilizado para fundamentar a exploração e o genocídio de outros povos. A legalidade e a abolição de penas cruéis serviam apenas àqueles considerados homens brancos, livres e

européus. A quem não fosse assim considerado, o suplício, a exploração e as penas cruéis, tão criticados, permaneciam a vigor.

O saber médico foi especialmente útil para tentar compatibilizar o discurso liberal do contrato social com as necessidades do capitalismo industrial. De certa forma, a medicina oferecia uma saída para o paradoxo entre a premissa do contrato social, no qual os pactuantes eram indivíduos livres e iguais, **e o fato que o Estado poderia excluir e usar de violência contra alguns deles, aqueles que não seriam tão iguais (ANITUA, 2008)**. A Medicina apresenta a proposta de modificação dos sujeitos a partir das suas imperfeições, o que foi bastante oportuno para fundamentar as políticas de profilaxia e de correção, neste caso os hospitais psiquiátricos, asilos e prisões. (DAUFEMBACK, 2014, p. 41)

A ideia do fim do suplício é um recorte de uma história eurocêntrica. Enquanto os clássicos debatiam com os positivistas, a América se regia por penas corporais e escravidão. Enquanto a ciência produzia um aparente avanço teórico, as penas e aparelhos corporais se perpetuavam como correção e adestramento do corpo do louco (FOUCAULT, 2006, p. 132). A passagem do suplício para penas mais humanizadas não faz parte da história da loucura que até hoje permanece com tratamentos questionáveis, entre os quais a Eletroconvulsoterapia.

Por outro lado, a difusão das propostas da Escola Positiva se deu principalmente pelas obras inaugurais de Cesare Lombroso, com estreia em 1879 do livro “O homem delinquente”; de Enrico Ferri, em 1891, com o livro “Sociologia Criminal” (1891); e de Raffaele Garofalo, com o livro “Criminologia - Um estudo do crime, suas causas e da teoria da repressão”, de 1885. Os mais famosos divulgadores europeus do que se convencionou chamar de Escola Positiva foram esses três autores, que embora buscassem ter sincronia em suas vertentes teóricas e fortalecessem o método de estudo positivo, apresentavam diferentes explicações para a criminalidade por meio de seus campos de estudos: antropológico, sociológico e jurídico (ANDRADE, 1994, p. 130).

Lombroso, na obra mais conhecida da escola positiva, realizou pesquisa empírica catalogando características dos sujeitos aprisionados. Utilizando-se do diálogo com o campo da antropologia criminal, listou, de acordo com os achados quantitativos em sua amostra, o que havia em comum entre aqueles indivíduos. Por meio do estudo realizado, chegou à premissa de que haveriam criminosos natos que poderiam ser identificados facilmente a partir das características elencadas. Seu estudo tinha a pretensão de lançar cientificidade para o estudo da criminalidade, aferindo sua origem com critérios quantitativos. Além de ter um estudo muito baseado nos trabalhos de Darwin e Spencer, o que contribuiu para a construção

do racismo científico (DUARTE, 1998; FRANKLIN, 2017), Lombroso cometeu um erro amostral: buscou a característica dos delinquentes naqueles selecionados, desconsiderando o processo de seletividade penal (ANDRADE, 1994).

Foi de Ferri, então, considerado o maior expoente e o mais autêntico representante da Escola Positiva, que veio a segunda resposta sobre as causas do crime. Desenvolvendo a Antropologia lombrosiana e orientando-se por uma perspectiva sociológica, admitiu uma tríplice série de causas ligadas à etiologia do crime: individuais (orgânicas e psíquicas), físicas (ambiente telúrico) e sociais (ambiente social) e, com elas, ampliou a originária tipificação lombrosiana da delinquência. Conectando e investigando esta tríade de causas deu origem, por sua vez, à Sociologia Criminal que representa, então, o desenvolvimento da Criminologia etiológica numa perspectiva sociológica (ANDRADE, 1994, p.137).

De forma diferente da abordagem metodológica da Escola Clássica, que se inspirava no método das ciências naturais, a Escola Positiva inaugura os estudos criminológicos como ciência a partir da construção do método experimental. A escola clássica entendia a responsabilidade criminal medida a partir de critérios subjetivos de observação psicológica sobre a liberdade do livre arbítrio. Por outro lado, a escola positiva, segundo a construção de Ferri sobre a influência da fisio-psicologia positiva na vontade humana (FERRI, 2006, p. 13), entende que ela está “[...] completamente submetida às influências naturais, não só de ordem moral ou psicológico, senão também de ordem puramente físico [...]”(FERRI, 2006, p.19). Valendo-se da estatística, conclui a inconsistência do livre-arbítrio já que as vontades individuais sofreriam influência “do meio físico e social”.

A ciência criminal clássica justificava o direito de punir segundo o livre-arbítrio e a liberdade moral. Em decorrência do livre-arbítrio, o homem seria responsabilizado por seus atos, na medida em que pudesse decidir praticar seus atos. Como o delinquente teria escolhido cometer o crime, na medida de sua escolha, seria responsabilizado.

Discordando desse pressuposto, Ferri nega a possibilidade de responsabilidade e culpabilidade moral, em decorrência de não existir livre-arbítrio ou vontade livre. E, por outro lado, por existir o “determinismo físico e moral”(FERRI, 2006, p.33), a negação do livre-arbítrio não estaria negando concomitantemente a responsabilidade penal (FERRI, 2006, p.88).

Na lógica do sistema preconizado pelo positivismo a negação do livre-arbítrio acarreta a negação da responsabilidade moral como fundamento da responsabilidade penal. Por outro lado, se qualquer crime é a expressão sintomática de uma personalidade antissocial, que é sempre mais ou menos anormal, e, portanto, mais ou

menos perigosa, os "imputáveis" ou "moralmente irresponsáveis", do classicismo, são os que mais correspondem ao tipo de criminoso. (ANDRADE, 1994, p.139-140)

A fim de construir um critério para a responsabilidade jurídica, Raffaele Garofalo introduz, na segunda edição de sua obra “Criminologia” (1891), o critério da temeridade. Esse critério foi definido como “[...]o caráter mais ou menos temível do delinquente [...]” e a concepção de que podem ser examinadas determinadas condições sob as quais este sujeito poderá deixar de ser temível (FERRI, 2006, p.206).

Garofalo cria “o conceito de temibilidade, ligado à perversidade constante do delinquente e o perigo por ele representado[...]” (DAUFEMBACK, 2014, p. 45), tendo por parâmetro o que Ferri chama de “poder ofensivo do delinquente” e a probabilidade de “recaídas” (FERRI, 2006, p.208).

Formula o conceito de "temibilidade do delinquente" significando a perversidade constante e ativa do delinquente e a quantidade do mal previsto que há que se temer por parte dele, depois substituído pelo termo mais expressivo de periculosidade. Também CRISPIGNY ocupa um lugar especial nesta projeção jurídica do positivismo criminológico no âmbito da reforma e do Direito Penal italiano, desenvolvendo técnico-juridicamente o conceito de valor sintomático do delito como expressão da periculosidade do autor proveniente, sobretudo, de FERRI.(ANDRADE, 1994, p.141-142).

Essa parece ser uma expressão clara do caráter individualizante que a escola positiva analisava no criminoso, o crime. A categoria servia como mensuração para a quantidade de perigo que um sujeito representava. A periculosidade não surge como negação da ideia da temibilidade, já que a usa para seu fundamento inicial. “Para o autor, aquela lembrava mais uma impressão subjetiva do que uma realidade objetiva, ou seja, a temibilidade de um indivíduo é antes a consequência do que é a sua periculosidade” (DUARTE, 1998).

De acordo com a temibilidade, as medidas punitivas seriam determinadas a partir da categoria de delinquente em questão, levando em conta sua capacidade/nível/intensidade de ser antissocial e seu ato ser mais ou menos gravoso (FERRI, 2006, p.207). “Nasce a noção de periculosidade que orienta para uma atenção às qualidades do criminoso e não dos seus atos em si” (DAUFEMBACK, 2014, p.71).

Para FERRI, a intuição empírica da capacidade para delinquir já existiria no princípio da proporcionalidade das penas da Escola Clássica, tendo assumido valor científico na organização da justiça penal por ação da Escola Positiva por iniciativa da GARÓFALO, ao exprimir a idéia de que a penalidade se deve medir não pela gravidade do crime ou pelo dever violado ou pela impulsão criminosa, mas pela temibilidade do delinquente. (1931, p. 275) (DUARTE, 1998, p.157).

Ferri reúne critérios para medir, a partir dos pressupostos da escola positiva, a forma de sanção social, os meios e o grau de defesa aplicável a cada crime. Tem como ponto de partida, para construir sua teoria positiva da responsabilidade jurídica, o trabalho de Garofalo que “[...] agrega ao critério da finalidade [...] o da adaptação do delinquente ao meio social” (FERRI, 2006, p.206) . A pena, segundo o critério da adaptação e da temeridade, se aplicará a partir da análise de verificação da possibilidade do delinquente se adaptar ao meio social e deixar de ser temível.

Ferri não nega a construção do critério da temeridade, mas avança na discussão e explica que há uma diversidade de categoria de delinquentes com diferentes níveis de antissociabilidade de seus atos. E, por isso, a cada categoria de delinquente, entende ser cabível um meio adequado de defesa social (FERRI, 2006, p.207). Para os criminosos natos perigosos e os criminosos loucos, vistos como um “risco permanente”, Ferri entende ser necessária a aplicação dos “meios eliminatórios”. Por outro lado, para os ocasionais/passionais, entende que os meios “temporários e os reparatórios” serão suficientes para a defesa social contra seus atos.

Prosseguindo, a fim de construir uma teoria positiva da responsabilidade penal, a escola positiva descarta o critério clássico da responsabilidade moral, utilizando um critério “[...] superior aos hábitos mentais subjetivos” (FERRI, 2006, p.221) que seria o critério da responsabilidade social. O fundamento do direito de punir é a defesa social e a responsabilidade social dela decorrente (ANDRADE, 1994, p.140).

A Escola Positiva trouxe ao centro do debate penal a contramão da construção do livre-arbítrio dos autores clássicos, a análise do delinquente e de sua personalidade.

Do programa positivista emerge, portanto, a delimitação de um "Direito Penal do autor" baseado no determinismo e na responsabilidade social, no qual o potencial de periculosidade social constitui a medida da pena (que requer uma rigorosa "individualização" e indeterminação de limites) e a justifica como instrumento de defesa social.(ANDRADE, 1994, p.143).

Em “Sociologia Criminal”, publicado em 1891, Ferri explica que o determinismo não escusava a responsabilidade social, o fundamento da responsabilidade penal, que tinha função de defesa social contra os criminosos. “Nestes princípios a sociedade, defendendo-se contra o indivíduo criminal, encontrará de um lado os meios necessários para sua própria conservação

e de outro os limites que esta mesma necessidade lhe impõe[...].” (FERRI, 2006, p.221). Viver em sociedade traria responsabilidade pelos atos cometidos pelos homens (FERRI, 2006). Para Ferri, assim como as pessoas estão determinadas a cometerem crimes, a sociedade o está em reagir.

A periculosidade social, capacidade de cometer crimes, é o que Ferri chama de anormalidade. Seria anormal todas as pessoas que cometem crimes porque estão predeterminadas a fazê-lo. Todos que não cometem crimes são os normais.

Assim enfatiza a "necessidade metódica" de ver o "crime no criminoso", seja do ângulo do legislador, do juiz ou do cientista penal e condena o "erro metódico" do classicismo em ignorar que a personalidade antissocial do delinqüente deve estar na primeira linha porque o crime é sobretudo sintoma revelador da personalidade perigosa de seu autor. FERRI (1931, p.45,49 e 80) (ANDRADE, 1994, p.139).

Pelo fato de todos os que cometem crimes serem tidos como anormais, Ferri discorda da isenção da responsabilidade social dos criminosos anormais. Por isso, ele discorda da responsabilidade moral e do livre-arbítrio, fundamentados tanto pelos clássicos, como Carrara, como por autores ecléticos (FERRI, 2006).

Enfim, parece ser conseqüente ver nesta Criminologia uma matriz significativa para a conformação de uma imagem estereotipada da criminalidade e do criminoso (a qual condiciona a própria seleção) mediante as seguintes representações que, de resto, imprimiu à ideologia da defesa social: a) criminalidade ontológica; b) determinismo/periculosidade: distinção entre homens normais e anormais/perigosos e identificação da delinqüência com a anormalidade e periculosidade (o "mal"); c) identificação da violência com a violência individual, que se encontra por sua vez no centro do conceito jurídico-dogmático de crime, imunizando a violência institucional e estrutural. (ANDRADE, 1994, p.416).

O determinismo da noção da periculosidade imprimiu a episteme racial na noção hegemônica de normalidade e anormalidade, atribuindo unicamente aos indivíduos os fatores de causas da criminalidade. Essa essencialização do indivíduo louco como sendo perigoso tem raízes no saber médico, que passou a se desdobrar para participar da decisão sobre a periculosidade.

Não é possível afirmar que no Brasil tenha havido a formação de uma Escola Criminológica Positiva, embora tenham existido algumas tentativas reconhecidas nos esforços de Moniz Sodrê e Viveiros de Castro. Mas houve sim uma apropriação retórica dos juristas de todas as terminações biológicas e sociológicas das variações criminológicas da época. Tal apropriação sedimentou-se no saber dos juristas durante a primeira metade do século XX e os serviu com variações de sentido para

formular políticas diversas de fundo político penal intervencionista e antiliberal. (PRANDO, 2012, p. 21).

2.3 Chegada da periculosidade no código de 1940

A genealogia da periculosidade (BARROS-BRISSET, 2011) considera a construção do conceito por meio do saber médico (alienistas) e sua apropriação pelos saberes criminológicos positivistas, um dobramento discursivo do que se tornou o direito penal e a psiquiatria. O entendimento de que o perigo era intrínseco à loucura foi usado para justificar espaços específicos de segregação de forma que o discurso oficial contivesse a “imprevisibilidade” dos loucos e das loucas e se pudesse chamar a figura do saber especializado do alienista nos julgamentos criminais antes mesmo de haver previsão em legislação penal para tais casos (CARRARA, 1998; FOUCAULT, 2006). Se em Foucault os alienistas franceses foram convocados pelo judiciário para tornar inteligível os crimes inexplicáveis dos sujeitos tidos como loucos, na Revista de Direito Penal no Brasil, entre os anos de 1933-1940, há o registro de uma disputa pelo reconhecimento da importância da medicina no sistema penal (PRANDO, 2012, p. 132).

Partindo da concepção de temibilidade de Garofalo, e idealizado por Ferri como periculosidade, a categoria que incorpora em si a junção entre o saber médico e penal será motivo de disputa discursiva, materializada na Revista de Direito Penal sobre a autonomia dos juristas e a ameaça de perda de poder aos médicos (PRANDO, 2012, p.132). Tratava-se não só de incorporar a medicina enquanto auxiliar, como se fez com a criminologia, mas de se materializar disputas entre saberes e poderes e se decidir a hegemonia como ciência na área.

Nesse debate, um médico que se destacou foi Heitor Carrilho que ressaltava a importância da psiquiatria para definir a temibilidade dos criminosos, de quem falaremos adiante. Além de diretor do primeiro manicômio, o médico foi figura influente como professor e membro do Conselho Penitenciário e Serviço Nacional de Doenças Mentais (FRY, 1985). Para ele, o conceito de periculosidade era a constatação por um profissional médico de uma anormalidade intrínseca ao indivíduo louco. O que “não equivalia exatamente a um diagnóstico psiquiátrico, mas os considerados doentes mentais eram também vistos como perigosos [...]” (OLIVEIRA JÚNIOR, 2005, p. 38). Mas, para os que careciam de diagnóstico

sobre a loucura perigosa, a vitória da medicina se transcreveu no novo Código de 1940, passando a ser poder competente para definir a loucura e a periculosidade criminal.

O conceito biodeterminista sobre periculosidade social abordado anteriormente carecia de validação. Esses novos elementos, medida de segurança e periculosidade foram importantes inovações que o Código de 1940 trouxe, com assimilação de postulados da criminologia positivista no Brasil. “E é este potencial de periculosidade social, que os positivistas identificaram com "anormalidade" [...] que constitui o critério e a medida da penalidade e justifica a introdução, no sistema, das medidas de segurança por tempo indeterminado.(ANDRADE, 1994, p.142).

Embora tenham sido inovações legislativas, não era a primeira vez que um código penal brasileiro previa que os loucos não seriam considerados criminosos. Ser “louco de todo gênero” era condição para excluir o crime no Código Criminal do Império de 1830²², regido sob os princípios da Escola Clássica e “tendo sido influenciado pelo liberalismo da Constituição de 1824, pelo Código Francês de 1810 e o Código Napolitano de 1819.” (CORREIA, 2007, p. 52). A polícia médica encaminharia o louco, de acordo com a determinação do magistrado, ou à suas respectivas famílias, ou “às casas a eles destinadas” (BRASIL, 1830).

Nessa época sequer se cogitava a construção de manicômios criminais, havendo apenas as Santas Casas de Misericórdia em substituição aos cárceres para os loucos (CORREIA, 2007). Em um movimento de criação de um hospício de alienados, foi construído o Hospício Pedro II²³, inaugurado em 1852 com a transferência dos loucos que ficavam nas Santas Casas de Misericórdia. Com a instauração da República, o hospício passou a ser chamado de Hospital Nacional dos Alienados.

Além da primeira referência no Código Criminal de 1830 aos loucos que cometiam crimes, a próxima Codificação Criminal, de 1890²⁴, inseriu a noção de imputabilidade do

²²“Art.10. Também não se julgarão criminosos: 1º Os menores de quatorze annos. 2º Os loucos de todo o genero, salvo se tiverem lucidos intervallos, e nelles commetterem o crime. Art. 12. Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas familias, como ao Juiz parecer mais conveniente” (BRASIL, 1830).

²³“No dia 10 de julho de 1841, graças à iniciativa generosa de José Clemente Pereira, foi publicado o decreto que ordenou a construção de um asilo no Rio de Janeiro. Sob o patrocínio do Imperador Pedro II, esse asilo foi inaugurado em 1852 e foi originalmente planejado para trezentos pacientes de ambos os sexos.”(REY, 2012, p. 382)

²⁴“Art. 27. Não são criminosos: § 3º Os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação; Art. 29. Os individuos isentos de culpabilidade em resultado de affecção mental serão entregues a suas familias, ou recolhidos a hospitaes de alineados, si o seu estado mental assim exigir para segurança do publico” (BRASIL, 1890).

agente (CORREIA, 2007, p.53) incorporando premissas do classicismo (FRY, 1985, p. 122). Além disso, a adesão a princípios liberais também se demonstrou no banimento de “[...]penas infamantes ou a pena de morte e instituindo a prisão como reação penal básica [...]” (CARRARA, 1998, p.111). Nessa compreensão, as pessoas são dotadas de livre-arbítrio e a punição deve ser aplicada segundo a gravidade dos crimes. Contudo, “[...] mesmo num sistema que olhava para os *crimes* e distribuía *punições*, estavam presentes já, nas entrelinhas dos códigos, duas *personagens* - o reincidente e o irresponsável -, cujos contornos ainda vagos seriam definidos por especialistas como Heitor Carrilho” (FRY, 1985, p. 123).

Embora se ventilasse nas entrelinhas essa mudança para a centralidade do crime no criminoso a partir do conceito de reincidência, a ideia de impunidade, fortemente levantada como crítica pelos positivistas, trazia a concepção de um Código Criminal que já nascia defasado pela influência do classicismo, frente às novas ciências biologicistas em ascensão à época (BRANCO, 2016).

A ideia de impunidade se dirigia, principalmente, ao tratamento excepcional que recebiam os sujeitos com "perturbação dos sentidos e inteligência o ato de cometer o crime" (FRY, 1985, p.123). Sem punição penal, novamente a previsão era de que o controle que iria vigiar os loucos criminosos era a família e, caso não fosse suficiente para manter a segurança, hospitais de alienados seria seu destino.

Em 1903, apareceu uma lei especial para a organização da assistência médico-legal a alienados no Distrito Federal e que se pretendia modelo para a organização desses serviços nos diversos estados da União (Dec. n.º 1132, de 22/12/1903). Segundo tal legislação, cada Estado deveria reunir recursos para a construção de manicômios judiciários e, enquanto tais estabelecimentos não tivessem sido erigidos, dever-se-iam construir anexos especiais aos asilos públicos para o recolhimento desse tipo de alienados. O ano de 1903 marca, portanto, o momento em que a construção de manicômios judiciários se torna proposta oficial (CARRARA, 1998, p. 49).

Carrara afirma que foi provavelmente em decorrência desta mudança legislativa que surgiu a Seção Lombroso, uma ala separada no Hospital Nacional apenas para loucos criminosos (CARRARA, 1998, p. 49). Nesse hospital, dirigido por Juliano Moreira, Heitor Carrilho se tornaria responsável pelo setor dos loucos criminosos. (FRY, 1985, p. 130).

Nos anos que se seguiram, houve algumas propostas de modificação do Código, dentre elas, o Decreto nº 22.213 de 14 de dezembro de 1932, que adotou a denominada Consolidação das Leis Penais, com base em trabalho do Desembargador Vicente Piragibe, devido às inúmeras alterações realizadas no texto

de 1890. Porém, o mesmo texto foi mantido com uma pequena modificação: mencionava “completa perturbação de sentidos e de inteligência” e não mais “privação” a tal respeito para determinar a irresponsabilidade penal do agente (ALVES, 1998, p. 54 *apud* CORREIA, 2007, p.54).

Na esteira de construir um critério moderno de responsabilidade penal, que conciliasse a legalidade como critério vinculador das decisões à lei, na década de 1920, um cerne da periculosidade consolidou-se por meio de previsões legais específicas correcionalistas que previam “apreciação da índole do preso” para aplicar técnicas de regeneração adequadas (BRASIL, 1924). O uso de critérios que se referiam à personalidade do delinquente para determinação de suspensão condicional da pena e livramento condicional continuavam a consolidar a preocupação com o delinquente como central para o sistema punitivo (PRANDO, 2012, p.238). Essa vinculação da correção do delito na figura do criminoso era o início da adesão de ideias da criminologia positivista em nossa legislação. “Olhando o panorama brasileiro de finais do século XIX, é realmente notável o modo como se acotovelavam teorias e idéias que, na Europa, haviam surgido em momentos históricos bem distintos” (CARRARA, 1998, p.111).

Além das incorporações legislativas da centralidade do crime na personalidade do criminoso, no saber médico brasileiro, que tinha Heitor Carrilho como um influente pensador, já havia construção do entendimento de que os crimes dos presos eram expressões de sua "condição mórbida" (CARRILHO, 1931b, 21 *apud* FRY, 1985, p.130). Ou seja, o crime seria consequência da doença mental. Para Carrilho, a vadiagem era decorrência da esquizofrenia (FRY, 1985, p.130) e de "anomalias mentais corrigíveis"(FRY, 1985, p.131) e a temibilidade estaria ligada à "personalidade mórbida" (CARRILHO, 1930a, 174 *apud* FRY, 1985, p.131).

Em que pese a influência de teóricos positivistas como "[...] Lombroso, Ferri, Ingenieros e Grispighi [...]", eles “[...] surgem nos textos de Carrilho não como *savants* europeus transplantados integralmente para o Brasil, mas como pontos de referência e de legitimação [...]" do pensamento e prática do médico (FRY, 1985, p.124). Embora inspirado por essas referências, ele irá construir sua própria classificação de diagnósticos de delinquente, havendo originalidade em sua criação. Isso porque as dinâmicas de controle e relações de poder não são mecânicas e universais. Rayell Connel afirma que “[...] nenhum dos processos de expansão do capital, nem a reivindicação por uma universalidade sobre a qual se baseiam, transforma cada lugar e cada coisa da mesma maneira” (CONNEL; PEARSE, 2015, p. 81). Assim, em que pese a historiografia tradicional construir uma história linear e

homogênea sobre o controle, observamos uma relação direta entre o controle social e o contexto de onde emergem saberes, discursos e práticas que o fundamentam. Há construções periféricas de processos de controle que contam com fluxos e influências mútuas na relação Norte-Sul, mas não com a mimetização de suas práticas (PRANDO, 2012).

Assim, com certa originalidade, Carrilho movimentou em sua prática discursiva questionamentos sobre "consciência", temibilidade e possibilidade de correção dos delinquentes. Na classificação de Carrilho, a temibilidade era a medida de influência do diagnóstico no cometimento de crimes. Levando o em conta sua experiência na Seção Lombroso categoriza as doenças mentais com temibilidade em: 1) Loucos morais; 2) Epiléticos de poucos ataques; 3) Paraphrenicos; 4) Schisophrenicos; 5) "Os débeis mentais e imbecis"; 6) "Os maníacos"; 7) Os "paranóides reivindicadores" que "vivem a protestar"; 8) Os "perversos sexuais"; 9) Os "alcoolistas crônicos"; 10) Os "simuladores" (CARRILHO, 1932a *apud* FRY, 1985, p.128). Para Carrilho, a psiquiatria seria um caminho para estudar e explicar os crimes hediondos a partir do estudo do "caráter" e "temperamento" dos presos, e por isso, ele propõe a difusão nas prisões de seções²⁵ psiquiátricas à Subcomissão Legislativa do Regime Penitenciário.

Em um segundo momento Carrilho divide sua classificação em "alienados", "não alienados" e "epiléticos". O primeiro grupo seria passível de controle pela profilaxia social realizada no Hospital dos Alienados. Já os "epiléticos, impulsivos ou com tendência à prática de crime" foram classificados como "sem ética nem moral". Os casos com ausência de delírios foram para Carrilho as mais difíceis de identificação, se enquadrando nos casos de crimes "terríveis" (FRY, 1985, p.128).

Um fato marcante para a criação do primeiro manicômio brasileiro foi um motim, em 1919. Houve uma revolta dos internos em forma de motim na Seção Lombroso. Peter Fry justifica neste motim o impulso realizador do manicômio (FRY, 1985, p.125). Estes internos foram removidos para o novo Manicômio Judiciário em 30 de abril de 1921, estabelecimento dirigido por Heitor Carrilho por toda sua vida.

Além da prática discursiva do saber médico que incorporava a temibilidade e periculosidade, o Decreto nº. 14.831 de 25.05.1921 que aprova o regulamento do Manicômio Judiciário já trazia consigo a internação por "symptomas de loucura" e necessidade de "observação especial ou a tratamento". Nesse decreto, a segurança pública e a

²⁵ Sessões psiquiátricas como espaços específicos nos presídios reservados aos loucos criminosos.

discricionabilidade do juiz eram o parâmetro para internação dos irresponsáveis penalmente (inciso III) no Manicômio Judiciário (BRASIL, 1921).

É notório que antes de materializar expressamente a concepção da periculosidade nas legislações penais, a prática discursiva médico-psiquiátrica brasileira já havia incorporado conceitos referentes a temibilidade, produzido classificação de criminosos segundo diagnósticos e disputado, junto às práticas judiciais, a presença da psiquiatria. Antes da entrada da medida de segurança para a legalidade não havia apenas a emergência de práticas de separação dos loucos criminosos, mas a inauguração do primeiro Manicômio Judiciário Brasileiro.

Além das práticas médico-psiquiátricas, a jurisprudência já utilizava a periculosidade como fundamento para decisões, um conceito que mantinha estreita relação com as práticas policiais de antes de 1930 (PRANDO, 2012, p.243). Segundo Foucault (2008), há uma estreita relação entre práticas de poder instituídas e a formação do saber que, neste caso, era o saber dogmático-criminológico.

Embora a periculosidade não tenha sido utilizada exclusivamente para individualizar o crime no criminoso louco, sendo também utilizada para analisar a personalidade dos imputáveis, dois casos emblemáticos influenciaram ainda em 1920 profundamente a dogmática penal para a constituição das medidas de segurança no Brasil (PRANDO, 2012, p.245). Preto do Amaral e Febrônio Índio do Brasil foram as duas figuras que ficaram famosas no repertório de debates jurídicos e médicos por conta de seus crimes que levantaram demandas às ciências médicas para conferir inteligibilidade aos seus atos (PRANDO, 2012).

Naquele momento histórico, no ano 1927, José Augusto do Amaral²⁶ foi preso e “condenado sem julgamento” como o primeiro assassino em série brasileiro. Acusado de homicídio e necrofilia, filho de escravizados do Congo e Moçambique, foi torturado pela polícia, o que gerou sua confissão. Não chegou a ser condenado, morrendo na prisão por tuberculose (CAMPOS, 2003). O interessante em sua história é a construção do discurso midiático e científico de que esse “monstro negro” teria de forma hereditária predisposição para o crime, tendo marcas da sua doença mental em características físicas e no teor dos crimes sexuais (GOIZ, 2017). Nosso primeiro caso icônico de exercício jurisprudencial da periculosidade é adjetivado como monstro racializado como negro.

²⁶ Sobre as representações de degenerescência no caso Preto Amaral ver: SOUZA CAMPOS, P. F de. Os crimes de preto Amaral: representações da degenerescência em São Paulo. 2003, 325f. Tese (Doutorado em História e Sociedade) Faculdade de Ciências e Letras – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2003.

O segundo caso que gerou amplo debate foi o de Febrônio Índio do Brasil. No ano de 1927 o jovem, racializado como mulato, escritor de um livro de profecias, foi acusado de assassinato de jovens e “loucura moral”, duas acusações que lhe renderam a fama de ser quem inaugurou o primeiro manicômio judiciário brasileiro. Sua loucura moral foi produzida como decorrente da miscigenação e da homossexualidade (CALIL, 2015; CARRARA, 1998, p. 16). Em ambos os casos é possível perceber que a miscigenação marca a descrição da loucura moral. Febrônio foi preso, posteriormente institucionalizado no recém-inaugurado manicômio judiciário (primeiro do país, construído em 1921). Foi o paciente 0001, antes mesmo da transferência dos loucos criminosos que ficavam na Seção Lombroso. A constatação por perícia médica do perigo intrínseco a esses dois sujeitos racializados como negro e mestiço garantiu sua prisão indefinida.

A periculosidade apropriada como reflexo do positivismo jurídico, antes de ser colocada como norma em legislação penal brasileira, já era adotada pela medicina-psiquiátrica, jurisprudência e doutrina. Isso demonstra que a enunciação discursiva (FOUCAULT, 2008) da periculosidade se formou como prática muito antes de entrar para a legalidade. Mais do que isso: a lei não era, até 1930, central como fonte doutrinária e jurisprudencial (PRANDO, 2012, p.238). E o saber dos juristas, até aquela data, se centrava no saber exteriorizado pela retórica criminológica (PRANDO, 2012).

No contexto brasileiro de emergência de uma modernização penal, houve a busca para se construir uma centralidade na lei, no juiz como seu intérprete e na defesa social como justificativa para o controle penal (PRANDO, 2012, p.243). Nesse contexto, o critério racional da periculosidade, como forma de defesa social, fazia parte da modernização do saber penal (PRANDO, 2012, p.235). Essa racionalização seria proporcionada pela discricionariedade do magistrado e pelo uso dos estudos científicos produzidos pelo saber criminológico.

Embora influenciado por essa construção criminológica, Nelson Hungria se apropriou do conceito, e para justificar as críticas que fazia à criminologia, o chamou de forma retórica de conceito racional, não científico (PRANDO, 2012, p.236). A tecnicização do direito após 1930 proporcionou a consolidação deste critério como medida de defesa social. Ainda que houvesse debates naquela época, eles não negavam o critério, mas decidiam os limites e condições de aplicação (PRANDO, 2012, p.248).

A defesa social ocupou tanto a retórica criminológica quanto o processo de dogmatização do direito penal, e seu correspondente foi o critério da periculosidade. Fazia parte da modernização do sistema penal a entrada da periculosidade na legalidade e sua assimilação como parâmetro interpretativo para a dogmática penal (PRANDO, 2012, p.238).

Apesar dessas alterações, somente a partir da promulgação do Código Penal de 1940, em contexto ditatorial, que o critério positivista da periculosidade entrou na legalidade juntamente com as medidas de segurança (PRANDO, 2012, p.238). Se antes de 1930 não havia muita submissão à lei, mas consolidação jurisprudencial do conceito da periculosidade, após essa data, o esforço de tecnicização do direito, tornará a prática judiciária retoricamente mais “racional e moderna” mediante a submissão à lei e à doutrina.

2.4 A caracterização jurídica da periculosidade na medida de segurança: as definições legais e as construções doutrinárias

As medidas de segurança foram criadas como uma espécie do gênero sanção penal, aplicadas a partir de uma sentença absolutória imprópria, que ao absolver o sujeito, o submete a um tratamento compulsório que pode ser de internação ou ambulatorial. Enquanto a culpabilidade é o que justifica a pena, a periculosidade justifica as medidas de segurança. A periculosidade evidencia um discurso jurídico penal baseado na concepção de anormalidade e no saber criminológico positivista, presente previamente à entrada da periculosidade na legalidade.

Embora inauguradas no Código Penal de 1940, as medidas de segurança deixaram de ser aplicadas aos imputáveis, cabendo elas apenas àqueles com inimputabilidade, a partir da reforma de 1984²⁷. Isso foi provocado pela mudança do sistema dualista cumulativo (duplo binário), que previa aplicação cumulada ou sucessiva de pena e medida de segurança, para o sistema dualista alternativo (vicariante), que prevê apenas a aplicação de pena (fundada na culpabilidade) ou de medida de segurança (fundada na periculosidade) (SANTOS, 2012, p. 471).

²⁷ A Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984, altera as disposições do CP de 1940 a respeito das medidas de segurança, que antes podiam ser aplicadas cumulativamente à pena aos imputáveis (BRASIL, 1984).

As doutrinas majoritárias²⁸ interpretam, hoje, as medidas de segurança a partir de três dispositivos legais: o Código Penal de 1940²⁹ (CP de 1940), o Código de Processo Penal de 1941³⁰ (CPP de 1941) e a Lei de Execução Penal de 1984³¹ (LEP de 1984) e seguem ignorando os reflexos da Lei Federal nº.10.216/2001 nas medidas de segurança. Dentre as doutrinas mapeadas, apenas Greco (2017) citou os impactos da lei federal nas medidas de segurança, embora não analise a dogmática das medidas a partir da referida lei. Este foi o único momento que falou da legislação antimanicomial. Cabe destacar o que o autor escreve:

É importante ressaltar que a classe médica, há alguns anos, vem se mobilizando no sentido de evitar a internação dos pacientes portadores de doença mental, somente procedendo a internação dos casos reputados mais graves quando o convívio do doente com seus familiares ou com a própria sociedade torna-se perigoso para estes e para ele próprio. Em virtude desse raciocínio, surgiu em nosso ordenamento jurídico a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (GRECO, 2017, p. 838).

Nas demais doutrinas estudadas (BITENCOURT, 2012; JESUS, 2011; SANTOS, 2012), essa legislação sequer é citada. Em decorrência disso, não se fala em uma leitura das medidas de segurança privilegiando o cuidado em liberdade. Esses doutrinadores explicam as medidas de segurança apenas por meio da legislação penal.

Greco descreve a finalidade das medidas de segurança como “providência legal curativa” (GRECO, 2017, 839). Damásio (JESUS, 2011) concorda que a medida tem finalidade curativa e preventiva, enquanto Bitencourt (2012) acrescenta que ela tem finalidade também repressiva. Para Juarez Cirino (2012), a finalidade metodológica da medida de segurança é tanto prever crimes futuros por meio do conceito da periculosidade, quanto evitar que esses crimes aconteçam. Essa finalidade é o fundamento da crise das medidas de segurança. Assim, explica Santos:

A crise das medidas de segurança decorre da inconsistência desses fundamentos: primeiro, nenhum método científico permite prever o comportamento futuro de ninguém; segundo, a capacidade da medida de segurança para transformar condutas antissociais de inimputáveis em condutas ajustadas de imputáveis não está demonstrada.” (SANTOS, 2012, p. 606).

²⁸O saber dos juristas é um importante ambiente para se entender como se desdobrou a construção da periculosidade. Aqui, iremos mapear a construção doutrinária sobre a periculosidade a partir de quatro autores: Bitencourt, Damásio de Jesus, Juarez Cirino e Greco.

²⁹ Decreto-Lei nº. 2.848, de 07 de dezembro de 1940, com as alterações dadas pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984 (BRASIL, 1940).

³⁰ Decreto-Lei nº. 3.689, de 3 de outubro de 1941 (BRASIL, 1941).

³¹ Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (BRASIL, 1984).

Enquanto Bitencourt (2012) e Damásio (JESUS, 2011) classificam as medidas de segurança em medida de segurança detentiva (internação) e restritiva (ambulatorial), Juarez Cirino (SANTOS, 2012) as nomeia também como estacionárias e ambulantes. Para Damásio, a escolha por medida de segurança detentiva (internação) e restritiva (ambulatorial) vai depender da pena em abstrato prevista para o crime praticado (2011). A medida de segurança de internação aparece como substituto do regime penal mais gravoso e, por isso, não deve ser cabível para casos de crimes de bagatela, sendo necessário para seu prognóstico fatos com violência ou ameaça dela (SANTOS, 2012, p.615). Por isso, para a doutrina penal, a internação se relaciona com a gravidade do crime e não da doença. Ela substitui a prisão em regime inicialmente fechado, segundo a analogia: reclusão (internação) e detenção (ambulatorial).

Contudo, para Greco, a escolha do tratamento, seja internação ou ambulatorial, deve visar atender à “situação do agente”, independentemente da disposição legal do artigo 97 do CP, para o qual, na medida de segurança, cabe internação (reclusão) e, em caso de detenção, cabe tratamento ambulatorial (GRECO, 2017, p.839). Por outro lado, Juarez Cirino embora não condicione o tratamento à necessidade do sujeito, entende que o tratamento ambulatorial é condicionado à pena de detenção (SANTOS, 2012), requisito que para Bitencourt é somado a requisitos extralegais como “condições pessoais do agente”(BITENCOURT, 2012, p.1879-1880).

A internação ou o tratamento ambulatorial, segundo a LEP (art. 171, 172), necessita de “expedição de guia para a execução” (GRECO, 2017, p.839) “expedida pela autoridade judiciária” (GRECO, 2017, 839). Por outro lado, a internação pelo SUS, nos moldes da Lei nº10.216/2001, carece de laudo médico descrevendo os sintomas clínicos e o diagnóstico inicial que geram a necessidade de internação para emissão de AIH (autorização de internação hospitalar), segundo Dossiê 03 tratado no último capítulo.

A periculosidade é definida para Bitencourt como “um estado subjetivo mais ou menos duradouro de antissociabilidade. É um juízo de probabilidade” (2012, p.1878). Damásio ressalta que a periculosidade é a probabilidade de delinquir e não a possibilidade. Damásio dialoga muito com fatores construídos pela Sociologia Criminal de Ferri, entendendo periculosidade como determinada por fatores e sintomas. Os fatores, segundo ele, seriam internos e externos, de personalidade, mas também de condições morais e culturais,

considerando o convívio familiar e vida social. Os sintomas seriam os antecedentes que dão indicativos de periculosidade (JESUS, 2011, p. 590). Assim descreve o autor:

[...] de ordem externa ou interna, referentes às condições físicas individuais, morais e culturais, condições físicas do ambiente, de vida familiar ou de vida social, reveladores de sua personalidade. Ao lado dos fatores, há os sintomas de periculosidade, que são os antecedentes criminais, civis ou administrativos, os motivos determinantes da prática delituosa e suas circunstâncias (natureza, modo de realização do tipo, meios empregados, objeto material, momento da prática, lugar, consequência etc.). Há certos dados, explica José Frederico Marques, que funcionam como fatores e sintomas, como as condições de vida e o caráter. (JESUS, 2011, p.590).

Para Damásio (JESUS, 2011) e Bitencourt (2012, p.591), a periculosidade é entendida como presumida aos inimputáveis (art.97 CP) ou real para os semi-imputáveis, considerada apenas quando há prova de necessidade de tratamento (BITTENCOURT, 2012, p.1878). Embora Juarez Cirino (SANTOS, 2012) seja o único que levanta crítica ao conceito de periculosidade como prognóstico futuro da psiquiatria, lembrando as críticas ao conceito de doença mental levantadas pela antipsiquiatria, ele afirma que a periculosidade pode ser “pode ser o resultado de presunção legal (arts. 26 e 97, CP) ou de determinação judicial (arts. 26, parágrafo único, e 98, CP)”(SANTOS, 2012, p.612). Essa concepção é muito semelhante à construção feita pelos autores anteriores sobre periculosidade presumida ou real.

Interessante notar que a noção de presunção de periculosidade não é expressa no atual código penal. A versão anterior do código, artigo 78, previa como presunção de periculosidade os casos do artigo 22 (inimputáveis). Na atual versão do código, não se fala expressamente em presunção. Portanto, tornou-se construção doutrinária de que os inimputáveis têm periculosidade presumida (concepção que se reflete nas sentenças estudadas).

Os doutrinadores explicam que a periculosidade é avaliada por laudo médico, citando a legislação penal a respeito. Sobre isso, Santos (2012) questiona a periculosidade como prognóstico de crime futuro e critica a capacidade técnica de um médico psiquiatra para fazê-lo (SANTOS, 2012, p.607).

O tempo de duração para Greco dura “enquanto houver necessidade do tratamento destinado à cura ou à manutenção da saúde mental do inimputável.” (GRECO, 2017, p.840). Segundo o Código Penal, esse tempo é indeterminado, seguindo o critério da periculosidade para sua extinção. Muitos doutrinadores, como Greco (2017), Bitencourt (2012) e Santos

(2012), explicam o risco da inconstitucionalidade da perpetuidade das medidas. Para Bitencourt (2012), esse limite seria o da pena abstratamente cominada, já que a constituição veda a prisão perpétua.

O STF já havia julgado como limite máximo os 30 anos previstos pela CF (HC 97.621, de 2009; HC 84.219, de 2005; HC 107.777/RS de 2012), porque a medida de segurança tem caráter de pena. Mas este assunto não é pacífico e sobre ele os precedentes do STJ³² entendem ser indeterminado o tempo de cumprimento de medida de segurança (GRECO, 2017, p.846).

Além dessa concepção de limite máximo de 30 anos, o STJ em 2015 se posicionou por meio da Súmula nº 527, explicando que o limite máximo da medida de segurança deveria ser tomado levando em conta o limite máximo da pena prevista em abstrato para o delito. Contudo, nas extinções das medidas, esses limites não são citados, considerados ou calculados (nos dossiês do PAILI). Apenas a periculosidade e a prática de novo crime são levadas em consideração. Esse dado é confirmado pelo Censo de 2011 dos HCTP, que encontrou pessoas em medida de segurança presas há mais tempo do que o permitido constitucionalmente. Esse limite, na prática, é ignorado com a concepção da periculosidade.

Segundo o artigo 175 da LEP, após o prazo mínimo de internação, “condições pessoais do agente” seriam analisadas para determinar a periculosidade. Para Santos, não é necessária a espera do prazo mínimo, podendo ser a qualquer tempo solicitado (arts. 176-177, LEP). (SANTOS, 2012, p.620). Essas condições deveriam ser descritas em relatório contendo laudo psiquiátrico (Art. 175, II, LEP). Após a emissão do relatório, deveria haver a escuta do MP e defensor, garantindo, ainda na execução, o contraditório. A decisão judicial seria posterior às diligências, escuta das partes e não apenas uma imposição judicial. Segundo a LEP (art. 176 da LEP), não é necessário o esgotamento do período mínimo para pedido de análise da cessação de periculosidade.

³²“1. O Supremo Tribunal Federal já se manifestou no sentido de que o instituto da prescrição é aplicável na medida de segurança, estipulando que esta ‘é espécie do gênero sanção penal e se sujeita, por isso mesmo, à regra contida no art. 109 do Código Penal’ (RHC nº 86.888/SP, Rel. Min. Eros Grau, 1ª T., DJ 2/12/2005). 2. Considerando-se que o máximo da pena abstratamente cominada ao delito é de 30 (trinta) anos, o prazo prescricional seria de 20 (vinte) anos, nos termos do art. 109, inciso I, do Código Penal, de tal sorte que não se vislumbra que tenha transcorrido o referido lapso entre cada um dos marcos interruptivos, não podendo falar-se, então, em prescrição da pretensão punitiva. 3. Aliás, também não há como se reconhecer a prescrição da pretensão executória no caso em comento, porquanto o início do cumprimento da medida de segurança pelo paciente interrompeu o transcurso da prescrição, nos termos do art. 117, inciso V, do Código Penal. 4. Esta Corte Superior firmou entendimento de que a medida de segurança é aplicável ao inimputável e tem prazo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada a cessação da periculosidade (Precedentes STJ). 5. Ordem denegada” (STJ, HC 145.510/RS, Rel. Min. Jorge Mussi, DJe 7/2/2011)”. (GRECO, 2017, p.846).

Ainda que tenha uma a leitura mais garantista de medidas de segurança como tratamento e não como pena, Grego reproduz a ideia de perigo da liberdade. “Mas não podemos liberar completamente o paciente se este ainda demonstra que, se não for corretamente submetido a um tratamento médico, voltará a trazer perigo para si próprio, bem como para aqueles que com ele convivem” (GRECO, 2017, p.842). Além de reproduzir a ideia do perigo, a doutrina também fala em mal, assim descrito: “[...] exame de cessação de periculosidade se verifique que o paciente já se encontra completamente restabelecido do mal que o afligia, sendo que, neste caso, o juiz determinará sua liberação[...]” (GRECO, 2017, p.843, grifo nosso).”

O Código Penal prevê a liberação condicional da medida de segurança (§ 3º do art. 97 do Código Penal). Greco descreve a liberação condicional como desinternação e submissão a tratamento ambulatorial, ou liberação do tratamento por completo por libertação do “mal que o afligia” (GRECO, 2017, p.843, grifo nosso). A doutrina, ainda que tentando ser crítica, segue discursivamente reproduzindo a episteme da periculosidade.

A liberação é condicionada a requisitos determinados pelo juiz com base art. 178 da Lei de Execução Penal. Fala-se em liberação condicional também porque essa liberdade, além de ser condicionada a certos requisitos, é provisória, podendo ser restabelecido o regime de tratamento anterior, como se fosse uma regressão de regime de pena (§ 3º do art. 97 do Código Penal). As condições de revogação não precisam de se referirem à nova prática de crime. A legislação fala de “fato indicativo de periculosidade”, concedendo ampla discricionariedade ao magistrado, que poderá considerar como indicativo de periculosidade não só o descumprimento das condições impostas, mas qualquer comportamento que julgar desviante, como recusa a tratamento (GRECO, 2017). Por outro lado, para Bitencourt, descumprir condições para o livramento condicional não poderia causar sua revogação (2012, p.1890). Segundo a lei penal, o juiz pode determinar a reinternação a qualquer momento (§ 4º do art. 97 do Código Penal).

A doutrina majoritária convencionou chamar a sentença que determina medida de segurança de sentença absolutória imprópria por compreender um tratamento compulsório ao mesmo tempo em que absolve. Essa sentença não é de absolvição de forma convencional, e, por isso, a doutrina quis enfatizar tal diferença, ressaltando que ela está “sendo impropriamente chamada de absolutória a decisão que o absolve, mas, contudo, deixa a sequela da medida de segurança.” (GRECO, 2017, p.844).

De forma diferente dos inimputáveis, o semi-imputável será condenado e sua pena poderá ser reduzida (art. 26 do Código Penal). Ou em caso excepcional, segundo Bitencourt (2012) e Damásio (JESUS, 2011), substituída por medida de segurança. Embora o código afirme que essa redução de pena é uma faculdade do juiz, para Greco, é um direito subjetivo do condenado (GRECO, 2017, 844).

O Código prevê conversão de pena privativa de liberdade em internação (art. 98 CP) em caso de necessidade de tratamento “curativo”, “pelo prazo mínimo de um ano a três anos, nos termos do art. 97 e seus §§ 1º ao 4º” (GRECO, 2017, p.844). No caso de semi-imputável, Greco e Bitencourt entendem que o tratamento, seja ambulatorial ou de internação, não pode ultrapassar o tempo de pena previsto na condenação sob pena de a medida de segurança ser tratamento mais gravoso, ainda que a lei determine o prazo final como indeterminado (pois o art. 98 nos remete ao art. 97 e seus §§ 1º ao 4º) (GRECO, 2017, p.845; BITENCOURT, 2012, p.1884). Santos explica que, nesse caso, “o limite máximo da medida de segurança aplicada deve coincidir com a pena criminal aplicável no caso concreto, se o autor fosse imputável.” (SANTOS, 2012, p.618).

No caso de superveniência de doença mental (art. 682, § 2º, do CPP), Greco entende que o tratamento deve durar o tempo da pena substituída e será calculado como detração penal segundo art. 42 do CP (GRECO, 2017, p.845).

Na extinção de punibilidade das medidas de segurança (art. 96 do Código Penal), o problema impera no cálculo da prescrição, já que o inimputável não tem pena cominada na sentença por ser absolvido (art. 26 do Código Penal). O critério que Greco³³ e Santos sugerem é o de se considerar, para o cálculo da prescrição, a pena máxima prevista em abstrato para o delito e aplicação do art. 109 do CP (GRECO, 2017, p.845; SANTOS, 2012, p.621).

Greco, interpretando o art. 99 do Código Penal, entende como direito do inimputável ser submetido a tratamento em instituição com características hospitalares, sendo vedada portanto, em decorrência deste direito, a prisão em “cela de delegacia policial, ou mesmo a uma penitenciária em razão de não haver vaga em estabelecimento hospitalar próprio, impossibilitando-lhe, portanto, o início de seu tratamento.” (GRECO, 2017, p.846). Para

³³Cita a jurisprudência do STJ a respeito, que explica que o STF decidiu a respeito da prescrição ser aplicada em medida de segurança no caso RHC nº 86.888/SP, Rel. Min. Eros Grau, 1ª T., DJ 2/12/2005.

corroborar com sua interpretação, o autor cita decisão do STJ, HC 300.976/SP de 2015³⁴, que entende violação do princípio da individualização da pena o inimputável aguardar vaga de internação em HCTP em penitenciária. Ele também cita decisão³⁵ que entende configurar constrangimento ilegal tal ato. Contudo, essas decisões não são unânimes e encontramos no Tribunal de Justiça de Goiás julgados que não entendem a prisão do inimputável como constrangimento ilegal.

Greco cita Mirabete para falar sobre a interpretação de tal prisão como constrangimento ilegal, explicando que, em ausência de vaga de internação, o correto seria o tratamento ambulatorial, mas nunca a prisão (MIRABETE, p.368 apud GRECO, 2017, p.847).

Greco explica a instituição recente do que nomeia como internação cautelar. A Lei nº 12.403/2011, inciso VII, “previu, [...] a chamada internação provisória, como espécie de medida cautelar diversa da prisão” (BRASIL, 2011). Essa disposição legal consequentemente alterou “o art. 319 do Código de Processo Penal” (GRECO, 2017, p.847). A previsão legal possibilitaria aos acusados terem acesso à tratamento médico por meio de internação (nos casos de crimes praticados com violência ou grave ameaça, para inimputável ou semi-imputável, com risco de reiteração) em substituição à prisão preventiva no decorrer do processo penal, antes da sentença e conversão de pena em medida de segurança ou em absolvição imprópria e imposição de medida de segurança.

Embora os reflexos da luta antimanicomial não terem atingido as construções doutrinárias majoritárias³⁶, depois de muitas práticas alternativas à lógica manicomial serem

³⁴“Viola o princípio da individualização da pena, cujo espectro de incidência é ampliado, teleologicamente, para englobar a medida de segurança, a segregação, em penitenciária, de inimputável que aguarda vaga em hospital de custódia para receber tratamento em regime de internação” (STJ, HC 300.976/SP, Rel. Min. Ericson Maranhão – desembargador convocado do TJSP, 6ª T., DJe 16/03/2015) (GRECO, 2017, p.846).

³⁵“Tratando-se de medida de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, caracteriza-se o constrangimento ilegal se o paciente encontra-se em prisão comum, ainda que não haja local adequado para o cumprimento da medida. No caso, segundo informações obtidas via contato telefônico com a Vara das Execuções Penais de São Paulo, capital, o paciente encontra-se acautelado em presídio comum desde junho de 2009, aguardando, até o presente momento, vaga em estabelecimento adequado para o cumprimento da medida de internação, sem previsão para transferência, evidenciado, assim, o constrangimento ilegal. Habeas corpus parcialmente concedido para determinar, não a colocação do paciente em liberdade, conforme requerido pela defesa, mas a sua imediata transferência para hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou outro estabelecimento adequado, sendo que, na falta de vagas, deve o Juiz das Execuções avaliar, com as cautelas devidas, a possibilidade de substituição da medida de internação por tratamento ambulatorial (HC 190.705/SP, Rel. Min. Haroldo Rodrigues [Desembargador convocado do TJ-CE], DJe 18/4/2011).

³⁶Construções doutrinárias minoritárias, como as do jurista Haroldo Caetano, partem da experiência do PAILI para interpretar dogmaticamente as medidas de segurança a partir de Lei nº10.216/2001.

construídas, houve consolidação de normativas a respeito da aplicação da Lei nº10.216/2001 nas medidas de segurança.

Depois de 10 anos de consolidação da Lei nº10.216/2001, de trabalhos publicados, do surgimento de programas inéditos, algumas normativas foram se consolidando para responder à “lacuna legislativa”³⁷ da reforma psiquiátrica nas medidas de segurança. Em 20 de abril de 2010, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) publicou a Resolução nº 113/2010³⁸ que buscava uniformizar a execução de medidas de segurança, determinando que a sentença³⁹ que decretasse a medida de segurança fosse executada nos termos da Lei nº. 10.216/2001. No mesmo ano, o órgão responsável pelo aprimoramento da política criminal, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), emitiu Resolução nº4/2010⁴⁰, que recomenda a adoção da política antimanicomial na execução das medidas de segurança, que deve acontecer em serviços substitutivos em meio aberto, de modo antimanicomial. Essa resolução orienta que a medida deverá ser determinada de forma individualizada visando a inserção social, que os Estados deverão ter programa de atenção ao paciente judiciário⁴¹ e que as autoridades devem evitar determinar internação em manicômio judiciário.

No ano seguinte, houve continuidade do avanço do entendimento do órgão de controle e aperfeiçoamento do judiciário. O CNJ publicou a Resolução nº 35/2011⁴² que recomenda a aplicação da política antimanicomial nas medidas de segurança, as quais devem ser executadas sem afastamento do meio social dos indivíduos. E quando houver dependência institucional, deve haver a promoção da reinserção social. Aqui, o entendimento de uso da internação na rede de saúde pública e não no manicômio foi reiterado.

³⁷Usamos aspas por não acreditar que se trata de lacuna legislativa, mas de resistência do judiciário à desmanicomialização e desinstitucionalização das medidas de segurança, já que aplicar a reforma psiquiátrica implica em suspender a lei penal que tornou-se inconstitucional e ilegal ao fazer uso da internação como punição dos loucos infratores. Sobre a ilegalidade e inconstitucionalidade das medidas de segurança ler Coleção Pensando o Direito, Loucura e Direito Penal: uma análise crítica das medidas de segurança (DINIZ; SILVA, 2011).

³⁸Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências.

³⁹Sentença penal absolutória, que absolve o sujeito e decreta o cumprimento de um tratamento compulsório chamado de medida de segurança.

⁴⁰Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança.

⁴¹Orienta que tais programas de acompanhamento ao paciente judiciário devem “realizar o acompanhamento psicológico, jurídico e social do paciente judiciário usando a rede substitutiva de serviços de saúde mental;” (BRASIL, 2010).

⁴²Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança.

O entendimento foi se consolidando de tal forma que, em 2014, o Ministério da Saúde emitiu juntamente com o Ministério da Justiça uma Portaria Interministerial⁴³, reafirmando o já dito pelos Conselhos, mas agora com força de normativa do executivo. Esses enunciados “determinam que na execução da medida de segurança devem ser observados os princípios estabelecidos pela Lei nº. 10.216/2001, com o tratamento e cuidado em saúde mental realizado nos serviços substitutivos em meio aberto” (CORREIA; PASSOS, 2017, p. 132).

Além da portaria citada, há no mesmo ano as Portarias nº 94 e 95 do Ministério da Saúde que tratam com especificidade do tema do louco infrator. Por meio dessas portarias há a instituição de Equipe de Avaliação e Acompanhamento (EAP), e por meio de suas determinações, já foram criadas iniciativas recentes de programas semelhantes ao PAILI em outros Estados. Esses programas em curso se instituíram no Piauí (PI), Pará(PA), Pernambuco(PE) e Maranhão (MA).

São normativas que afirmam as políticas inauguradas há bastante tempo pelo PAILI e pelo PAIPJ. Embora não sejam leis que obriguem juízes a aplicarem a não internação da Lei nº 10.216/2001, as normativas demonstram uma consolidação do entendimento da necessidade de tratamento em liberdade por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para os loucos infratores.

Esse tratamento em liberdade para os loucos não decorreu de uma criação do judiciário mas uma criação do campo da saúde mental. A fim de contextualizar esse saber e práticas construídas em torno da desconstrução do vínculo entre loucura e o perigo, abordaremos no capítulo a seguir questões relacionadas ao surgimento desse outro saber e seus principais enunciados discursivos que alteraram práticas do campo da saúde mental mas também jurídico-penal.

⁴³Em 2014, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Justiça, emitiram a Portaria Interministerial nº 01, de 02 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (CORREIA; PASSOS, 2017).

3 Reformas psiquiátricas e medidas de segurança⁴⁴

Sueli Rezende⁴⁵ é caso único⁴⁶ de mulher em nosso corpus empírico. Usuária de drogas, presa em flagrante por associação para a prática de tráfico de drogas. Uma quantidade de 9,85 gramas de cocaína e uns trocados conduziram Sueli para a prisão.

A denúncia registrou entrega voluntária de droga escondida em sua calcinha após os policiais a ameaçarem com condução para busca pessoal. Um sujeito que usava drogas do outro lado da rua testemunhou, além da denúncia anônima, sobre um casal vendedor de drogas. Embora um dos policiais tenha afirmado que o casal estava “sob efeito de drogas” (Dossiê de Sueli, Sentença, 30/09/2015), a juíza os considerou traficantes. A união do casal foi considerada crime de associação.

Diferentemente de dossiês mais antigos, Sueli foi inquirida no laudo. O médico-perito⁴⁷, em fase processual, interrogou Sueli sobre seu passado individual e familiar, buscando sintomas, enfermidades e comportamentos que denunciasses sua anormalidade. Sueli tem uma trajetória de vulnerabilidade e de falha em várias instâncias de apoio e tutela, mas não psiquiátrica.

Menina que “começou a trabalhar aos 12 anos arrumando casa de vizinho” (Dossiê de Sueli, laudo pericial, 13/06/2015), deixou a escola por envolvimento com as drogas. Embora dependente das drogas, nunca teve sintoma de loucura. “Nunca fez tratamento psiquiátrico. Já foi internada em uma casa de recuperação em Trindade pela dependência química, mas sem assistência médica” (Dossiê de Sueli, laudo pericial, 13/06/2015). O tratamento abstêmico não afastou Sueli das drogas. Pelo contrário, aos 20 anos o vício a levou ao uso de crack e, para manter o vício, à prostituição. Apesar de afirmar ter tido problemas anteriores por furto, sua guia de antecedentes registra que ela é ré primária.

O laudo é conclusivo: embora não tenha aparentes transtornos mentais, Sueli apresenta sintoma de abstinência do uso de drogas. O médico assinala o CID que encaixa Sueli em um diagnóstico: transtorno mental por dependência química de drogas. Para o poder

⁴⁴ Falaremos da contrarreforma psiquiátrica no Apêndice dessa dissertação.

⁴⁵ Anonimizamos o nome real do dossiê com nome verdadeiro de uma personagem do filme-documentário “Em Nome da Razão”(1979), de Helvécio Raton: Sueli Rezende. Essa nomeação é homenagem e memória a uma mulher confinada no Hospital-Colônia de Barbacena e morta neste regime de exceção que vigorou por 80 anos em Minas Gerais.

⁴⁶ No período analisado, de 2014 a 2016, havia a entrada de apenas 15 dossiês de mulheres. Desses, apenas 01 é de medida extinta.

⁴⁷ Realizado por médico-perito da Junta Médica do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás.

que a inquire, seu entendimento não é comprometido, apenas sua determinação. A capacidade de determinação e entendimento é analisada a partir do diagnóstico à época do fato. A consulta-perícia busca fazer juízo à respeito de um passado a partir de elementos coletados no presente. O objetivo do laudo é declarar a inimputabilidade ou não pela loucura.

Além de declarar sua inimputabilidade, o laudo sugere internação breve como início de tratamento. Antes, o documento se contradiz afirmando a necessidade de tratamento ambulatorial psiquiátrico. Saindo das contradições e sugestões sobre a forma de tratar, o laudo é claro no objetivo do cuidado: “manter a abstinência e diminuir sua probabilidade de voltar a delinquir” (Dossiê de Sueli, laudo pericial, 13/06/2015). A proposta de “cura” é a abstinência, opção que já não havia funcionado anteriormente.

Depois de extrapolar questões sobre inimputabilidade, o perito tenta afirmar sobre o futuro: responde positivamente para a chance de Sueli voltar a delinquir. Mesmo tendo bons antecedentes e seja ré primária, o perito afirma: “Os antecedentes, a personalidade, os motivos determinantes e as circunstâncias do fato, os meios empregados e os modos de execução do crime autorizam a suposição de que, em liberdade, voltarão a delinquir”(Dossiê de Sueli, laudo pericial, 13/06/2015). Há uma clara incorporação de conceitos da dogmática penal sobre antecedentes e personalidade no discurso médico-legal.

O que faz um profissional perito opinar sobre algo que não lhe compete enquanto profissional? Porque em um exame, para o qual a capacitação técnica é a própria condição de realização, pouco conhecimento técnico se registra? Porque em um exame sobre a sanidade mental de Sueli importa falar sobre maternidade? Importa para a saúde mental de Sueli, a mãe e o ex-companheiro criarem os filhos dela? O que torna o laudo psiquiátrico tão distante e tão estranho à ciência que lhe confere poder?

O ridículo na escritura de um texto técnico é categorizado por Foucault como um gênero de discurso ubuesco. Um discurso é tido como ubuesco quando é alheio ao saber que lhe qualifica como científico. Sua condição de possibilidade é o saber-poder soberano que assina o laudo. A premissa é ridícula porque não é a técnica que confere validade a esse gênero de discurso mas a presunção de verdade e a sua condição de produção que encoberta o ridículo (FOUCAULT, 2010).

Mesmo ubuesco, o resultado do laudo modificou a sentença. Embora saibam que o fato é crime, por causa da dependência, Sueli e seu companheiro foram considerados incapazes de se determinarem. A isenção de pena foi consequência da dependência química.

Na sentença, a periculosidade de Sueli foi demonstrada pela ficha criminal de seu companheiro que tinha duas condenações anteriores pela prática de crime de roubo, “demonstrando ser um risco a sociedade” (Dossiê de Sueli, Sentença, 30/09/2015). Mesmo tendo bons antecedentes e sendo ré primária (pela Guia de Execução Penal Definitiva), ela é considerada perigosa por algo alheio a si mesma: ter um companheiro com ficha criminal e por ser usuária de drogas.

Os autos de prisão em flagrante são de 30 de janeiro de 2015. Oito meses depois veio a sentença e, em 09 de dezembro de 2015, foi expedido o alvará de soltura. Após permanecer aproximadamente 10 meses e 17 dias respondendo ao processo encarcerada, Sueli foi colocada em liberdade mediante acompanhamento da equipe técnica do PAILI, requisito da juíza no alvará de soltura. Se não fosse submetida à medida de segurança, teria cumprido quase o tempo total de pena (06 meses por associação e 06 meses por tráfico de drogas), respondendo ao processo presa.

Um dia antes de sua liberdade, o PAILI realiza visita à Casa de Prisão Provisória para explicar o acompanhamento do programa e a forma como se desenvolve o “projeto terapêutico singular”⁴⁸. Mesmo em idade adulta, a tutela familiar aparece. Mãe de Sueli foi informada sobre o tratamento, recebeu uma lista de recomendações de condutas⁴⁹ e assinou uma declaração de responsabilidade⁵⁰. De início, a tutela e vigilância familiar são um marcador importante para a gestão da segurança para o controle da loucura em liberdade (BRITO, 2016) e o PAILI se apresenta como uma medida prática desencarceradora.

⁴⁸ Termo nativo dos arquivos.

⁴⁹**Recomendações de conduta ao paciente submetido à medida de segurança entregue aos cuidados da família, em 17 de dezembro de 2015.** Entregue à mãe da sentenciada.

“O paciente:

- 1- Deverá submeter-se ao tratamento ambulatorial, comprometendo-se a fazer uso correto da medicação prescrita pelo médico. Se preciso, solicitar orientação da equipe do Programa para que não falte medicamento.
- 2- Deverá manter a equipe do PAILI informada sobre o andamento de seu tratamento e de suas demais atividades;
- 3- Deverá manter o programa sempre informado sobre o seu endereço residencial;
- 4- Não ingerir bebidas alcoólicas;
- 5- Não frequentar bares e/ou lugares de má reputação;
- 6- Evitar se relacionar com pessoas de má conduta e que possam levá-lo a praticar atos ilícitos”.

⁵⁰ Declaração da responsável pelo paciente. 17 de dezembro de 2015.

Declaração assinada pela mãe da paciente. “[...]declaro ter recebido informações a respeito da necessidade do uso da medicação prescrita por seu médico, quando ela não estiver internada. Fui informado (a), ainda, dos riscos que a falta do uso da medicação e de acompanhamento médico podem trazer e me comprometo não só a incentivá-lo(a) como também a exigir que cumpra as determinações do médico e da equipe do PAILI. Comprometo-me, também, a seguir todas as determinações judiciais, tais como comparecer com o paciente em audiências e outros compromissos na esfera judicial”.

O primeiro ofício PAILI à justiça marca uma boa transição: Sueli apresentou bom retorno à família, bom comportamento e aparentemente a prisão havia lhe afastado das drogas. “Ela estava lúcida, orientada no tempo e espaço, com bom aspecto de higiene pessoal, bom contato, pensamento e discurso coerentes e organizados, consciente do motivo de sua prisão, triste por estar longe de seus filhos e negou fazer uso de drogas no presídio” (Dossiê de Sueli, Relatório do PAILI, Ofício do PAILI nº1233/15, 18/12/2015). O primeiro registro lista a aparência de seu estado físico e mental a partir da descrição de seu comportamento no encontro da saída.

Em janeiro, começam os registros da resistência de Sueli às técnicas de normalização e disciplinamento (BRITO, 2016; FOUCAULT, 2006) de sua loucura – o vício nas drogas. Após a concessão de sua liberdade ela desapareceu por dois dias em dezembro. Em visita no fim de dezembro ao PAILI é descrita com “comportamento hostil” e aparentava estar sob efeito de drogas. Embora não tenha comparecido para dar início ao tratamento ambulatorial no CAPS local, apresentou-se no dia 29 de dezembro no PAILI para consulta. Apesar de aparente “melhora nos cuidados pessoais e no seu contato com a mãe”, ela saiu da casa de sua mãe “e não foi mais localizada” (Dossiê de Sueli, Ofício do PAILI nº030/16, 12/01/2016).

Em abril, os servidores do PAILI realizam visita domiciliar, chamada no arquivo de “busca ativa”, e não a encontram mais. Na busca pelo paradeiro de Sueli, encontram processo novo no qual ela foi vítima de violência doméstica. E a profecia do laudo médico se concretizou: os arquivos registravam nova passagem pela polícia, agora por furto.

O arquivo lamenta a insubmissão de Sueli às técnicas disciplinares. “Ela tem total apoio dos familiares, mas prefere a situação de rua” (Dossiê de Sueli, Ofício do PAILI nº1288/16, 06/12/2016). O clamor do arquivo desconsidera por completo os laços, ainda que frágeis, estabelecidos na rua. Em janeiro de 2017, a desaparecida e agora moradora de rua foi encontrada pela equipe do Consultório na Rua e encaminhada ao CAPS. O tratamento abstêmico não interessou a Sueli. O ofício ao juiz registrou que ela não regressou ao CAPS. Já o relatório do CAPS arquivado no dossiê relatou 03 comparecimentos de Sueli em fevereiro e dois em março. Um aparente desencontro de informações.

Em março, ela e seu namorado comparecem a uma Audiência de Justificação, uma prestação de contas ao poder judiciário. Na advertência, o casal informou ao poder que lhes interpelou que estão vivendo juntos e sendo acompanhados pelo CAPS da Vila Nova. A união é registrada como “sem suporte familiar”. Sueli e o companheiro não são considerados família

e são vistos como “sem contato com a família”. Há o registro de uma aproximação dos atos do casal a uma expectativa de melhora: o trabalho. O poder *arconte* registra que “Sueli trabalha como diarista e ele trabalha lavando carros” (Dossiê de Sueli, Termo de audiência de advertência, 16/03/2017, Recebido em 03/05/2017).

Essa expectativa é logo quebrada: a partir de abril de 2017, Sueli desaparece novamente do tratamento no CAPS. Mas o tratamento da medida de segurança é compulsório e a “busca ativa” por Sueli é ordenada por despacho (Dossiê de Sueli, Despacho, 02/02/2018).

O último registro do arquivo conta sobre possível melhora e submissão de Sueli ao controle familiar (FOUCAULT, 2006). Ela e seu companheiro voltaram a morar com a mãe e Sueli tem comparecido esporadicamente ao CAPS. O registro é um relato da genitora: “[...] o casal chegou em sua residência no início do mês de fevereiro clinicamente debilitados. Ela os acolheu e os conduziu para tratamento médico junto a Unidade Básica de Saúde de seu setor” (Dossiê de Sueli, Ofício do PAILI nº1750/18, 01/03/2018). A vigilância familiar depõe sobre bom comportamento de Sueli tendo em vista sua abstenção das drogas. Também aponta o risco de uma má companhia que “continua em uso contínuo de entorpecentes” (Dossiê de Sueli, Ofício do PAILI nº1750/18, 01/03/2018). Mas o registro não aponta apenas a respeito do controle, há uma gestão da preocupação pela saúde e pelos encaminhamentos para ser assegurada.

O que permite Sueli permanecer em liberdade, em que pese sua insubmissão às técnicas disciplinares e normalizadoras do poder tutelar familiar e do poder normalizador médico (FOUCAULT, 2006; BRITO, 2016)? Porque a polícia não se encarrega mais da sequestração dessa louca insubmissa? Por que a polícia está proibida de apreender loucos insubmissos sem ordem de prisão? Por que o controle e disciplinamento da loucura não é mais caso de polícia⁵¹ e sequestração e, sim, caso de saúde pública? Que alteração se sucedeu à história do encarceramento da loucura?

Frente à construção de saberes e poderes a respeito da periculosidade, se construíram práticas críticas no cuidado à saúde mental que passaram a ser chamadas de Reforma Psiquiátrica. Com as diversas práticas que se espalharam pelo mundo, houve repercussões que se concretizaram com a consolidação do campo de estudos da saúde mental. Com a mudança

⁵¹“Em contato também, nesta data, em frente ao Mercado Central de Goiânia, com Sargento [...] viatura da [...]ª CIPM (placa ...) que nos informou não poder ajudar, pois **a Polícia Militar está proibida de fazer transporte de pessoas com transtornos mentais**, o que deve ser feito pelo SAMU, a não ser que haja ordem de prisão” (Dossiê de Sueli, Ofício do PAILI nº1288/16, 06/12/2016) (Grifo nosso).

das práticas sociais e demandas de movimentos sociais se implementou a Lei nº10.216/2001 no Brasil. Nesse contexto, pretendemos analisar o reflexo da reforma psiquiátrica nas medidas de segurança. Por fim, neste capítulo, vamos mapear o campo do programa que estudamos, o PAILI, a fim de entender em que contexto surgiu, como se dá seu funcionamento e quais trabalhos foram produzidos a respeito do programa.

3.1 Reformas psiquiátricas

A história que vamos contar é uma narrativa unidirecional e eurocêntrica da construção da loucura no ocidente capitalista. Acreditamos que a história da loucura não é apenas eurocêntrica, que há outras narrativas e outras formas de lidar com o sofrimento mental, diferente das formas hegemônicas. Mas não é sobre essas narrativas que escreveremos, esta é uma agenda de pesquisa para outro momento. Escrevemos sobre como, na periferia geopolítica da América Latina e do Brasil, se criou uma burocracia que pode abrir fissuras na transformação histórica da loucura em transgressão/crime e na segregação social dos loucos e das loucas.

Contudo, para entender as mudanças da política pública aplicada aos loucos infratores, voltaremos aos pressupostos da reforma psiquiátrica, saber já consolidado no campo dos estudos em saúde mental, sobre o conhecimento de que a loucura nasce como invenção social eurocêntrica e sua forma de cuidado não tinha caráter de tratamento.

A historiografia registra que a Europa foi o local de criação do modo de internamento da loucura. A Europa viveu, no final da Idade Média, a erradicação da lepra e um esvaziamento dos leprosários que foram ocupados em um breve período pelas pessoas com doenças venéreas, tornando-se logo objeto do olhar médico (FOUCAULT, 2009).

A institucionalização da lepra não servia para curá-la ou tratá-la, mas para “[...] mantê-la a uma distância sacramentada” (FOUCAULT, 2009, p. 06). Aqueles que povoarão os antigos leprosários e serão os atingidos por esse regime de exclusão serão os “[...]incuráveis e loucos” (FOUCAULT, 2009, p. 05).

A loucura, então, passa na idade clássica a ser institucionalizada na Europa com a erradicação da lepra e a consequente ocupação dos leprosários pelos marginalizados sociais. O que essa história oculta é que a segregação da loucura surge como forma de controle social.

A criação do saber racional, do homem “não louco”, era legitimação da supremacia dos povos dominadores sobre os povos dominados nas colônias das Américas.

Foucault afirma que o sentido dessa exclusão permanecerá nas estruturas e práticas sociais, já que “[...] é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão” (FOUCAULT, 2009, p.08).

Entender a estrutura desse espaço moral de exclusão não é negar fenômenos, comportamentos e a existência de adoecimentos, mas é compreender o condicionante social e histórico destas figuras. Por isso, “[...] afirmar que as doenças mentais e os pacientes insanos não existem não significa que não haja a conduta pessoal apresentada pelas pessoas classificadas como mentalmente doentes, ou alguns tipos de perturbações sociais a eles atribuídos.” (SZASZ, 1984, p. 21).

Junto à segregação da loucura nasce o dispositivo de sua vigilância que dará lugar ao saber médico para o controle. Pintel foi um dos primeiros a pensar uma forma de tratamento para a loucura que, para época, representava avanços para um regime de exclusão social. Com ele, o olhar médico passa a tutelar o controle da loucura e o alienista ganha protagonismo central sobre a verdade e o tratamento dos loucos (AMARANTE, 1998). A partir daqui o respaldo científico irá legitimar as técnicas de cura próximas à tortura, como sangrias, lobotomia e, mais recentemente, a eletroconvulsoterapia⁵² para docilização dos loucos e das loucas.

O controle institucionalizado da loucura se consolida como importante ferramenta para o controle social na Europa e se expande como regime de saber-poder para controle biopolítico dos corpos (FOUCAULT, 2006). O que a loucura institucionalizada representa para os saberes antimanicomiais é a exclusão e o abandono. O rito do acordar coletivo, a perda da individualidade, o desligamento dos laços sociais e familiares, o controle dos horários e atividades, o controle da liberdade, o alimento coletivo, os modos da vida

⁵² Sobre a “terapia” nomeada de convulsoterapia indicamos ler dissertação de Janaína Penalva (SILVA, 2007). A respeito de suas aplicações em Goiás, em um passado recente, assista o documentário: “Passageiros da segunda classe”, link para acesso: <https://www.youtube.com/watch?v=ZFBpvFwP9hM>. O curta metragem foi finalizado em 2001, e sua gravação foi fruto de uma pesquisa audiovisual realizada entre agosto de 1985 e março de 1987, no Hospital Psiquiátrico goiano Prof. Adauto Botelho: PASSAGEIROS da segunda classe. Direção de Luiz Eduardo Jorge; Kim-ir-sem; Waldir de Pina. Produção de Márcio Cury; Luiz Eduardo Jorge; Denize Barbosa. Roteiro: Luiz Eduardo Jorge. Goiânia: Stockimage; Midiamix; Asa Vídeo; Ucg; Igpa, 2001. (22 min.), son., P&B. Embora tenha tido aperfeiçoamentos, a eletroconvulsoterapia segue sendo aplicada no Hospital Wassily Chuc, porta de entrada da rede SUS para internação e em outras duas clínicas psiquiátricas na capital goiana.

institucionalizada foram descritos como regime de uma instituição total (GOFFMAN, 2001). Essa institucionalização tem função de tornar a vida possível apenas por meio e na instituição de controle. Os desligamentos dos laços sociais, ao invés de serem excepcionais, são a razão de ser de uma instituição que produz abandono em diferentes níveis (BRITO, 2016). Somando essa reflexão, na década de 60, surge na Inglaterra a antipsiquiatria que “[...]denuncia a cronificação da instituição asilar”(AMARANTE, 1998, p. 755). Diversas foram as iniciativas teóricas de questionamentos epistemológicos da verdade sobre a loucura⁵³. Contudo, o mais conhecido marco de ruptura de modelo no cuidado da loucura foi a experiência italiana, que soma no questionamento quanto ao caráter terapêutico do tratamento e da própria razão de ser da instituição manicomial.

O movimento de luta antimanicomial italiano foi um movimento social de questionamento e descentramento epistêmico dos fundamentos dos hospícios e manicômios. Junto a esse movimento, o psiquiatra italiano Franco Basaglia liderou as famosas experiências de redes substitutivas de cuidado e desconstrução dos manicômios de Gorizia e Trieste, tornando-se referência em saúde mental para o mundo.

O hospital de Gorizia foi o cenário da primeira experiência paradigmática do questionamento do tratamento e da autoridade do poder psiquiátrico, após a tentativa de humanização do cuidado pelos moldes da comunidade terapêutica falharem na tentativa de quebra de hierarquia entre o saber médico e paciente (AMARANTE, 1998). Após insucesso na desconstrução da instituição manicomial, a pressão realizada pelo movimento de psiquiatria democrática ruiu com as estruturas tradicionais. Em decorrência das permanências da estrutura e poder psiquiátrico, e após a frustração no fechamento do hospital psiquiátrico, outra foi a solução para a desconstrução da supremacia do poder psiquiátrico manicomial: a concessão de alta a todos os pacientes e carta de demissão de todos os profissionais. Esse

⁵³Sobre estas experiências há extensa literatura. Indico a leitura de nomes pioneiros no campo como Franca Ongaro Basaglia (BASAGLIA, FRANCA, 1987), Franco Basaglia (BASAGLIA, FRANCO, 1979, 1985, 2010), Ernesto Venturini (VENTURINI, 2010), Thomas Szasz (SZASZ, 1984) e Paulo Amarante (AMARANTE, 1994, 1998). Paulo Amarante, médico-pesquisador brasileiro, de forma muito didática mapeia o campo dos pressupostos teóricos/práticos da reforma psiquiátrica. Ele explica as diversas experiências questionadoras da psiquiatria tradicional e do internamento asilar, e como, cada uma em seu tempo e lugar, buscou construir alternativas à segregação da loucura. Contudo, sem dúvida, a experiência da psiquiatria democrática italiana foi a primeira ruptura paradigmática que impulsionou, junto a outros pensadores críticos e movimentos sociais, a ideia de fechamento dos manicômios na Itália e no mundo. É notória a influência desta experiência no Brasil. E para abraçar uma leitura sobre a reforma psiquiátrica com interseção com o campo da Antropologia do Direito, traçando relação entre Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Direito Achado na Rua, recomendamos a leitura da tese de doutorado de Ludmila Correia (2018).

hospital foi tornado em complexo hospitalar gerido comunitariamente, numa busca de humanizar o cuidado (AMARANTE, 1998).

O questionamento não se dirigia apenas ao espaço do manicômio, mas ao *locus manicomial*, um conjunto de práticas e saberes que objetificam a loucura e criam relações hierárquicas de saber entre médico-paciente. “O paradigma psiquiátrico clássico transforma loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa de distanciar-se para produzir saber e discurso”(AMARANTE, 1998).

A experiência de questionamento à psiquiatria tradicional foi levada a Trieste, numa busca de “superar o modelo de humanização institucional”(AMARANTE, 1998) que contava com serviços substitutivos aos manicômios e alternativas socioculturais⁵⁴ Experiências que foram subsídio para a luta pelo fim dos manicômios e criação da emblemática Lei nº180, aprovada na Itália em 13 de maio de 1978. Esse marco legal previa a extinção dos manicômios⁵⁵ e, por suas experiências revolucionárias, torna-se a Itália o berço da luta antimanicomial no mundo.

Após a aprovação da Lei italiana, em 1979, Basaglia visitou o Hospital Colônia de Barbacena, maior hospício do Brasil, e, em decorrência dessa visita comparou-o a um centro de concentração nazista⁵⁶. A fala de Basaglia teve repercussão e, juntamente com documentários e reportagens, fortaleceu as denúncias de graves violações de direitos que já vinham sendo realizadas no Brasil. A Colônia, um espelho dos demais hospícios, era uma “depósito de gente” que vivia em condições de saneamento e alimentação precárias. Não havia contato com a família, não havia regresso para casa, a única saída era para o cemitério do Colônia (ARBEX, 2013).

O espaço do hospício de Barbacena foi um espaço de produção de genocídio de 60 mil pessoas num período de 80 anos. A medicação era uma forma de controlar qualquer forma de resistência àquela estrutura. Não apenas cronificação e dependência institucional são

⁵⁴Paulo Amarante fala em “cooperativas de trabalho, ateliês de arte, centros de cultura e lazer, oficinas de geração de renda, residências assistidas” (AMARANTE, 2006) [EBOOK].

⁵⁵ Experiência que como sabemos não atingiu os manicômios criminais na Itália. Sobre isso recomendamos a leitura da tese de doutoramento de Mariana de Assis Brasil e Weigert.

⁵⁶Sua presença aqui recebeu tratamento e atenção especiais da imprensa, além de dar origem ao clássico documentário de Helvécio Rattton, “Em nome da razão”, de 1980, um marco da luta antimanicomial brasileira, ao lado de uma premiada série de reportagens de Hiran Firmino, publicadas inicialmente no jornal Estado de Minas e posteriormente pela Editora Codecri, sob o título “Nos porões da loucura”, de 1982” (AMARANTE, 2006) [EBOOK].

revelados pela história da institucionalização da loucura, mas exclusão social e genocídio (ARBEX, 2013). O genocídio dos loucos e das loucas era uma prática, além do isolamento, que naturalizava o que Ferri chamava de seleção artificial (FERRI, 2006).

O grande marco do movimento de luta antimanicomial brasileiro é a assinatura do Manifesto de Bauru⁵⁷, em 1987, no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Defenderam em seu manifesto que

Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação (MNLA, 1987)

O questionamento não era reformista, mas revolucionário. Os trabalhadores e trabalhadoras em saúde mental denunciavam a mercantilização da saúde, a cronificação da estrutura asilar e a necessidade de mudança no paradigma psiquiátrico. Somavam na luta pela redemocratização do país e pela reforma sanitária, pelo direito a um sistema de saúde público e gratuito.

E 10 anos depois da visita de Basaglia no Brasil, em 1989, foi apresentado o projeto de lei nº3657/89, fortemente inspirado na lei italiana, uma forte demanda do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). Em que pese os esforços da luta antimanicomial brasileira, o projeto protocolado por Paulo Delgado só será aprovado em 2001. O fim dos manicômios representava o fim do lucro dos donos das instituições financiadas pelo poder público, além de uma mudança da forma de tratar a loucura, uma retirada no poder psiquiátrico e uma desconstrução do preconceito social.

Ora as loucas, ora os loucos...sempre resistiram, sempre se opuseram às grades que os prendiam. Importante ressaltar que o movimento da luta antimanicomial não foi um movimento de emancipar o louco, mas de escutar as reivindicações e vozes que há muito existiam. Sempre estiveram denunciando a violência que sofriam, já que estavam na linha de frente da violência. Austregésilo Carrano Bueno descreve em seu livro “O canto dos malditos” (BUENO, 2004) a violência sofrida na internação, as eletroconvulsoterapias, chamadas por ele de eletrochoques pelo teor que carregavam de tortura, semelhante aos anos

⁵⁷Clique aqui para ler o manifesto: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>

de ditadura brasileira. Seus gritos sempre enunciaram suas denúncias. Contudo, levou certo tempo para serem escutados e chamados ao movimento.

A história da atuação da psiquiatra Nise da Silveira no Brasil, somando na construção de alternativas no tratamento, nos conta muito sobre a escuta da loucura. As loucas e os loucos sempre foram sujeitos políticos, a escuta hospitalocêntrica que estava fechada a eles. Quando Nise se propõe a abrir essa escuta, a partir da terapia ocupacional, passa a enxergar a arte, a fala, a expressão dos sujeitos e sujeitas manicomizadas. Arthur Bispo do Rosário é outro exemplo de produção artística real, sujeito político que mesmo trancafiado no manicômio transpôs com ternura o terreno árido daquele local. O louco sempre gritou, sempre foi sobrevivente e sujeito de sua história. O que se alterou nesse processo foi nossa escuta. Aqui é uma alteração de quem seja o “surdo” e o “mudo” no processo de fala e escuta.

Os loucos e as loucas que antes foram produzidos como objetos pela psiquiatria tiveram espaço a partir das rupturas proporcionadas pela luta antimanicomial, para protagonizar o giro epistemológico da desconstrução do manicômio. O campo da saúde mental alcançou o entendimento de que a liberdade, os vínculos comunitários e familiares são terapêuticos e que o manicômio não passa de uma estrutura segregacional.

A reestruturação da saúde mental no Brasil não alcançou os postulados *basaglianos* de horizontalidade do poder e da fala entre psiquiatra e paciente, mas apresentou rupturas importantes. A política de saúde mental, após a aprovação da Lei Paulo Delgado, gradativamente deixou de ser centralizada no hospital psiquiátrico para se estruturar nos serviços substitutivos em meio aberto nos Centro de Atenção Psicossocial(CAPS). O desmonte paulatino dos hospitais psiquiátricos se deu pela diminuição do valor pago pelos leitos de internação e pelo limite de leitos para financiamento público.

A intenção da mudança política era diminuir a existência de grandes hospícios que eram custeados pelas internações de longa permanência que geravam dependência institucional. O Estado, que antes financiava o genocídio dos loucos, precisou elaborar políticas públicas de inclusão dos pacientes crônicos com grande dependência institucional. Entre essas políticas, o programa de caráter indenizatório do governo federal “De Volta para Casa”, que contava com o pagamento de indenização como aposentadoria e com a criação de residências terapêuticas para acolher estes loucos abandonados.

Em que pese esses avanços epistemológicos e técnico-assistenciais, a reforma psiquiátrica não foi uniforme. A episteme manicomial sobreviveu na autoridade psiquiátrica e

seu controle normalizador da loucura permaneceu pela hegemonia da medicalização do sofrimento e por sua indústria lucrativa, além da demanda constante de internações asilares para soluções de problemas sociais e controle social.

3.2 PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

A construção de saberes críticos em saúde mental, a mudança de práticas sociais e a mobilização de lutas sociais antimanicomiais no Brasil, inspirados nas práticas de desinstitucionalização italiana, resultaram na consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, que teve como principal instrumento normativo a Lei Federal nº10.216/2001. Essa construção de outros saberes e práticas sobre a loucura e a consequente desconstrução do perigo a ela associado impulsionaram a criação de iniciativas alternativas⁵⁸ ao uso do manicômio judiciário para as medidas de segurança no Brasil. Ainda que a maioria dos manicômios judiciários⁵⁹ tenham permanecido em funcionamento⁶⁰, tais iniciativas, juntamente a consolidação da aplicação da Lei da Reforma para as medidas de segurança, ainda que pouco tenha modificado das práticas discursivas dos juristas no campo da dogmática penal, como visto no capítulo anterior, tem fortalecido o entendimento de órgãos de controle do judiciário no sentido de deslocar o controle da loucura criminal da legislação penal. Esse entendimento possibilitou a emissão de normativas já analisadas que fortalecem as crescentes práticas

⁵⁸Estas iniciativas pioneiras surtiram efeitos desencarceradores e desmanicomializadores aos loucos infratores. O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAIPJ) foi a primeira delas. Programa que integra o Tribunal de Justiça de Minas Gerais foi criado como um auxiliar dos juízes, com uma equipe técnica responsável por acompanhar os casos de réu suspeito de ter sofrimento mental ou sentenciado considerado inimputável. Sua criação foi pioneira na aplicação dos princípios da reforma psiquiátrica aos loucos infratores e seu diferencial é acompanhar os casos desde a fase do processo de conhecimento. Para saber mais sobre o PAIPJ acesse: http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/. Inspirado no programa mineiro, a segunda iniciativa que cabe destaque é o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), programa abordado no presente trabalho por singular não apenas por redirecionar o tratamento das medidas de segurança para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas por não ter manicômio judiciário.

⁵⁹Após a reforma de 1984 no Código Penal, as instituições que antes eram chamadas ou de Manicômio Judiciário ou de Casa de Custódia e Tratamento, foram unificadas em uma única instituição, passando a ser denominadas de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) integrando o sistema penitenciário. Por não acreditarmos na possibilidade de haver caráter terapêutico/hospitalar em instituições penais, mas maximização da característica asilar/prisional, mantemos a nomenclatura anterior à reforma de 1984 neste trabalho. Há tempo várias pesquisas afirmam que a lógica nestes espaços é de instituição total (GOFFMAN, 2001) e seguiu sendo de encarceramento, medicação e controle (CARRARA, 1998; CORREIA, 2007). Por outro lado, no campo da saúde mental e bioética, há vários estudos que demonstram que o encarceramento da loucura e a lógica manicomial provocam dependência institucional, cronificação dos sintomas e quebra dos vínculos sociais (AMARANTE, 1998; BRITO, 2016; DINIZ, 2013). Ademais, as péssimas condições de higiene e a ausência de caráter terapêutico nestas instituições provocam o discurso oficial que mantém seu funcionamento (DINIZ, 2013).

⁶⁰E outros foram inaugurados após a Lei da Reforma Psiquiátrica vedar internações com características asilares.

desmanicomializadoras e enuncia que o sentido das medidas de segurança precisa se centrar no cuidado em liberdade nos espaços da rede de atenção em saúde mental (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na esfera de práticas substitutivas ao manicômio judiciário, foi criado em Goiás, no âmbito da Secretaria de Saúde⁶¹, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), “com poderes de coordenação (referenciamento) e acompanhamento do atendimento da pessoa com transtorno mental em medida de segurança, dentro da rede de saúde pública e de forma articulada com os demais serviços sociais” (SADDI *et al.*, 2015, p. 03). O PAILI foi fundado em 2006, após provocação do Ministério Público, como uma ponte entre a demanda de execução de medida de segurança e o cuidado nas instituições da Rede de Saúde Mental de Goiás (RAPS). Um programa inédito, em um Estado sem manicômios judiciários, avançou um pouco mais no cuidado e fortaleceu a consolidação do entendimento de que a saúde mental deve ser tratada por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Antes da criação do programa em Goiás não havia a instituição do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Em um momento histórico em que sequer havia censo das pessoas que cumpriam medida de segurança no país, somado à ausência de um aparato legislativo que garantisse direito das pessoas com sofrimento mental, não se sabia ao certo quantos cumpriam e em quais condições cumpriam as medidas de segurança em Goiás. Foi nesse cenário de invisibilidade que o Ministério Público, na figura do promotor de justiça Haroldo Caetano, por meio de um Inquérito Civil Público, descobriu que em 1996 quase trinta pessoas com transtornos mentais graves cumpriam medidas de segurança na cidade vizinha à capital, Aparecida de Goiânia, no CEPAIGO (Centro Penitenciário Agroindustrial de Goiás), maior penitenciária do Estado de Goiás (SADDI *et al.*, 2015, p. 05). Naquele momento, não se sabia quantas pessoas com transtornos mentais cumpriam medida de segurança presas em penitenciárias espalhadas pelo interior do Estado.

Em decorrência desse Inquérito Civil e da descoberta de pessoas cumprindo medida de segurança presas na penitenciária, o Ministério Público instaurou, em 1999, o Incidente de Excesso de Execução levando, no mesmo ano, à proibição de ingresso de pessoas para cumprimento de medidas de segurança naquela penitenciária. O incidente gerou um “embate jurídico” que conduziu a um recurso do Ministério Público junto ao Tribunal de Justiça do

⁶¹Está inserido na “Gerência de Saúde Mental da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde/Secretaria de Estado de Saúde de Goiás (SES)” e funciona em estabelecimento próprio (SADDI *et al.*, 2015, p.12).

Estado de Goiás. Em decorrência disso, houve, no ano 2000 a soltura dos inimputáveis⁶² que se encontravam presos no CEPAIGO (SADDI *et al.*, 2015, p. 05–06; SILVA, 2013). A liberdade foi conquistada pelo excesso de cumprimento de execução penal. Essa decisão não se aplicava de início aos demais sujeitos encarcerados no interior do Estado. Inclusive a própria existência de pessoas cumprindo medida de segurança nas demais penitenciárias era incerta ou desconhecida.

Houve então o início da construção do que seria a primeira tentativa de criação de um manicômio judiciário em Goiás. Era necessária alguma forma de controle sobre aqueles sujeitos, já que a prisão declarada não poderia cumprir a função que justificaria a reclusão indeterminada sob o discurso de tratamento.

Em 2001 (SADDI *et al.*, 2015, p. 06), um ano de grandes vitórias da luta antimanicomial, aconteceu a construção do primeiro HCTP de Goiás e seu uso foi embargado administrativamente após intensa discussão e provocação do Conselho Regional de Psicologia (CRP)⁶³. A estrutura era tão inadequada para fins terapêuticos que mais tarde se tornou um presídio de segurança máxima. Esse foi o fechamento da primeira tentativa de criação de um HCTP em Goiás, mas não era uma solução já que os inimputáveis permaneciam em penitenciárias.

O Ministério Público tentou articular uma segunda construção de HCTP. A segunda tentativa fracassou e demonstrou o que aquele espaço era destinado ao encarceramento e não ao cuidado. Importante lembrar que, à época, “a coordenadora do Fórum Goiano de Saúde Mental, Deusdet Martins”, se mostrou contrária “à edificação de um novo manicômio em Goiás” (SADDI *et al.*, 2015, p. 06). Informação que parece quase um detalhe, escrita na nota de rodapé de um texto que rememora a história do PAILI. Porém, não é detalhe. Estamos falando de tentativas de reforma psiquiátrica nas medidas de segurança. A reforma psiquiátrica buscava o fim de todos os manicômios, inclusive os judiciários. Aqui, é

⁶²Não usamos o masculino como universal no caso. Contudo, os textos que contam a história antes do surgimento do PAILI relatam o encontro de homens presos no CEPAIGO, no masculino. É possível que a dupla invisibilidade tenha excluído as mulheres desta história, ou que outras formas de controle, inclusive o médico-psiquiátrico, tenham silenciado essas sujeitas.

⁶³Após a provocação do Conselho Regional de Psicologia e a recomendação do Ministério Público, o Governo de Goiás deu outra destinação àquele que seria o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. À época, o CRP promoveu intensa discussão pública do problema, inclusive produzindo o impactante documentário “Antecipando o absurdo”, sob direção de Luiz Eduardo Jorge, disponível no Youtube: <https://youtu.be/O5jl4xAqQo> (SADDI *et al.*, 2015, p.06).

representado na presença da coordenadora do Fórum Goiano de Saúde Mental, o movimento de luta antimanicomial não se calou diante da criação dos manicômios judiciários.

O segundo HCTP não observava as regras para instalação de unidade hospitalar que correspondesse à sua finalidade oficial (SADDI *et al.*, 2015). Outro detalhe curioso que proibiu a inauguração da segunda obra: a insalubridade. Sua construção se deu, por coincidência ou não, nas proximidades do lixão de Trindade (SILVA, 2013), o que destoava profundamente com seu objetivo oficial. Mais uma vez, o reaproveitamento daquele espaço se deu pelo poder penitenciário⁶⁴. Ali se tornou, mais tarde, o local de cumprimento do regime semiaberto em Goiás.

Apesar da vigência da Lei nº10.216/2001, seguimos tendo oficialmente pessoas cumprindo medidas de segurança na prisão, em Goiás. A mudança nas políticas de saúde mental ocorreu gradativamente. Em 2003, o PAILI foi criado com finalidade de realizar algo tão básico que ainda não existia à época: uma contagem das pessoas submetidas às medidas de segurança em Goiás.

Após a realização desse mapeamento em relação às medidas de segurança em Goiás, o promotor Haroldo Caetano elaborou uma proposta de redesenho das medidas de segurança em Goiás. O PAILI, instrumento criado para pesquisar e mapear a situação das medidas de segurança em Goiás é agora pensado a fim de administrar e gerenciar essa execução. “Após intenso e exaustivo trabalho de articulação e convencimento, as instituições envolvidas (Secretarias da Saúde do Estado de Goiás e do Município de Goiânia, Tribunal de Justiça, Secretaria de Justiça) acataram a proposta do Ministério Público” (SADDI *et al.*, 2015, p. 07)

⁶⁵

Há um primeiro deslocamento de poder com o desenho da instituição integrando a Secretaria de Estado de Saúde (SADDI *et al.*, 2015, p.03) e não o poder judiciário. Contudo, esse deslocamento não se deu em todo o Estado de uma só vez. Um pacto feito de cidade em

⁶⁴Curioso o híbrido HCTP se assemelhar mais com o sistema penitenciário em sua estrutura do que com um espaço hospitalar. Talvez aqui se perceba sua finalidade real: a gestão do crime se sobrepor a loucura (FOUCAULT, 2010).

⁶⁵Interessante perceber que foram mais de 10 anos de articulações e convencimento dos poderes que estão envolvidos na assinatura do convênio. Durante esses 10 anos de problematizações, Inquérito Civil, recursos junto ao Tribunal de Justiça de Goiás, o judiciário estava ciente que haviam pessoas cumprindo medidas de segurança “internadas” em penitenciárias e permanecia inerte. Ministério Público provocava, Fórum Goiano de Saúde Mental não se calava, e a manutenção dessas pessoas presas continuava incólume.

cidade precisa ser firmado entre judiciário e saúde mental⁶⁶. O primeiro passo foi o pacto firmado na capital, que posteriormente foi sendo realizado no restante do Estado à medida em que surgia algum caso que requeria acompanhamento de execução de medida de segurança. Esse acordo é o convênio do PAILI.

Em teoria, o convênio⁶⁷ fornece autonomia ao PAILI para a escolha do “projeto terapêutico singular”⁶⁸, junto ao serviço público de saúde da residência do usuário⁶⁹ que receberá o serviço substitutivo⁷⁰. Alguns magistrados consideram, na aplicação da medida de segurança, a autonomia do PAILI na escolha do “projeto terapêutico”. Isso pode ser observado na seguinte sentença: “Conforme bem argumentou o representante Ministerial, nos termos da Cláusula 2.5 do Convênio de Implementação do PAILI, este possui autonomia para ministrar o tratamento e colocar em prática a melhor terapêutica ao paciente”⁷¹.

⁶⁶Esse pacto é o convênio que precisa ser firmado. Hoje, há convênio com mais de 80 municípios e, por meio deste convênio e do encaminhamento dos casos pelos magistrados, o programa realiza o acompanhamento dos casos (SADDI *et al*, 2015).

⁶⁷Para saber mais a respeito do convênio vide a Cartilha do PAILI no link que se segue: http://www.mpg.mp.br/portal/arquivos/2013/08/19/15_33_20_501_mioloPAILI_Layout.pdf.

⁶⁸Termo nativo dos arquivos do PAILI.

⁶⁹Termo utilizado pela RAPS para se referir aos pacientes em saúde mental.

⁷⁰O PAILI usa o termo projeto terapêutico para a forma de tratamento escolhida, que pode ser de internação ou ambulatorial. O que chamam de projeto terapêutico é a forma de tratamento elaborado entre o PAILI e o CAPS, local mais próximo da residência do sujeito.

⁷¹Autos do processo nº201202877413. Data da sentença: 29/06/2017. Comarca: Goiânia. Juíza Telma nessa sentença usa o termo “melhor terapêutica” para afirmar que o PAILI tem autonomia mediante o convênio firmado para escolher a forma de tratamento adequado àquele sujeito (informação coletada na fase exploratória da pesquisa).

O serviço substitutivo escolhido pode envolver o cuidado ambulatorial junto à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁷² do domicílio do sujeito, com acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) por equipe multiprofissional. A internação, em teoria, requer necessidade e urgência psiquiátrica. “Para as situações de crise[...] a internação pode ser um recurso terapêutico importante e é utilizada quando clinicamente indicada no caso concreto, [...] pelo período estritamente necessário do ponto de vista terapêutico” (SADDI *et al.*, 2015, p.05).

Esse acompanhamento é realizado por ofício, telefone ou pessoalmente por sua equipe técnica, tanto por meio da chamada “busca ativa” quanto por recebimento dos pacientes na sede do programa. Cada integrante da equipe acompanha um grupo de casos encaminhando relatórios periódicos ao juiz da execução. Por conta desse acompanhamento, o judiciário, na figura de seus magistrados, por meio de suas decisões e despachos, relacionam-se diretamente com o PAILI.

O programa atende inimputáveis e semi-imputáveis submetidos à medida de segurança. Além desses casos, há os sujeitos sentenciados que apresentam transtorno mental diagnosticado por laudo médico da Junta Médica do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás. Nesses casos, após substituição da pena por medida de segurança, encaminhamento do caso pelo juiz ao programa e emissão de alvará de soltura, o sujeito passa também a ser acompanhado pelo PAILI. Por fim, há casos de cumprimento de medida de segurança no qual em novo crime e conseqüente novo processo judicial se entende que não se trata de

⁷²A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) envolve uma série de mecanismos de apoio à saúde mental mantidas pelo governo, criadas após a reforma psiquiátrica no Brasil como política pública de cuidado territorial e pelo SUS (Sistema Único de Saúde), de modo a substituir o modelo manicomial e hospitalocêntrico. O foco da rede é descentralizar os serviços e oferecê-los sem afastar os sujeitos de seu vínculo social e comunitário. Segundo o artigo 5 da Portaria nº3.088/2011, a “Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: I- Atenção Básica em Saúde; II-Atenção Psicossocial Especializada; III- Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório; V-Atenção Hospitalar; VI -Estratégias de Desinstitucionalização; e VI - Reabilitação Psicossocial”. Para acessar a Portaria segue o link: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Dentro da Atenção Psicossocial Especializada, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é um espaço de convivência e tratamento coletivo constituído por equipe multiprofissional. E como estratégia de desinstitucionalização, as Residências Terapêuticas (RT's) são moradias inseridas na comunidade para egressos de longa permanência em hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia. Os leitos de internação psiquiátrica em hospitais gerais têm por finalidade a atenção de urgência e emergência de crise psiquiátrica. Foi proposital a redução de investimentos pelo poder público em leitos em hospitais psiquiátricos à medida em que estes espaços eram conhecidos pela histórica segregação dos sujeitos que ali passavam a residir. No processo de desmonte da saúde mental no Brasil, as propostas não são apenas de aumento do valor pago pelos leitos e aumento de leitos de internação, mas de reconhecimento de instituições como comunidades terapêuticas como parte da RAPS, instituições religiosas que passam a receber financiamento público. Sobre elas falaremos na última parte do trabalho (Apêndice do trabalho).

inimputável ou semi-imputável, e há extinção de medida de segurança e novo cumprimento de sentença judicial (explicado no último capítulo).

O fluxo do programa tem, à sua maneira, semelhanças ao traçado pelo código penal. O laudo solicitado no incidente de insanidade mental é laudo médico oficial da Junta Médica do Poder Judiciário do Estado de Goiás⁷³. Trata-se de um dobramento do saber médico (FOUCAULT, 2010): é por meio do laudo médico que se sustentará a decisão judicial. Mas quem tem a palavra final é o magistrado. Caso a decisão seja por absolvição imprópria, as respectivas varas de execução cuidarão do desenrolar da sentença.

Nos trabalhos gerais a respeito das medidas de segurança no Brasil, o PAILI, juntamente com o PAIPJ, eram citados como avanço na execução das medidas, com respeito à Lei 10216/2001, mas não formavam a centralidade das pesquisas que falam dos manicômios judiciários. A maioria das pesquisas específicas a respeito do programa⁷⁴ (11 resultados)

⁷³A junta médica oficial do Poder Judiciário se localiza na capital goiana e é responsável pelas perícias que serão fundamento das decisões absolutórias impróprias. Para realização da perícia, no incidente de insanidade mental, é necessário encaminhamento dos réus das comarcas do interior, caso o magistrado tenha dúvida quanto à imputabilidade penal dos sujeitos. Contudo, para extinção das medidas de segurança, tanto o PAILI costuma ser requisitado para avaliar o caso e como resposta elabora o documento de Avaliação Psicossocial, trabalhado no último capítulo, quanto a junta médica do poder judiciário pode ser chamada a questão para elaborar o tradicional laudo de cessação de periculosidade. Há casos de avaliação médica de “cessação de periculosidade” realizada pelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) local das comarcas do interior, local de execução de medida de segurança. Autos do processo nº 201201754059. Cidade: Itumbiara. Caso de paciente que fez exame de cessação de periculosidade no CAPS/CISME local (dado coletado na etapa exploratória da pesquisa).

⁷⁴ Para pensarmos na delimitação de nosso trabalho, precisamos mapear: O que já foi feito sobre o PAILI? A busca foi realizada nas bases de dados de acesso restrito e de acesso livre. A palavra-chave “PAILI” foi o primeiro filtro. Nos periódicos da CAPES, quando buscamos pela palavra-chave “PAILI”, com os filtros “qualquer”, “é exato”, “PAILI”, “nos últimos 10 anos”, “qualquer idioma” encontramos apenas 20 resultados. Por conta da pouca quantidade de material, o critério de exclusão é o tema se tratar sobre o PAILI ou não. Desses, apenas 02 resultados relacionavam-se de alguma forma ao programa a ser estudado (resultados esses que são os únicos encontrados se modificamos o filtro de “qualquer” para “apenas”). Se a pesquisa nesses periódicos for feita sem filtros, encontramos 267 resultados, dos quais apenas 02 são relevantes e tratam sobre o tema. Portanto, nesta base de dados, encontramos 02 trabalhos relevantes, sendo Haroldo Caetano (2010) e Martinho Braga (SILVA, 2010b). Marden Marques (2016) fala sobre manicômios de maneira genérica e apenas cita em algumas linhas o programa em questão, por isso, o retiramos da revisão. Na plataforma Banco de teses da CAPES, foram encontrados quatro (4) resultados, dos quais 03 se referem ao programa diretamente e 01 trata de forma abrangente sobre a desinstitucionalização. Foi encontrado o inteiro teor da dissertação de Elias Menta (2017), de Lucio Costa (2014) e Márcio Cirqueira (2011). O trabalho de Patricia Lhacer (2013) é sobre a desinstitucionalização de HCTP em São Paulo, por isso, foi excluído da pesquisa. Na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, pesquisando de forma simples, encontramos 12 resultados. Destes, se repetem 03 dos trabalhos encontrados acima e apenas 02 de nosso interesse, quais sejam, a dissertação de Lucio Costa (2014), de Marcio Cirqueira (2011), excluindo-se trabalho de Patricia Lhacer (2013). Além destes resultados, os demais não se referem ao PAILI nem à medida de segurança. No Portal Regional da BVS foram encontrados seis (06) resultados. Observa-se que 01 trabalho não se relaciona com o tema e alguns foram resultados encontrados anteriormente. Aparecem novamente os trabalhos de Patricia Lhacer (2013), Haroldo Caetano (2010) e Martinho Braga (2010b), sendo que o trabalho de Haroldo se repete 03 vezes dentre os resultados. Na Scielo, 02 resultados que se tratam de um mesmo trabalho, já encontrado nos outros periódicos. Trata-se de artigo de Martinho Braga (SILVA, 2010b) para Revista de Saúde Coletiva. Na Ebrary, um resultado relevante que cabe aqui destacar. Trata-se do livro organizado por Ludmila Correia e Rachel Gouveia (CORREIA; PASSOS, 2017) sobre a

constatarem a possibilidade inovadora de aplicação de política antimanicomial que o PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – traz para o cenário das medidas de segurança no Brasil. Os trabalhos sobre o PAILI buscavam inicialmente entender próprio funcionamento e se delimitavam a citar o programa como um avanço por aplicar a reforma psiquiátrica nas medidas de segurança.

Nesse bojo, foram realizadas pesquisas empíricas sobre o programa. Seus principais métodos foram: entrevistas (COSTA, 2014), visita ao programa e conversa com funcionários (MACEDO, 2017), estudos de caso a partir de conversa com funcionários (SILVA, 2010b), pesquisas quantitativas no arquivo a respeito do nível de recidiva criminal (FARIA, 2017) e perfil dos usuários (FARIA, 2017; MACEDO, 2017; DINIZ, SILVA, 2010), pesquisa documental sobre o convênio e cartilha do PAILI (CIRQUEIRA, 2011; MACEDO, 2017), pesquisa quantitativa no arquivo para traçar perfil da população em medida de segurança (DINIZ; SILVA, 2011). Todas eram pesquisas com viés crítico a respeito das medidas de segurança e sua aplicação respeitando a lei nº10.216/2001.

Há pesquisas que, em âmbito bibliográfico, se inserem no universo de discussão dogmática e criminológica (FARIA, 2017; SILVA, 2010a). Nelas há uma disputa que a interpretação da lei penal, segundo a qual a Lei de Execução Penal e a Lei Penal foram, a partir da promulgação da nova lei federal, parcialmente derogadas. A partir desses estudos, há uma disputa da compreensão da ilegalidade da medida de segurança com caráter punitivo e a precariedade da internação, que agora deve ser determinada como medida excepcional com tempo determinado (FARIA, 2017; SILVA, 2010a). Sob a aplicação da Lei nº 10.216/2001, as medidas de segurança impulsionam mudanças dogmáticas ao entender a internação como uma

“Dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira”, no qual possui um capítulo sobre o PAILI organizado pela própria equipe do programa e promotor Haroldo Caetano (SADDI *et al.*, 2017), com o mesmo conteúdo do trabalho publicado nesta outra publicação (SADDI *et al.*, 2015).

Após realização de um filtro inicial de trabalhos que não se relacionavam com o tema ou que estavam repetidos, foram selecionados 05 trabalhos de interesse, 02 artigos (SILVA, 2010a; SILVA, 2010b) e 03 dissertações (CIRQUEIRA, 2011; COSTA, 2014; MACEDO, 2017). Os critérios de exclusão dos artigos listados como não sendo de interesse foram: repetição dos artigos de interesse (11); não tinham qualquer relação com tema PAILI; medida de segurança de modo amplo. Acrescentamos a esse grupo outras pesquisas (06) sobre o PAILI que não foram encontradas nesta busca: 02 capítulos de livro (SADDI *et al.*, 2016, 2017); 01 trabalho publicado em congresso (SADDI *et al.*, 2015); 01 artigo publicado em revista científica (MENDES; FARIA, 2018), 01 dissertação (FARIA, 2017), 01 relatório de pesquisa (DINIZ; SILVA, 2011). No que se refere ao total de trabalhos/artigos/livros de interesse, totalizando 11 resultados (com acréscimos), o ano de produção segue a seguinte frequência: 2010(2), 2011(2), 2012(0), 2013(0), 2014 (1), 2015(1), 2016(1), 2017(3), 2018 (1). Nossa pergunta era sobre quais tipos de pesquisas tinham sido realizadas no nosso campo, qual escolha metodológica e, por último, qual enfoque e achados dos trabalhos.

das propostas de internação compulsória prevista na lei Paulo Delgado⁷⁵. Para corroborar com seu ponto de vista, se alicerça tanto na Lei de Execução Penal, quanto nos trabalhos mais recentes, em normativas e resoluções já abordadas neste trabalho (FARIA, 2017). Ainda retomam normativas internacionais sobre os direitos das pessoas com sofrimento mental.

O trabalho no campo criminológico se situa no diálogo com os trabalhos de Jakobs, Zaffaroni, Salo de Carvalho e com autores tradicionais da criminologia, entre os quais, Baratta, Becker e Shecaira para pensar comportamento desviante. Nesses trabalhos, há uma descrição quase positivista do etiquetamento e da consequente carreira criminosa dos loucos, para falar do estigma destinado a eles (MACEDO, 2017).

Há pesquisas que dialogam com literatura do campo da filosofia retomando Agambem (MACEDO, 2017), saúde pública (CIRQUEIRA, 2011; SADDI *et al.*, 2015, 2016, 2017), política pública (SILVA, 2010b) e saúde mental (COSTA, 2014).

Nos trabalhos no campo de política pública e saúde, há a premissa de que ainda que o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário se fundamente nos princípios do SUS, os estabelecimentos penais não são obrigados a se adequarem aos princípios da área da saúde. As pesquisas constataam que diferentemente dos manicômios judiciários regidos pelo sistema penitenciário, o PAILI, por ser regido pela área da saúde, aplica os entendimentos e as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS), com interessante destaque ao conceito de integralidade, premissa de que o cuidado não se fixará apenas na saúde mental, mas na demanda de saúde do paciente (CIRQUEIRA, 2011; SILVA, 2010b).

A grande maioria das pesquisas afirma a autonomia, seja total ou limitada, do PAILI para decidir a respeito do “projeto terapêutico singular”⁷⁶ e para agendar o itinerário dos

⁷⁵Correia afirma que “A PFDC passou a elaborar pareceres sobre temas envolvendo a saúde mental e os direitos das loucas e loucos, relatórios de visitas e inspeções a instituições psiquiátricas, bem como cartilhas, manuais e outras publicações com esses temas, voltadas não somente a profissionais do direito ou aos grupos e organizações que trabalham na área da saúde mental, mas também ao público em geral. Além disso, tem inserido cada vez mais o tema da Reforma Psiquiátrica na sua atuação, como é o caso dos inquéritos e ações civis que vem promovendo, mas também, a sua participação em eventos e grupos de trabalho. Acrescente-se que, mais recentemente, intensificou a sua participação na agenda de mobilização antimanicomial, ao lançar notas públicas sobre a necessidade da continuidade da execução da política de saúde mental adotada pelo Estado brasileiro com base na Lei da Reforma Psiquiátrica, e ao requerer informações ao Ministério da Saúde sobre proposta de alteração da referida política (que acabou sendo aprovada no dia 14 de dezembro de 2017, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, impondo uma série de retrocessos, como será discutido mais adiante)” (CORREIA, 2018, p.83). A respeito dessa importante pontuação de Ludmila Correia, recomendamos leitura de sua tese (CORREIA, 2018) e de parecer da Procuradoria Federal (BRASIL, 2011). Link para acesso:http://pfdc.pgr.mpf.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf.

⁷⁶ Termo nativo.

pacientes (COSTA, 2014; SADDI *et al.*, 2015, 2016, 2017; SILVA, 2010a; SILVA, 2010b). Mas nenhuma delas aprofunda no estudo do itinerário dos sujeitos, relatando em estudos de caso o tratamento de forma genérica, a partir do relato dos funcionários (COSTA, 2014; SILVA, 2010b). As pesquisas falam de forma genérica sobre as formas de cuidado no PAILI, mas não citam ou estudam caso a caso. Cirqueira (2011) e Dalul Faria (2017) sugerem que talvez essa autonomia seja limitada, já que não há uniformidade das decisões dos juízes tendo em vista a centralidade de sua figura na cena processual.

Algumas pesquisas registraram o fato de que os casos que ainda não estão em cumprimento de medida de segurança continuam mantidos preventivamente em estabelecimentos penais. Importante perceber que desde o surgimento do programa havia pessoas que seguiam presas e que não tinham amparo familiar, demandando alocação de Residência Terapêutica. Desde o início do programa, os índices de reincidência são gerados pelos pacientes com dependência química, mostrando a inefetividade do cuidado via abstinência e da política proibicionista. À época, não havia reincidência pelos demais pacientes (SILVA, 2010b).

Os principais achados se referem às novas experiências de atenção integral ao paciente judiciário com respeito à integridade e ao acesso à saúde dos loucos. Para a maioria das pesquisas, o PAILI inaugura uma construção de conceitos, como avaliação psicossocial ao invés de exame de cessação de periculosidade, atenção singular e integral ao paciente ao invés de punição, redirecionando a própria dogmática penal para uma visão crítica e antimanicomial. Tudo isso tem a Lei nº.10216/2001 como parâmetro.

No âmbito das pesquisas quantitativas, percebeu-se que o índice de reiteração de conduta criminosa é menor entre loucos infratores quando comparados com imputáveis (FARIA, 2017). Além disso, o perfil das pessoas que tiveram entrada no programa de 2009 a 2013 se assemelha com dados coletados no Censo dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil (DINIZ, 2013) e se referem a pessoas com vulnerabilidades sociais. Estes últimos achados se assemelham muito com o encontrado pela pesquisa Pensando o Direito (DINIZ; SILVA, 2011).

Ainda não foi realizada nenhuma pesquisa qualitativa nos arquivos do PAILI, muito menos a respeito da periculosidade. Nenhum desses trabalhos fala a respeito do programa como medida desencarceradora.

Sistematicamente, ao falar sobre o PAILI, os artigos abordam majoritariamente *seu funcionamento* e seu avanço na aplicação da Lei nº10216/2001. Elas descrevem sua função como articulador e interlocutor. Uma grande motivação dos trabalhos é a consideração a respeito da ilegalidade das medidas de segurança com caráter asilar-carcerário e a necessidade do estudo de novas experiências de atenção integral predominantemente em meio aberto para saúde mental nas medidas de segurança. Há uma centralidade de um olhar crítico às medidas de segurança, além de haver uma centralidade da escuta da fala dos funcionários a respeito do funcionamento, autonomia e até para estudos de caso no programa. Outra fonte de dados é o convênio do programa. A maioria dos trabalhos trata do itinerário de cuidado de forma genérica havendo uma centralidade de coleta de dados quantitativos no arquivo a respeito dos sujeitos em medidas de segurança: recidiva criminosa e perfil dos sujeitos. Não existe nenhuma pesquisa sobre o que o discurso médico-judiciário diz sobre esses pacientes nos arquivos do PAILI. Ainda não foi realizada nenhuma pesquisa qualitativa nos arquivos do PAILI a respeito da periculosidade. Observamos um silêncio sobre *raça e gênero*. E nenhum desses trabalhos fala a respeito do programa como medida desencarceradora.

Assim, por considerar o universo das práticas discursivas nesses arquivos pouco explorados, buscaremos entender que conceitos acionam a episteme da periculosidade nos arquivos do PAILI. O objetivo é estudar os discursos e as práticas oriundas de relações de poder que possam nos dar pistas sobre como esse poder se movimenta, os diferentes enunciados discursivos que utiliza e quais embates/rupturas provoca.

4 Periculosidade como prática discursiva nos arquivos

Há um embate de enunciados discursivos vigente entre a construção da periculosidade, como um saber e ponto de emergência das medidas de segurança, e a desconstrução do vínculo da loucura com o perigo pela reforma psiquiátrica. O nascimento histórico desses diferentes tipos de saberes coloca a prática do discurso, segundo Foucault, no interior das práticas sociais (FOUCAULT, 2008).

A periculosidade como episteme serviu para produzir conhecimento sobre o perigo e a loucura, o que recaiu na implantação de medidas de segurança a partir das práticas discursivas da retórica criminológica e da nascente tecnicização da dogmática no Brasil. Por outro lado, a crítica à manicomização e exclusão da loucura proporcionou a emergência de outros enunciados discursivos que permitiram não apenas a conquista de direitos na legislação, mas o surgimento de práticas sociais diversas do manicômio judiciário.

As práticas sociais de programas inéditos, como o PAILI, juntamente com questionamentos políticos e acadêmicos, alteraram entendimentos sobre a execução das medidas de segurança no Brasil. Essa emergência de outros saberes e práticas em relação ao louco infrator consolidou normativas tendo como norte a Lei nº10.216/01. Por isso, foi fundamental retomarmos o surgimento desses saberes para entendermos o contexto e a história que revelam essas diferentes enunciações discursivas.

Tendo em conta que, segundo premissa foucaultiana, as práticas discursivas podem ser estudadas por meio de arquivos, e entendendo como arquivo um lugar de movimento de enunciados e saberes, selecionamos para estudo os documentos que formam dossiês arquivados no PAILI. O programa possui dois grupos de arquivos: um de medidas inativas que já foram extintas e outro de medidas ativas que estão em acompanhamento. As folhas dos dossiês são marcadas no topo com uma paginação que não coincide com a paginação do dossiê. A paginação não é a do dossiê, mas dos autos dos processos. Se um documento já é a materialização do *poder arconte* de dizer o que é importante e o que será registrado, um arquivo de um arquivo é mais do que a materialização do poder arconte, é um retalho encaminhado pelo poder judiciário do que é importante para que o PAILI entenda do caso. Mais que encaminhamentos do judiciário, registra os encaminhamentos realizados pelo programa.

No fundo de arquivo do programa, selecionamos uma amostra coletada por meio de um método explicado na introdução desse trabalho. Do grupo de casos selecionados, escolhemos três enunciados discursivos de atores diferentes: magistrados, médico-peritos e técnicos do programa. É fundamental destacarmos, de antemão, que importa a posição dos atores dentro da dinâmica burocrática que produzem estes documentos. Aqui, chamamos a atenção para os sujeitos de onde parte a produção do discurso e de estratégias discursivas, não individualizando as práticas discursivas de anônimos, mas entendendo que juristas, médico-peritos e funcionários da Secretaria de Saúde não “falam por si”(PRANDO, 2012). Partimos do pressuposto que sua produção discursiva movimenta poder e é estratégica, ao mesmo tempo em que remete à sua formação profissional, aos saberes e à linguagens socializadas e aos sentidos atribuídos a essa linguagem.

É imprescindível reconhecermos de onde partem esses discursos pois, tendo em conta que para Foucault (2008) discurso é estratégia, nossa preocupação ao estudar o movimento discursivo sobre a periculosidade é pensar as “[...] relações de força nessas disposições táticas que perpassam as instituições” (FOUCAULT, 2006, p. 20). Ao estudarmos a construção da periculosidade como estratégia discursiva, consideramos que, em torno destas estratégias, se constituem relações de poder. O dispositivo de poder produz enunciados, negações, afirmações e discursos que são estratégicos. E sobre como se dá o movimento da periculosidade nestes documentos falaremos adiante.

4.1 Periculosidade na prática discursiva do Laudo da Junta Médica do Poder Judiciário: o diagnóstico movimenta o ubuesco da relação da loucura como perigo

Os laudos médicos são perícias realizadas na capital do Estado pelo médico-perito do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás. Para a realização de tal exame, há o deslocamento até a capital, por meio de escolta policial, dos sujeitos que em sua maioria permanecem presos até a sentença. O juiz é o responsável por articular tal deslocamento, já que o PAILI só é auxiliar na fase de execução das medidas. É possível inferir pelas observações dos laudos que a escolta policial é responsável pelo encaminhamento dos réus presos até o médico-perito.

No laudo médico, parece ser fundamental a presença de um familiar para atestar a fala do louco e para testemunhar a genealogia da periculosidade na doença mental familiar.

O laudo se realiza por meio de uma consulta/entrevista. Pelos arquivos não se pode inferir o tempo de realização do exame. O que podemos inferir é que há tópicos que direcionam a realização do exame. O fato-crime é descrito no início do exame, a versão do acusado, da família sobre a prática do crime, inquestionável, busca entender as motivações da ação e não questionar sua ocorrência ou autoria. A materialidade e a autoria são presumidas como verdade no exame. O exame busca entender pela justificativa da prática do crime, pela genealogia da loucura individual ou familiar, se havia determinação ou capacidade de entendimento da prática do ato.

Pela emergência de enunciados jurídicos no laudo, é possível afirmar que há uma apropriação dos saberes jurídicos sobre capacidade de entendimento, de determinação e inimputabilidade nos laudos médicos. Prepondera a existência do diagnóstico para constatar a inimputabilidade ou semi-imputabilidade. Essa parece ser a finalidade do exame: exteriorizar o saber médico para constatar a doença mental por meio do diagnóstico e codificar o comportamento anormal/criminoso em um CID.

Além desta codificação, os relatórios giram em torno de descrever a cronificação da doença (Dossiê 02), destacar a inadequação decorrente da doença codificada para "estabelecer vínculos afetivos e interagir" (Dossiê 03) e adjetivar como sério o transtorno mental (Dossiê 06). A construção é tautológica, acabando por naturalizar no doente a doença e a impossibilidade de remissão de sintomas e de melhora. Nesse raciocínio, descrever o sintoma e codificar o diagnóstico essencializa no sujeito a anormalidade. Mas essa essencialização não se basta na codificação diagnóstica: é preciso descrever quem é esse sujeito por meio de seus sintomas e comportamento. Os sintomas de loucura são descritos para confirmar diagnóstico.

O laudo pode ter, ao final, acréscimo de resposta a quesitos elencados pelo magistrado ou Ministério Público. Isso ocorre depois de abordados os tópicos gerais que é o padrão de realização do laudo. No tópico do contexto geral, o laudo registra as condições de nascimento, desenvolvimento e saúde, os antecedentes psiquiátricos familiares a fim de buscar histórico de anormalidade mental. O documento questiona e registra dados sobre amizades, relacionamentos sexuais, consumo de drogas e de bebida alcoólica.

Para além de determinar o diagnóstico médico, o saber médico psiquiátrico documenta a fragilidade do contexto familiar, bem como o histórico da família e questões pessoais do indivíduo ligadas à trajetória das atividades educacionais e laborativas, assim como registra informações sobre crimes cometidos. Essa prática discursiva que vincula a

loucura com antecedentes biologizantes não é fruto apenas de uma construção positivista de justificativa para o crime. O campo psiquiátrico apresenta evidências de correlação entre fatores ambientais e genéticos como causa de doenças mentais (FREITAS-SILVA; ORTEGA, 2016). Por outro lado, a psicologia também constrói, com uma visão um pouco menos organicista, a relação entre fatores psicossociais e adoecimento mental (BRASIL, 2007).

A questão que importa pontuar para o presente estudo não é negar evidências científicas de outros campos de estudos, mas frisar que o uso de critérios sobre família e vida social na prática discursiva a respeito da periculosidade não tem sido utilizada para recuperar a história desses sujeitos. Tais critérios são esquadrihados como forma de controle social. Nesse sentido,

Peres demonstra que a periculosidade incorpora não apenas a tríade: autoridade policial, justiça criminal e saber médico-psiquiátrico. Ela “incorpora também como elementos constitutivos outras formas de controle social” como a família, e por meio dela, há o esquadrihamento de elementos da vida dos sujeitos, e elementos como “vida, o trabalho, a família, a personalidade, a sexualidade, as amizades, os antecedentes, os estudos, o crime contextualizado” são pormenorizados nos laudos psiquiátricos (PERES, 1999, p.125).

Assim sendo, a construção da periculosidade nos laudos psiquiátricos tem por objeto e por referência o testemunho e os vínculos familiares, não para contextualização do sofrimento psíquico, mas para extensão de seu controle. Por outro lado, a presença familiar no exame é entendida como imprescindível porque a família aparece como testemunho único para prova de inimputabilidade ou semi-imputabilidade. É a partir de fatos da trajetória escolar/familiar/social e histórico psiquiátrico descritos por um familiar que o perito definirá se provavelmente haveria capacidade de entendimento e determinação no momento do ato. Usamos o termo “provavelmente” porque, em muitos casos, essa pergunta não pode ser respondida, tornando o laudo pericial a respeito inconclusivo. Isso faz com que o foco do laudo seja designar o diagnóstico não no momento do ato, mas no momento da perícia.

Tendo como ponto de partida o conteúdo dos laudos, extraímos, no corpus empírico selecionado, as seguintes categorias: (1) categoria diagnóstica - classificação codificada (CID); (2) Comportamento e sintomas de loucura; (3) Antecedentes e ascendentes em tratamento psiquiátrico; (4) Vínculos (familiar e social). Passaremos, nas próximas páginas, a explicar os sentidos e desdobramentos do processo de construção da periculosidade nos laudos.

4.1.1 Periculosidade como categoria diagnóstica e classificação codificada (CID)

Os laudos descrevem diagnósticos diversos para os casos, às vezes um único diagnóstico, às vezes cumulativamente dois. Diagnosticar parece ser a finalidade do laudo-médico. Os diagnósticos são: CID-10: F06. Transtorno mental orgânico (Dossiê 01 e 03); Esquizofrenia (CID10 F 20) (Dossiês 02,04,06,11 e 13) descrita como “doença crônica incurável grave”; Esquizofrenia Paranoide (Dossiê 14); Transtorno Mental Orgânico (CID10 F06) e Dependência Química a Múltiplas Drogas (CID10 F19) (Dossiê 03); Síndrome de Dependência à etílicos (F10.2) (Dossiê 05); Dependência Química a Múltiplas Drogas (CID 10 F19) (Dossiê 07); codificado por F14.2 da CID10 descrito como “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína e derivados” (Dossiê 08); “transtorno de dependência grave” (Dossiê 10 e 20); Transtorno de Personalidade Antissocial (CID-10:F.60.2) (Dossiê 19).

O uso da categoria diagnóstica como centralidade do discurso psiquiátrico forense é antigo: foi observado em laudos médicos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, produzidos entre 1925 a 1940, antes da entrada da periculosidade na legalidade. Neles, se observa que antes da modernização do saber penal “[...] há um predomínio da modalidade enunciativa médico-científica sobre a modalidade enunciativa jurídico-legal, ou seja, as categorias diagnósticas são aplicadas por meio das práticas discursivas psiquiátrico-forenses[...]”(ALMEIDA, 2013, p.446-447) e não tendo por base a legislação. Embora permaneça ainda com forte vinculação com a categoria diagnóstica, houve influência de categorias jurídicas no diagnóstico codificado.

Entre 1925 e 2003 constata-se a existência de uma progressiva “judicialização” da modalidade enunciativa da psiquiatria forense, levando-a a adotar as categorias definidas juridicamente (“doença mental” e “perturbação da saúde mental”) para a atribuição, inicialmente, de categorias diagnósticas, e, posteriormente, de classificações codificadas. Apesar das modificações históricas da psiquiatria em geral e dos diagnósticos de maior interesse forense, especificamente e institucionais do IPFMC, não foram encontrados, seja nos laudos ou nas entrevistas realizadas, referências a eventuais limitações impostas pelas codificações jurídicas ao trabalho de perícia psiquiátrica forense.(ALMEIDA, 2013, 459).

Apesar de haver uma forte vinculação com as categorias diagnósticas, em nossos achados, há referência ao Código Penal vigente e à imputabilidade do réu. A influência dessa

juridicização (PRANDO, 2012) também é sentida no uso de “doença mental e perturbação da saúde mental”, conceitos jurídicos diluídos no diagnóstico médico. Essa apropriação do saber jurídico é estratégica: faz parte do dobramento médico-penal, no qual há uma interligação dos saberes dos dois campos para construção da lógica do perigo.

A periculosidade aparece descrita não só pelo diagnóstico, mas como “problemas mentais” e “sérios transtornos mentais” (Dossiê 06) e como “sinais de doença mental (F 20.0 – CID – 10)” (Dossiê 09), incluindo nesse conceito de doença a “dependência a múltiplas drogas” (Dossiê 07). Almeida, ao analisar laudos médicos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, percebe uma mudança após 1940 do uso da categoria “degeneração psíquica” para “personalidade psicopática”. O estudioso explica que embora essa categoria se refira a quadros clínicos específicos, “na maior parte de suas aplicações apenas indica um “desequilíbrio generalizado” ou uma “personalidade anormal” (ALMEIDA, 2013, p.445).

A periculosidade aparece com mais intensidade quando se descreve a doença como “crônica” (Dossiê 10, 11). O diagnóstico não aparece sempre fechado, há o uso de “provável quadro de” (Dossiê 13) para descrever a sugestão ou aposta de diagnóstico. Ainda que não haja sempre a certeza, raramente é atribuído de forma muito genérica como “transtorno mental (CID-10)” (Dossiê 12). A determinação genérica parece não ter importância, todavia, o uso dos léxicos “transtorno” e “doença” importam porque se relacionam com o alargamento do controle da medicina. Por isso, ainda que sem descrição da doença mental codificada, utiliza-se o léxico “transtorno (doença) mental grave e incurável” (Dossiê 09), “transtorno psicótico relacionado ao uso de drogas” (Dossiê 17) ou de “portador de doença mental” (Dossiê 10).

O uso do termo “transtorno” ao invés de “doença mental” foi uma alteração no saber médico que passou a atribuir maior controle para a psiquiatria (MITJAVILA, 2012).

As novas tecnologias de gestão da criminalidade começaram a expandir consideravelmente seu domínio com a introdução da noção de “transtorno mental”. A ideia de transtorno é relativamente inespecífica, porém, suficientemente abrangente para ampliar as fronteiras da normalidade antes estabelecidas pelo clássico conceito de doença. Dessa forma, o conceito de transtorno permite categorizar um universo infinito de comportamentos e atributos individuais como objetos da psiquiatria e, portanto, como fenômenos legitimamente medicalizáveis. (MITJAVILA, 2015, p.130).

No início da construção da psiquiatria como ciência, a doença era sinal de periculosidade criminal. Hoje, nos manuais de psiquiatria, é uma classe particular de

transtorno que permaneceu descrito como fator etiológico ou propensão para o crime (MITJAVILA, 2012, p.1378). No discurso médico, o transtorno de personalidade antissocial, a sociopatia e a personalidade psicopática tornaram-se, atualmente, o principal meio de se vincular a criminalidade violenta à conduta anormal, já que tais transtornos causariam tendência em violar normas sociais, estendendo o objeto de controle da psiquiatria por meio do uso de “critérios morais na definição da “personalidade delinquente””(MITJAVILA, 2012, p.1386).

Em Almeida (2013) a periculosidade se metamorfoseia, da violência dos crimes aos diagnósticos codificados. Contudo, esse artigo se concentrou mais sobre a alteração dos laudos médicos nos diagnósticos limítrofes durante os anos estudados, de 1925 a 2003, do que na articulação da periculosidade nos discursos. Sobre os diagnósticos limítrofes, de 1925 a 1932 há uma prevalência do uso de “perversão instintiva ou degeneração atípica” (“categorias que remontam à classificação francesa”), a partir de 1932 passam a ser usadas também “perversão sexual” e “personalidade psicopática”, esta segunda primordialmente. Após 1940, há uma mudança de nomenclatura, e “personalidade psicopática” torna-se principal diagnóstico dos casos limítrofes, o que não significa ruptura com diagnósticos que se fundamentam nas "classificações degeneracionistas" de Morel, ainda que Afrânio Peixoto as acusassem de desuso (ALMEIDA, 2013, p.445). Ao longo da década de 1950 passou-se a ter maior “referência a conceitos psicanalíticos” (ALMEIDA, 2013, p.448), com uso de personalidade psicopática esquizóide e desuso de personalidade psicopática antissocial. Um dos achados deste estudo é que a periculosidade deixou de ser considerada por meio da gravidade do crime para ser considerada a partir do diagnóstico(ALMEIDA, 2013, p.451). A partir da década de 1970 há uma maior padronização dos laudos segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) e uma consequente “[...] distância de um modelo de discussão psicopatológico baseado em sintomas para cada vez mais se resumir à apresentação de comportamentos seguida de uma classificação codificada.” (ALMEIDA, 2013, p. 452).

Esse dobramento do saber médico, que vincula transtorno à criminalidade violenta, se vê refletido tanto nas justificativas dos laudos, ao citarem categoria diagnóstica codificada no CID como periculosidade, quanto nas sentenças. As formulações genéricas aparecem com menos frequência. Análoga a essa expressão, há casos de o uso do termo “compatível” para conectar o quadro de sintomas com o diagnóstico, assim descrito: “possui um quadro psicopatológico compatível com o transtorno mental secundário a lesão cerebral que atende

ao código F06.8 (CID-10)” (Dossiê 16). O alargamento do diagnóstico análogo ou compatível provoca aqui uma extensão no conceito de periculosidade. Da mesma forma, a periculosidade é ampliada quando os laudos a associam com o diagnóstico, no dobramento médico-penal, e realizam um vínculo tautológico entre sintomas, comportamentos, diagnóstico e perigo.

Nos laudos médicos percebemos que a periculosidade aparece vinculando perigo a um diagnóstico e a uma classificação codificada no CID. Observamos uma incorporação de conceitos jurídicos não apenas na tentativa de determinar capacidade e determinação do sujeito na data da prática do ato, mas no próprio uso dos termos “doença mental e perturbação da saúde mental”.

4.1.2 Periculosidade no comportamento e sintomas de loucura

Um laudo nem sempre é conclusivo e, nesses casos, a descrição de sintomas é o que confirma sinais da loucura perigosa. Mas, mesmo nos laudos conclusivos, há a costura de um argumento tautológico que vincula os diagnósticos aos sintomas e comportamentos. Os sintomas de anormalidade são descritos como: ser “nervoso”(Dossiê 01, 03,04,16); “violento e nervoso”(Dossiê 17); “agressivo”(Dossiê 02,05); “usar drogas” (Dossiê 02); presença de “delírios” (Dossiê 02) descritos também como “ouvindo coisas e vendo coisas” (Dossiê 04); ter “crises” (Dossiê 03); estar “agitado e agressivo” (Dossiê 03); “andando a esmo na rua falando coisa com coisa” (Dossiê 03); “sintomas delirantes e alucinatórios” (Dossiê 04,10,11,14,17) como “ter esposa imaginária” (Dossiê 17); “alucinações auditivas” (Dossiê 06,11,14); “humor irritável” (Dossiê 05); “envolvimento com drogas” (Dossiê 15); “sequelas neuropsiquiátricas” (Dossiê 16); “abstinência ao uso de drogas” (Dossiê 20).

A consequência dos sintomas é o “comprometimento acentuado do comportamento” (Dossiê 04) e apresentação de um um exame mental fora da “normalidade” (Dossiê 05). Não é recente a atribuição, nos laudos psiquiátricos, de atos considerados antissociais como sintomas do próprio diagnóstico psiquiátrico. Essa ideia do saber médico de que determinados transtornos seriam um fator de risco ou uma predisposição para criminalidade, bem como o uso de critérios morais para definição dos critérios diagnósticos, é encontrada também no trabalho que analisa diagnósticos e laudos médicos em casos limítrofes no qual a detecção da loucura como causa do crime é feita com mais dificuldade (ALMEIDA, 2013).

O comportamento nervoso, agressivo (Dossiês 01,02,03,04,05,16 e 17) aparece como consequência da loucura, num argumento tautológico por meio do qual os sintomas confirmam diagnóstico e, como um ciclo, o diagnóstico serve para confirmar os sintomas. Esse argumento abre uma discricionariedade sem limites à definição da loucura. Os sintomas de loucura são entendidos como fatores que comprometem o comportamento, gerando "tendências agressivas"(Dossiê 05).

Os sintomas delirantes (Dossiês 02,03,04,05,06,10,11,14 e 17) convivem com jargões do campo médico como "empobrecimento cognitivo e embotamento afetivo" (Dossiê 04), "humor irritável"(Dossiê 05), "monotônico ao falar" (Dossiê 19). Além da busca por descrever os sinais de transtorno mental por meio de sintomas e comportamento desviante, o uso de drogas aparece como prova da dependência química (Dossiê 02,13,20).

Toda essa busca de sintomas é, por vezes, utilizada numa visão determinista de que afeta o "julgamento de valores éticos e morais" (Dossiê 06), gerando "dificuldade de controlar os impulsos" (Dossiê 08). Em uma previsão de futuro, o médico psiquiatra utiliza seu saber para afirmar o ubuesco: o prenúncio de que "não se atingirá o controle total dos sintomas" (Dossiê 09). Um único encontro do médico-perito permite afirmar categoricamente sobre a personalidade manipuladora do entrevistado (Dossiê 19). As afirmações são ubuescas (FOUCAULT, 2010), pois são estranhas à competência médica como a atribuição de uma "frieza emocional" ao paciente analisado (Dossiê 19). Há um juízo de valor demonstrando a personalidade anormal do sujeito quando o médico-perito afirma que o avaliado "omite fatos, tenta manipular em grande parte da perícia" (Dossiê 19). Em outros momentos, o profissional afirma que o avaliado apresenta "julgamento de valores éticos morais não conservados" (Dossiê 06), além de "dificuldade para controlar impulsos" (Dossiê 08).

Almeida explica que embora esses diagnósticos feitos com base em elementos comportamentais serem inapropriados do ponto de vista farmacológico e clínico, eles descrevem a periculosidade como possibilidade de repetição de delitos no futuro (ALMEIDA, 2013, p.456). Mais que juízo de valor, trata-se de um evento discursivo que busca essencializar no sujeito a anormalidade e vincular, de forma tautológica, sintomas-comportamentos-diagnósticos, alargando à fronteiras incertas a possibilidade de determinação da loucura/periculosidade.

4.1.3 Periculosidade nos antecedentes e ascendentes em tratamento psiquiátrico

Para finalizar a prova da anormalidade, o histórico de tratamento psiquiátrico (Dossiê 01,03), o uso de medicamento ou acompanhamento psiquiátrico (Dossiê 04,05,13,16,17,19), junto com histórico familiar de doença mental comprovam o quanto a loucura e a anormalidade são intrínsecas ao sujeito. Em pesquisas anteriores, com laudos até 1950, já se percebia essa ênfase, “[...] na busca de fatores orgânico-hereditários para a explicação da anormalidade psíquica dos limítrofes, bem como de suas condutas criminais.”(ALMEIDA, 2013, p.447).

Essa anormalidade não é apenas buscada no registro do comportamento, mas do histórico de tratamento psiquiátrico. Histórico psiquiátrico, “antecedentes familiares” (Dossiê 04), uso de medicamentos e internações anteriores comprovam existência da loucura. Por que importa buscar a loucura nos antecedentes familiares? Há uma faísca de determinismo a respeito de a loucura ser anterior ao sujeito e intrínseca a ele.

4.1.4 Periculosidade materializada nos vínculos (familiar e social)

Além dos sintomas e comportamento, os vínculos familiares/sociais/empregatícios são descritos para demonstrar a anormalidade em várias áreas da vida do sujeito: um passado sem trabalho regular (Dossiê 01), insucesso nos relacionamentos (Dossiê 19), instabilidade dos vínculos empregatícios (Dossiê 19) são todas formas de materializar no sujeito sua anormalidade.

Por fim, cabe perguntar que classe de compreensão sobre a etiologia dos desvios e das transgressões normativas orienta as estratégias medicalizadoras na contemporaneidade. As pesquisas que têm indagado essa questão tendem a coincidir na observação do predomínio do modelo etiológico “endógeno” (Laplantine, 1991). Trata-se de um tipo de interpretação no qual “[...] a doença é deslocada para o indivíduo e não é mais considerada como uma entidade que lhe é estranha, ela vem, ou, antes, ela parte do próprio interior do sujeito” (Idem, p. 78). (MITJAVILA, 2015, p.131).

No movimento discursivo dos arquivos a instabilidade do vínculo empregatício não é dialetizada com as dimensões que precarizam a vida do louco, mas como provas de sua anormalidade. No laudo, a existência da loucura é entendida como fator que compromete os

vínculos afetivos e a interação social (Dossiê 03). Dessa forma, o documento registra a anormalidade em várias áreas da vida do sujeito por meio da descrição de convivência, do “insucesso nos relacionamentos” e da não continuidade dos “vínculos empregatícios” (Dossiê 19) como problemas intrínsecos e não externos ao sujeito.

4.2 Periculosidade na prática discursiva das sentenças: o diagnóstico, o comportamento alterado e a presunção de periculosidade

A sentença do juiz do processo de conhecimento é parte do encaminhado pelo poder judiciário ao PAILI e, por este arquivado, para início de cumprimento da medida de segurança pelo programa. Ela costuma ser um dos documentos inaugurais, que se segue por manifestações de encaminhamento do caso pelo juiz da execução. Dizemos que costuma ser porque não há uma regra que determine a organização ou que indique quais documentos compõem o dossiê. Todo documento encaminhado pelo poder judiciário é arquivado.

Há uma diversidade de sentenças nos dossiês. Algumas determinam medida de segurança para o inimputável, segundo a previsão legal do art. 97 do CP, por meio de sentença absolutória; outras também a determinam, substituindo a pena dos semi-imputáveis (art. 98 do CP). Nesses dois primeiros casos, a sentença é emitida pelo juiz do processo de conhecimento. Há casos de conversão de pena em medida de segurança, ou seja, quando ocorre constatação de sofrimento mental no curso da execução da pena, chamado de “superveniência de doença mental” (art. 41 do CP), um incidente na execução penal. Neste caso o juiz que o realiza é o da execução.

Segundo a legislação penal, os inimputáveis não podem ser condenados por injusto penal. Devido a ausência de culpabilidade desses, que é pressuposto para uma condenação, o juiz que sentencia deve absolvê-los e determinar um tratamento compulsório, que pode ser de internação ou, em caso de delitos punidos com detenção, ambulatorial, como dito no tópico a respeito das disposições legais e construções doutrinárias. A previsão legal do Código Penal afirma que na escritura da sentença o juiz deverá determinar internação ou tratamento ambulatorial, caso seja constatada déficit ou ausência de entendimento e determinação no momento da prática do ato.

Tendo em conta a previsão da Lei nº 10.216/01, a internação deve ser fundamentada e somente aplicada em casos excepcionais. Uma interpretação das medidas de segurança

constitucionalmente válida precisa não apenas incorporar essa legislação, mas derrogar os dispositivos penais (tanto do Código Penal quanto do Código de Processo Penal) a respeito da obrigatoriedade da internação para os inimputáveis (FARIA, 2017; SILVA, 2010a).

Os arquivos reproduziram o texto legal em ambos os casos, de inimputáveis e semi-imputáveis, ocorrendo o “incidente de insanidade mental” em auto apartado (art.153 do CPP). Esse incidente serve para constatar a doença mental no momento da realização do ato, e depois era adicionado ao processo principal em apenso.

No caso de superveniência da doença mental durante a execução da pena (art. 154 e 682 do CPP), o exame de insanidade mental basta para converter a pena em medida de segurança, sendo a prática jurídica balizada pelo critério legal (art. 183, LEP). Embora seja essa a previsão legal e um ato comum à prática judiciária, encontramos um caso em que a medida de segurança foi determinada sem necessidade de laudo pericial, utilizando-se em analogia o laudo pericial de um corréu (Dossiê 18) para formar o convencimento do magistrado. Neste caso único, o crime ocorreu na própria instituição de tratamento do sujeito, e talvez, por isso, a magistrada tenha entendido haver a inimputabilidade.

Por meio da prática discursiva e dos léxicos que os magistrados movimentam na sentença podemos perceber a exteriorização do saber dogmático penal dos juristas e a carência da incorporação da Lei nº10.216/01 na maioria dessas decisões. A não integração dessa lei federal na interpretação legal dos casos de inimputabilidade e semi-imputabilidade representam um limite à validade destas decisões.

A sentença absolutória imprópria, nome da sentença que aplica a medida de segurança, segundo a dogmática penal estudada no primeiro capítulo, deve determinar a medida de segurança detentiva ou restritiva, levando-se em conta a gravidade do delito e a periculosidade presumida. Neste caso, o juiz do processo de conhecimento impõe internação aos inimputáveis. Essa concepção dogmática contraria a lei da reforma psiquiátrica e é observada no movimento das sentenças estudadas, fato que pode suscitar críticas à validade dessas decisões. Além desses argumentos, nos arquivos há também o discurso sobre a

interpretação do artigo 97 do CP⁷⁷ tendo em vista a periculosidade, não a natureza de pena que seria aplicada em analogia, caso não fosse inimputável.

A periculosidade é movimentada nos dispositivos decisórios estudados, tanto para definir o tipo de cuidado quanto para definir o tempo mínimo de duração. No primeiro caso, indicamos a seguir um trecho no qual o magistrado argumenta que o artigo 97 deve ser interpretado segundo a periculosidade, que é demonstrada, segundo ele, pela gravidade do delito praticado. Por isso, seria possível o tratamento ambulatorial, em que pese a gravidade do crime, caso houvesse sido determinado no laudo.

Outrossim, conveniente destacar que o artigo 97 do Código Penal deve ser interpretado de acordo com a periculosidade do agente porque o objetivo da Justiça Penal é a recuperação da pessoa. Em outras palavras, a quem comete fato descrito como crime, mesmo que sujeito à pena de reclusão, também pode ser aplicado a medida de segurança consistente no tratamento ambulatorial, desde que a perícia médica ateste que esse é o tipo de tratamento suficiente e mais adequado, preservada sempre a possibilidade de regressão para a internação, se necessário.

Contudo, entendo que o tratamento ambulatorial no caso do sentenciado não é o mais adequado, porque além de o mesmo ter praticado dois delitos de natureza extremamente grave, posto que ceifou a vida de duas pessoas, procedendo de maneira semelhante em ambos os casos, revelando, dessa forma, periculosidade potencial, inexistente nos autos parecer técnico e específico indicando qual das medidas de segurança é mais apropriada ao caso em estudo. (Dossiê 19, Sentença, 28/05/2008).

Nesse trecho da sentença citada, o discurso de não aplicação da medida de segurança, considerando a gravidade do crime, é meramente retórico. A periculosidade surge como argumento para trazer à tona a gravidade dos crimes já praticados como fundamento para internação. Aqui, partimos da premissa de que o argumento retórico que forma esta prática discursiva é uma “estratégia de arranjo do poder” (FOUCAULT, 2006, p. 17-18). Esse argumento que chamamos de retórico é utilizado estrategicamente para alicerçar, uma vez mais, a tática do controle.

Essa tática não é uniforme e outros recursos são utilizados para fundamentar as decisões. Neste sentido, há decisões que desconsideram a gravidade do delito, levam em conta a gravidade da doença ou “estado de saúde na data da prática do fato”, embasando-se em construção jurisprudencial do TJGO para definir o tempo mínimo de tratamento. O julgado

⁷⁷ “Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. ([Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984](#))

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos. ([Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984](#))” (BRASIL, 1940).

citado afirma que o “prazo mínimo de aplicação da medida de segurança deverá ser de 01 (um) a 03 (três) anos, fixado segundo a gravidade do transtorno do inimputável e não da gravidade do delito ou da gravidade da pena prevista para o fato” (Dossiê 17, Sentença, 27/07/2016). Assim, o magistrado materializa, no diagnóstico, a periculosidade e o risco. Ele define o tratamento de internação o diagnóstico como constatação da periculosidade.

Com efeito, diante da conclusão pericial de que o acusado apresenta “transtorno psicótico relacionado ao uso de drogas (crack) (CID-10:F14.5), constatada a sua periculosidade, com risco a si e a terceiros, outro caminho não resta senão a aplicação da medida de segurança de internação, inclusive para viabilizar o tratamento (Dossiê 17, Sentença, 27/07/2016).

Além de ser necessário compreender onde se situam os enunciados discursivos dos magistrados nas sentenças, precisamos ter em mente que se tratam de magistrados em momentos processuais diferentes, com acúmulos de práticas discursivas diferentes. As atuações dos magistrados são distintas: há aquele que determina a medida de segurança na sentença e o que determina sua extinção (o magistrado da execução que movimenta o arquivo). Produzimos esse destaque porque encontramos, na movimentação discursiva dos magistrados, uma diferença na determinação de internação na sentença e no curso da execução penal, que reflete acúmulos de práticas diferentes.

Em alguns casos, o juiz que sentencia também determina tratamento ambulatorial (Dossiês: 02, 04, 05, 06, 11, 18 e 20). A fundamentação das decisões não é uniforme. Em parte desses casos, a justificativa da sentença é o tratamento ambulatorial por ter sido “[...] sugerido pelo perito [...]”(Dossiê 18, Sentença, 06/05/2014). O laudo pericial costuma ter influência, não apenas para constatação da periculosidade, mas para gerir os espaços de cuidado/contenção (Dossiês 04, 05, 06 e 18). Mas há casos em que, apesar do perito sugerir internação, o juiz considera a gravidade do delito (Dossiê 06), ou, contrariando a sugestão do perito, determina tratamento ambulatorial (Dossiê 11). A contrariedade da sugestão do laudo pericial também é demonstrada no uso do saber jurisprudencial fundamentando o uso da internação como substituta da reclusão e determinando a realização de nova perícia para “averiguar aplicação de medida de segurança mais branda” (Dossiê 20). Há ainda a sugestão na sentença do juiz da execução, em caso de superveniência de doença mental, de “tratamento que lhe for mais apropriado”(Dossiê 16).

Nesses casos, percebemos, por um lado, um dobramento do laudo médico no discurso dos juristas, com uso instrumentalizado do saber médico registrado no laudo. E de outro lado, há fissuras no movimento de se dobrar à verdade do perito na verdade construída pelos juristas. Diferente do achado no dossiê de Zefinha, no qual o juiz não questionou nenhum dos 12 laudos em 40 anos de internação (DINIZ; BRITO, 2016), aqui encontramos questionamentos a respeito desse saber.

Na grande maioria das sentenças, há a determinação de internação (Dossiês: 01,03,07,08,09,10,12,13,14,15,17,19) com base na gravidade do delito, considerando a construção discursiva doutrinária e legal sobre o uso da medida de segurança detentiva. A internação é determinada como medida de segurança detentiva e o tratamento ambulatorial, como medida de segurança restritiva.

Embora a maioria determine internação, nem sempre os juízes da execução o seguem (Dossiês: 12,13,15), determinando, ao invés de internação decretada pelos juízes do processo de conhecimento, um “local para tratamento” ou “a melhor terapêutica que o caso indicar” (Dossiê 15). Nestes casos os juízes de execução alteram a determinação da sentença dos juízes de conhecimento em relação ao modo de execução da medida de segurança. Estes casos nos parecem significar que o PAILI e suas práticas são mais conhecidas e compreendidas por parte deste grupo de juízes.

Por outro lado, outros juízes da execução continuam por aplicar a medida de segurança detentiva e mantêm a determinação de internação (Dossiês: 03, 10, 14, 17 e 19). Decorre desse ato um embate entre enunciados discursivos dogmáticos sobre periculosidade e enunciados discursivos do campo crítico em saúde mental que desconstroem esse sentido. O maior embate, entretanto, se dá em relação à autonomia do PAILI, para decidir sobre o “projeto terapêutico singular”, e a determinação judicial a respeito da internação, baseada em um modelo de internação em manicômio judiciário que não existe em Goiás. Sobre estas questões falaremos no tópico a respeito da relação institucional entre PAILI e judiciário.

As decisões judiciais produzem em seus enunciados discursivos diversos sentidos sobre a periculosidade que abordaremos adiante a partir das categorias: (1) Periculosidade expressa pela categoria diagnóstica e a classificação codificada (CID); (2) Alterações de comportamento: genealogias da personalidade e sintomas de loucura; (3) Presunção da periculosidade.

4.2.1 A periculosidade expressa pela categoria diagnóstica e a classificação codificada (CID)

O Código Internacional de Doenças (CID), chamado neste tópico de diagnóstico codificado, serve não apenas para constatar a anormalidade no laudo, mas para fundamentar a aplicação da medida de segurança na sentença, com o diagnóstico justificando a periculosidade. Aprofundaremos a seguir a como se dá a apropriação do saber médico na sentença.

A referência à categoria diagnóstica aparece nas sentenças de todos os dossiês. Essa referência carrega consigo o enunciado discursivo de que se ter uma classificação codificada de doença mental (CID) comprova inimputabilidade e a periculosidade. Esta articulação remonta a genealogia da periculosidade, associando diagnóstico da loucura com o perigo e a construção doutrinária de prova de inimputabilidade presumir em si a periculosidade.

Quando a palavra periculosidade não aparece, seus movimentos permanecem materializados nas noções de “patologia” (Dossiê 03), “doença mental” (Dossiê 04), “tratamento” (Dossiê 05), “sérios problemas mentais” (Dossiê 06), “dependência química” (Dossiê 07), “dependência toxicológica” (Dossiê 08), “insano mental” (Dossiê 10), “condição sociopsíquica” (Dossiê 10), “Patologia mental” (Dossiê 12), “Déficit de atenção” (Dossiê 13), “dependência química” e “perturbação mental”(Dossiê 20), “doença mental duradora” (Dossiê 19), “perturbação da saúde mental e irreversível” (Dossiê 18); “portador de perturbação mental” (Dossiê 18); “portador de perturbação da saúde mental” (Dossiê 19). O valor etiológico da doença mental aparece como critério para predizer a criminalidade. Em alguns momentos, ela aparece nomeada (Dossiê 01,07,09) sem justificção, assim descrita: “[...] em se tratando de inimputável, a periculosidade é presumida, conforme estabelece o artigo 97 do Código Penal.” (Dossiê 01, Sentença, 07/05/2007). Esse conceito de inimputabilidade predizer a periculosidade não está expresso na legislação penal atual mas é uma categoria doutrinária que aparece nas sentenças.

Ao analisar o cruzamento entre diagnóstico primário e crime principal, de 1974 a 2003, Almeida percebe que:

Quando se observa a correlação entre os crimes perpetrados e os diagnósticos correspondentes, apresentada no Quadro 6, percebe-se que o diagnóstico é o critério para a definição da periculosidade, entendida cada vez mais como o risco da

reincidência em novos crimes, sem associação direta com a gravidade do crime já cometido (a maioria dos delitos cometidos pelos periciados com esse diagnóstico é contra o patrimônio). (ALMEIDA, 2013, 457).

Esse achado de Almeida é confirmado em nossa análise. O diagnóstico é presente em todas as sentenças porque ele é o critério para definição da periculosidade. Seu dobramento nas sentenças infere que a loucura proporciona o risco de reincidência em novos crimes. A loucura, materializada na classificação da categoria diagnóstica codificada, é entendida como incontrolável, tornando o indivíduo sem “controle sobre seus impulsos”(Dossiê 20).

Algumas doenças por serem entendidas como crônicas aparecem como indicativo da periculosidade intrínseca e incurável: “esquizofrenia crônica” (Dossiê 11), “transtorno mental orgânico”(Dossiê 12), já que em decorrência das doenças, haveria uma necessidade de “acompanhamento médico contínuo” (Dossiê 11). Nos arquivos, a periculosidade relaciona-se com o caráter duradouro da doença mental, sendo a crise psiquiátrica um sinônimo de violência e agressividade no comportamento, além de predisposição para a criminalidade.

O critério diagnóstico e a classificação codificada de adoecimento mental aparecem na prática discursiva das sentenças como um dobramento médico-penal para comprovar a periculosidade. O saber médico é apropriado pelos juristas para fundamentar a correlação construída entre valor etiológico da doença mental e perigo. A presunção da periculosidade aos inimputáveis é materializada dobrando na sentença a construção doutrinária penal.

4.2.2 Alterações de comportamento: genealogias da personalidade e sintomas de loucura

Por vezes, atos desviantes são apresentados tanto nas sentenças quanto nos ofícios do PAILI como sintomas do diagnóstico de loucura e da periculosidade, sintomas que precisam de controle médico. Por vezes, percebemos que nos arquivos há atribuição de atos considerados antissociais e reprováveis a sintomas da periculosidade.

A periculosidade nas sentenças aparece como intrínseca à loucura, ao sujeito e seus impulsos decorrentes de sua “personalidade deturpada”(Dossiê 18). O histórico, a atitude violenta, o comportamento alterado, delitos praticados na adolescência são nomeados como “desvios de conduta”, essencializando na personalidade do indivíduo o desvio para o crime (Dossiê 01). A liberdade aparece como risco (Dossiê 02), fazendo com que a loucura necessite de “acompanhamento psiquiátrico” não para a saúde mental, mas para “para

controle e prevenção” (Dossiê 02, Sentença). O paradigma da cognição penal é o do controle, não do cuidado.

Para além de se frisar a doença materializada na categoria diagnóstica e na classificação codificada (CID) como sinônimo de perigo, a violência do crime (que é característica de determinados crimes para se materializarem) aparece como sintoma da loucura (Dossiê 09) e justificativa para necessidade de contenção com segurança, por meio de internação por longo período como “tempo que reputo minimamente seguro” (Dossiê 09, Sentença). A violência do crime aparece de modo tautológico como sintoma de loucura, ampliando o espectro do controle.

A periculosidade se perfaz em algumas sentenças claramente como um conceito moral ou moralizante, já que é a “carência de censura moral” que os torna perigosos incontroláveis (Dossiê 10). A falta de controle já justifica a demanda pela vigilância familiar desde a sentença; aqui a família representada como espaço de controle e não de cuidado (FOUCAULT, 2006). Essa vigilância aparece como critério de controle desses impulsos e requisito para a liberdade.

“Considerando a ausência de periculosidade, conforme laudo [...], acolho o parecer ministerial [...] e autorizo [...] a fazer o tratamento em liberdade, desde que um familiar, qual seja sua genitora, seja responsável por sua manutenção e início do tratamento psiquiátrico, em regime ambulatorial. Intime-se a Sra. [...] para que, no prazo de 10 dias, compareça em juízo com o intuito de assinar o termo de compromisso, bem como para ficar ciente de que deve encaminhar e acompanhar o denunciado no tratamento indicado e então receber o preso na delegacia. Expeça-se o alvará de soltura, devendo o segregado ser posto imediatamente em liberdade, salvo se por outro motivo estiver preso, observando as condições estabelecidas na presente decisão” (Dossiê 14, Despacho, 26/01/16).

A periculosidade foi construída como um dispositivo intrínseco aos sujeitos loucos e anormais. Talvez por isso, haja a busca de sintomas de loucura nos arquivos. Ela aparece na sentença como exteriorização da loucura: se perfaz mediante o registro de comportamentos e sintomas de anormalidade exteriorizados. O comportamento (Dossiê 12), juntamente com descrições de sintomas, como ouvir vozes (Dossiê 14) e ter alucinações (Dossiê 17) aparecem como critérios para o tempo da medida.

A gravidade do delito (Dossiê 06) surge como critério para justificar o tratamento e a internação e está bastante distante de qualquer indicação clínica. O alicerce para se considerar a gravidade do delito no julgamento é a materialização do saber dogmático dos juristas que

constrói, a partir do conceito legal, a medida de segurança detentiva ou restritiva tendo em conta a gravidade do delito. É um critério dogmático-legal muito mais ligado à reprovabilidade e punição do que ao cuidado. Embora discursivamente a dogmática construa um sentido preventivo para a aplicação de medidas de segurança, há com nitidez um sentido punitivo não declarado fundamentando o tratamento e tendo como parâmetro o crime.

Percebemos ainda que não há uniformidade nos fundamentos das sentenças. Encontramos em um caso (Dossiê 17) o uso da gravidade do transtorno é o que justifica a escolha pelo tempo mínimo de internação. Citando um julgado do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás o juiz afirma que o “prazo mínimo de aplicação da medida de segurança deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos, fixado segundo a gravidade do transtorno do inimputável e não da gravidade do delito ou da gravidade da pena prevista para o fato”. Ainda que neste caso o crime seja punido com detenção, a retórica da gravidade do transtorno é o que fundamenta tratamento mais gravoso de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico por 1 ano, por causa do “estado de saúde na data da prática do fato” (Dossiê 17, Sentença, 27 de julho de 2016). Diferentemente do que é construído pela doutrina penal, aqui, a gravidade do transtorno, e não a gravidade do delito, é considerada discursivamente.

Outro critério jurídico é a reincidência. O critério é adaptado com o sentido de recaída no ato criminoso em decorrência da “insanidade mental” (Dossiê 10) e não necessariamente como categoria penal. A reincidência aparece carregada no conceito de que a loucura é intrinsecamente perigosa e criminosa. Dizemos conceito adaptado de “recidiva criminosa” porque, para configurar legalmente reincidência, precisaria haver prática de novo crime posterior à sentença penal condenatória, o que não seria o caso de uma prática de novo crime após uma sentença penal absolutória imprópria, como é o caso das medidas de segurança.

A reincidência é descrita como periculosidade em potencial e, nesse caso, se entrelaça com a gravidade do delito: “a reincidência em crime doloso contra a vida” (Dossiê 19), assim como a prática de “delitos de natureza extremamente grave” (Dossiê 19). Há uma aparente contradição entre as decisões já que algumas adotam como critério a gravidade do delito enquanto outra parte, ainda que minoritária, adotam como critério a gravidade da doença.

A argumentação tautológica está presente nas decisões penais vinculando atos desviantes, violência do crime, gravidade da doença, “reincidência” e adjetivações

moralizantes à personalidade como sintomas de loucura e provas do perigo. O modelo de controle e não do cuidado estrutura a cognição penal essencializando no indivíduo o desvio.

4.2.3 Presunção da periculosidade pela inimputabilidade

Em algumas decisões penais a periculosidade aparece nomeada como presumida (Dossiê 02 e 06), um conceito mantido pela dogmática penal oriundo do Código Penal de 1940, em artigos hoje revogados. Assim, a versão revogada do código explicava a periculosidade como presumida por lei para os sujeitos isentos de pena por inimputabilidade (artigo 22 revogado) e para reincidentes em crimes dolosos. Além dos casos de periculosidade presumida por lei, outros critérios como “personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime autorizam a suposição de que venha ou torne a delinquir” (artigo 77 revogado) eram considerados para descrever a periculosidade. Assim, delimitava-se a periculosidade pela antiga previsão legal:

Art. 76. A aplicação da medida de segurança pressupõe:

I - a prática de fato previsto como crime;

II - a periculosidade do agente.

Parágrafo único. A medida de segurança é também aplicável nos casos dos arts. 14 e 27, se ocorre a condição do n. II.

Verificação da periculosidade

Art. 77. Quando a periculosidade não é presumida por lei, deve ser reconhecido perigoso o indivíduo, se a sua personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime autorizam a suposição de que venha ou torne a delinquir.

Art. 77. Quando a periculosidade não é presumida por lei, deve ser reconhecido perigoso o agente: (Redação dada pela Lei nº 6.416, de 1977)

I - se seus antecedentes e personalidade, os motivos determinantes e as circunstâncias do fato, os meios empregados e os modos de execução, a intensidade do dolo ou o grau da culpa, autorizam a suposição de que venha ou torne a delinquir; (Incluído pela Lei nº 6.416, de 1977)

II - se, na prática do fato, revela torpeza, perversão, malvadez, cupidez ou insensibilidade moral. (Incluído pela Lei nº 6.416, de 1977)

§ 1º Compete ao juiz que presidir a instrução, salvo os casos de promoção, remoção, transferência ou aposentadoria, para os fins do disposto no § 5º do artigo 30, declarar na sentença a periculosidade do réu, valendo-se, para tanto, dos elementos de convicção constantes dos autos e podendo determinar diligências. (Incluído pela Lei nº 6.416, de 1977)

§ 2º O juízo poderá dispor, na forma da lei local, de funcionários para investigar, coletar dados e informações com o fim de instruir o requerimento de verificação de periculosidade. (Incluído pela Lei nº 6.416, de 1977)

Presunção de periculosidade

Art. 78. Presumem-se perigosos:

I - aqueles que, nos termos do art. 22, são isentos de pena;

II - os referidos no parágrafo único do artigo 22;

III - os condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez;

IV - os reincidentes em crime doloso;

V - os condenados por crime que hajam cometido como filiados a associação, bando ou quadrilha de malfetores.

Casos em que não prevalece a presunção

§ 1º A presunção de periculosidade não prevalece, quando a sentença é proferida dez anos depois do fato, no caso do n. I deste artigo, ou cinco anos depois, nos outros casos.

§ 1º A presunção de periculosidade não prevalece se, entre a data do cumprimento ou da extinção da pena e o crime posterior, tiver decorrido período de tempo superior a dez anos, no caso do inciso I deste artigo, ou de cinco anos, nos outros casos (Redação dada pela Lei nº 6.416, de 1977)

§ 2º A execução da medida de segurança não é iniciada sem verificação da periculosidade, se da data da sentença decorrerem dez anos, no caso do n. I deste artigo, ou cinco anos, nos outros casos, ressalvado o disposto no art. 87.

§ 3º No caso do art. 7º, n. II, a aplicação da medida de segurança, segundo a lei brasileira, depende de verificação da periculosidade.

Pronunciamento judicial

Art. 79. A medida de segurança é imposta na sentença de condenação ou de absolvição.

Parágrafo único. Depois da sentença, a medida de segurança pode ser imposta:

I - durante a execução da pena ou durante o tempo em que a ela se furte o condenado;

II - enquanto não decorrido tempo equivalente ao da duração mínima da medida de segurança, a indivíduo que, embora absolvido, a lei presume perigoso;

III - nos outros casos expressos em lei. (BRASIL, 1940).

Essa versão, hoje revogada do Código Penal de 1940, atribuía periculosidade aos inimputáveis de forma presumida, independentemente de provas ou justificativa. Ter insanidade mental tornava a periculosidade presumida. A revogação dos artigos anteriores não alterou a consolidação doutrinária a respeito da presunção da periculosidade do inimputável. Esses conceitos, hoje doutrinários ou extralegais, se materializam nas sentenças. Assim, um magistrado escreve: “[...] em se tratando de inimputável, a periculosidade é presumida, conforme estabelece o artigo 97 do Código Penal.” (Dossiê 01, Sentença, 07/05/2007).

Encontramos em algumas sentenças estudadas a prática discursiva de presumir a periculosidade pela existência de diagnóstico que prova a inimputabilidade. A previsão da inimputabilidade como presunção de periculosidade remonta a antiga versão, hoje revogada, do Código Penal. Em que pese esta revogação legal, esse conceito permanece na prática discursiva dos arquivos estudados e na dogmática penal.

A prática discursiva dos magistrados acontece tanto pela peça que determina o cumprimento da medida de segurança, quanto pela peça que a extingue. A fim de entender

como e se a periculosidade se movimenta como fundamento para o fim das medidas de segurança, analisaremos estas peças adiante.

4.3 Periculosidade na prática discursiva das sentenças que extinguem as medidas de segurança

O juiz que decreta a medida de segurança em sua sentença não é o mesmo juiz que a extingue. Cabe ao magistrado que acompanha a execução penal decidir a respeito de sua extinção.

De forma muito sucinta, peças nomeadas em alguns casos como despacho ou decisão extinguem a medida de segurança. Embora nomear uma peça decisória que altera os rumos do controle como despacho talvez possa ser entendido como algo capaz de diminuir o caráter decisório do ato, aqui, nos importamos menos com tentar corrigir as peças e mais com entender os sentidos que fundamentam as decisões. Por isso, nomeamos as peças citadas conforme são nomeadas nos arquivos, sem intento corretor.

Os critérios para extinção das medidas de segurança aparecem como antítese dos critérios para aferição da periculosidade. A extinção das medidas são condicionadas a remissão de sintomas, “estabilização do quadro mental” dialogando mais com o modelo de cuidado do que o do controle. Também são justificadas por critérios legais, manifestando contradições quando movimenta o modelo do controle. Explicaremos, a seguir, os critérios que encontramos nos documentos analisados para extinção das medidas por meio das categorias (1) Análise de comportamento e remissão de sintomas e (2) Razões jurídicas.

4.3.1 Análise de comportamento e remissão de sintomas: expressão de vidas normalizadas

Assim como os sintomas de loucura aparecem como sinais de perigo, a remissão dos sintomas aparece como condição para extinção das medidas de segurança. A extinção da medida é condicionada à “melhora”, o que pode ser entendido como um movimento do modelo do cuidado. Mas ao mesmo tempo esse movimento pode ser percebido como neutralização e controle da força que desencadeia a loucura (FOUCAULT, 2006, p.11). Essa ideia de loucura está imbricada com a ideia de normalidade. Por isso, as medidas se

extinguem quando há a expressão de vidas normalizadas e submissão do louco à força normalizadora (FOUCAULT, 2006, p.11).

A “melhora” é medida pela remissão de sintomas, de alterações psiquiátricas e psicológicas. Na sentenças, um quadro mental é tido como estável quando não apresenta “sinais ou sintomas psicóticos” (Dossiê 03) ou “sem qualquer alteração psicológica ou psiquiátrica”(Dossiê 08).

Além da remissão de sintomas, a “melhora” da loucura é percebida na extinção da medida como “melhoras para voltar ao convívio social” (Dossiê 04); na relação com ser trabalhador (Dossiê 08) e que, ao fazê-lo, “cumpre suas obrigações de cidadão” (Dossiê 08). Tais fatos são descritos e entendidos como sinais de um comportamento normalizado.

Mencionamos um caso que, ainda que não haja adesão ao tratamento, o trabalho é citado como justificativa principal para extinção da medida. Contudo, tal uso do trabalho oculta a ideia de normalidade expressa pela condição de classe descrita.

Em razão da negativa em aderir ao projeto terapêutico e de participar afetivamente do seu tratamento, o programa de atenção integral do PAILI perde o objetivo. Por outro lado, o paciente demonstrou que durante todo o tempo de execução desta medida de segurança, sempre teve comportamento de homem comum, sem qualquer alteração psicológica ou psiquiátrica. Sendo empresário no ramo de calçados, cumpre suas obrigações de cidadão, não existindo fato que desabone sua conduta. Assim, ante o exposto, declaro extinto a presente medida de segurança”. (Dossiê 08, Decisão, 03/05/17).

Nesto caso citado, a condição de classe do paciente, descrito como “empresário no ramo de calçados”, associa-o à ideia de normalidade. Essa ideia de normalidade está aqui intrinsecamente vinculada a presença do trabalho e de vida com menor precarização. A “melhora” está associada aqui à normalidade.

O bom comportamento normalizado de “homem comum” (Dossiê 08) e a não existência de “fato que desabone sua conduta”(Dossiê 08) conduzem à extinção da medida, ainda que sem adesão ao tratamento. A não existência de fatos (Dossiê 03) ou de “prática de fato indicativo de periculosidade” (Dossiê 04) são considerados para a extinção da medida. O termo fato indicativo da periculosidade é previsto na lei penal e se estende a analisar muito mais que crimes, mas comportamentos, sintomas e condições para liberdade descumprida.

Foram encontrados como critérios para extinção das medidas de segurança sinais de “melhora” expressos no comportamento, pelo trabalho, pela condição de classe e pela

remissão de sintomas. O comportamento e o sintoma aparecem essencializando na “melhora” a ideia de normalidade.

4.3.2 Razões jurídicas

As decisões de extinção das medidas de segurança se espelham não apenas em remissão dos sintomas como parte da análise do comportamento normalizado, mas também em previsões legais. Com uma frequência pequena (Dossiês 03 e 04), a previsão legal do artigo 97⁷⁸, parágrafo 3º do CP/1940, aparece ao lado da remissão de sintomas psicóticos como justificativa para a extinção da medida.

O Código afirma que o que indicaria que a periculosidade persiste seria a existência de novo fato, não novo crime. Esse conceito legal alarga a possibilidade do controle, podendo qualquer fato ser considerado para continuidade da medida e não apenas a prática de crime. Nesse caso, descumprimento dos requisitos para liberação condicional, mau comportamento, má relação familiar, ou qualquer fato que discricionariamente o magistrado considere como desabonador, pode ser considerado para a continuidade da medida. Enquanto um comportamento normalizado indica melhora, a prática de fato indicativo de periculosidade possibilita o arbítrio e a extensão do controle aos “reincidentes”, o que permite sobre eles uma versão prolongada de tratamento e possibilita aos normalizados a extinção da medida.

Outra razão legal citada como justificativa para extinção das medidas é bem peculiar e aparece em dois dossiês (Dossiê 07 e 09). Uma nova condenação nesses casos não é lida como desdobramento do artigo 97, parágrafo 3º do CP/1940 ou capaz de manter a medida em continuidade. A superveniência de nova condenação, sem essa última considerar a insanidade mental na sentença, ao invés de manter a sentença em andamento, leva à sua extinção.

Nesse sentido, faço ao modelo vicariante que atualmente vigora em nosso ordenamento jurídico, necessária se faz a extinção da medida de segurança, uma vez que no processo em que o sentenciado foi condenado ao cumprimento de pena privativa de liberdade não foi sequer cogitada a sua inimputabilidade. (Dossiê 07, Decisão, 07/08/2017).

⁷⁸ “Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. § 3º - 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. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)!” (BRASIL, 1940).

Nesse mesmo sentido, extingue-se a medida do dossiê 09. Veja:

É certo que a legislação pátria não permite o duplo binário, vedando a execução de pena e medida de segurança, de forma simultânea ou sucessiva, revogada tal possibilidade com a reforma penal em 1984. A decisão condenatória resultou de processo onde sequer foi cogitada a inimputabilidade do réu. Reconhecida a culpabilidade de J no novo processo, com pena a ser cumprida, não a persistência da medida de segurança. A sentença condenatória reconheceu a inimputabilidade, sem qualquer exame de insanidade mental.

Neste contexto, acolho a manifestação ministerial, Declaro a extinção da medida de segurança imposta ao reeducando JCC, para posterior execução de pena privativa de liberdade. (Dossiê 09, Decisão, 07/06/2017. Recebido em 07/07/17 no PAILI).

A extinção é justificada na construção doutrinária do sistema vicariante. Nosso atual código penal não permite mais a concomitância de execução de penas e medidas de segurança. Levando isso em consideração, nessas duas decisões, os magistrados explicam que não houve questionamento quanto à "inimputabilidade do réu" no processo de nova condenação. Por conta disso, a sentença não sendo absolutória, impôs cumprimento de pena. Por não poder haver o cumprimento cumulativo de pena e medida de segurança, há a decisão por extinguir o cumprimento dessa última. A nova condenação permite a extinção da medida quando essa não reconhece a inimputabilidade.

Como dito anteriormente, o que movimenta a prática discursiva nas sentenças é o paradigma do controle e não do cuidado. Isso pode ser percebido neste uso de um critério legal para abandonar a manutenção da medida de segurança. O movimento discursivo dos magistrados aqui não parece se importar com o cuidado por meio de tratamento, mas com a permanência do controle pelo cumprimento de nova pena.

Ainda que não consista em regra, há casos de medida extinta por não adesão ao tratamento e sem prática de novo crime. Esses casos já foram destacados em estudos anteriores (CIRQUEIRA, 2011) e também foram identificados em nossa amostragem: os casos de desaparecimento e não inicialização do cumprimento da medida de segurança. Como o paciente estava desaparecido e não houve prática de novo crime, o que não demonstra a "persistência da periculosidade", foi extinta a medida de segurança. (Dossiê 06, Decisão, Extinção de Medida de Segurança, 02/05/2017).

No dossiê 02, o tempo de cumprimento da medida é levado em consideração para extingui-la, uma vez que não se pode estendê-la por tempo indeterminado. "Não descuro das particularidades que envolvem o feito e toda a complexidade da situação familiar do acusado"

(Dossiê 02). Apesar de a periculosidade ser entendida no arquivo com sentido de que são pessoas que não têm vínculos familiares e estão em posição de abandono, nesse dossiê, a situação familiar é citada, mas não é impeditivo da extinção da medida. A justificativa para a extinção da medida não é a melhora do comportamento ou a estrutura familiar. Inclusive, na mencionada sentença, o juiz destaca que não ignora a "complexidade da situação familiar do acusado" (Dossiê 02, Sentença). A fala parece se referir ao que não é esperado em relação à cobrança de controle familiar para extinguir o controle e a vigilância da medida de segurança. Por ser um caso único destacamos a decisão:

Razão assiste ao Promotor de Justiça, porquanto, analisando o presente feito, insta pontuar que se afigura incompatível com a ordem constitucional vigente impor a medida de segurança – que, apesar de não ser pena, implica restrição ao direito fundamental à liberdade do réu – por período indeterminado. Tal posição é adotada como forma de garantir o necessário freio à ingerência punitiva do Estado na vida do cidadão declarado “perigoso”, de modo que a medida de segurança não acabe sendo mais gravosa ao réu inimputável do que a própria pena aplicada ao inimputável – aliás, necessário constar que a Constituição Federal proíbe a imposição de penas de caráter perpétuo (art. 5º, XLVII, b).

Não descuro das particularidades que envolvem o feito e toda a complexidade da situação familiar do acusado. No entanto, não há como manter a medida imposta, sob pena de afronta a preceitos constitucionais vigentes em nosso ordenamento jurídico.

Desta forma, a extinção da medida de segurança do réu é medida impositiva (Dossiê 02, Sentença Extinção Medida, 23/02/2015).

O que é levado em conta é a proibição constitucional de penas com caráter perpétuo. Observando o itinerário, pelos fragmentos do arquivo, a liberdade não ocorreu em decorrência de longo período de cumprimento da medida. No referido dossiê, podemos perceber, pela data da sentença (novembro/2013), data do encaminhado ao PAILI (janeiro/2014) e a data da extinção da medida (23 de fevereiro/2015), que o cumprimento da medida de segurança não pode ter ultrapassado o período de 1 ano e 03 meses. Por esses fragmentos, não conseguimos saber o tempo que a pessoa esteve presa até a fase da execução da medida. Apenas sabemos que ela passou pela delegacia. Independentemente do tempo em prisão ou em medida, este é o único dossiê em nossa seleção que considera o tempo como limite. Esse fato é levado em consideração para extinguir a medida. Há a compreensão de que mesmo sem estrutura familiar que garanta o controle do louco, mesmo sem remissão de sintomas de loucura, há um limite constitucional para o controle nas medidas de segurança. Essa previsão constitucional é o que alicerça a decisão.

Nas decisões que extinguem as medidas de segurança, encontramos permanência do controle por meio da sua extinção em caso de nova condenação, para que haja cumprimento de nova pena. Por outro lado, a ausência de prática de novo crime também é considerada para extinção da medida, como prova de normalização do comportamento. A lógica de normalização parece ser fundamental para alicerçar os fundamentos que aqui chamamos de razões jurídicas e para alicerçar léxicos ligados à “melhora” como remissão de sintomas e controle de comportamentos como expressão de vidas normalizadas. Em continuidade à análise das práticas discursivas, na próxima seção analisaremos os enunciados discursivos, negociações institucionais e os léxicos que são movimentados nos documentos confeccionados pelo PAILI.

4.4 Periculosidade nas práticas discursivas dos relatórios do PAILI: modelo do cuidado e reinserção social

Embora este não fosse o objetivo de nossa pesquisa, ao analisar um dossiê mais antigo, percebemos que os relatórios do PAILI se modificaram ao longo dos anos. O dossiê mais antigo estudado data de 2008 (Dossiê 19). Seus relatórios tinham o formato de uma petição inicial assinada por uma advogada, que solicitava ao magistrado sua inclusão nos autos do processo de execução. Nesse dossiê mais antigo, o relatório de tratamento do usuário deixou de ser feito como petição inicial a partir de dezembro de 2008 e passou a ser redigido e assinado como relatório encaminhado por ofício pela própria equipe técnica do programa.

A equipe técnica é formada, atualmente, por profissionais da área da saúde de carreira concursados pela Secretaria de Saúde. Trata-se de uma equipe multiprofissional que conta com enfermeiras/os, psicólogas/os, uma psiquiatra e, segundo Haroldo Caetano acrescenta em sua tese, “[...]advogados e assistentes sociais, num total de nove profissionais” (SILVA, 2018, p.180). A equipe também já foi composta por terapeuta ocupacional que coordenou o programa.

Observando incidentalmente a mudança temporal entre um antigo dossiê e os recentes dossiês estudados, percebemos que há o abandono do enunciado assinado pela autoridade do direito em formato de petição judicial para um documento em formato de relatório, um documento de autoridade de profissionais da saúde. Com a observação dos arquivos, é seguro afirmar que, conforme foi se consolidando, os enunciados discursivos do

campo da saúde mental foram se solidificando e tomando a centralidade das práticas discursivas do PAILI, demonstrando não apenas a consolidação do programa, mas a mudança de estratégias discursivas em relação ao judiciário. O modelo dos relatórios transformou-se de formato de petição para relatórios técnicos, encaminhados por ofício pela superintendência do programa.

O relatório é dividido em duas partes. A primeira é a página de encaminhamento no formato de ofício, assinado pela Superintendente e Gestor de Saúde Mental e dirigido à juíza, informa a respeito do relatório. Geralmente, informa “[...] acerca da assistência prestada ao paciente judiciário submetido à Medida de Segurança” (Dossiê 19). Na segunda página, há o relatório técnico propriamente dito, embasado nas informações sobre o tratamento prestado pelas instituições do SUS. Em mais da metade dos dossiês (13 dossiês) observa-se como anexo ao relatório técnico, o registro encaminhado pelas instituições de saúde locais (Dossiês 01,02,03,04,10,11,12,14,16,17,18,19 e 20).

O programa é supervisionado hierarquicamente porque integra a Secretaria de Saúde. O primeiro a responder pelo programa é o Gabinete do Secretário de Saúde. Inicialmente, ele dirigia memorando à SPAIS, Superintendência de Política de Atenção Integral à Saúde, que os remetia ao PAILI (Dossiê 19). A comunicação entre Gabinete do Secretário e SPAIS ocorria em forma de memorandos que servia basicamente para entrega de ofícios dos magistrados. Por conta desse controle hierárquico, a Superintendente de Políticas de Atenção Integral à Saúde (SPAIS) responde aos memorandos prestando contas do andamento dado ao tratamento por meio de ofício do PAILI. O dossiê mais antigo registra o controle interno do órgão responsável pelo PAILI. Nos dossiês mais recentes, os documentos dos magistrados, sejam ofícios ou atos judiciais, são encaminhados diretamente ao programa, em nome de sua coordenação.

O cotidiano de trabalho da equipe técnica se movimenta por relatórios técnicos, mas há também relatórios mais extensos que explicam o “Procedimento do PAILI” ou que realizam a “Avaliação Psicossocial⁷⁹”, relatórios que detalharemos mais adiante. Os relatórios técnicos que movem o cotidiano de registros centram-se em descrever e articular o andamento

⁷⁹ Avaliação realizada pela equipe técnica do PAILI que será explicada adiante. Trata-se de um relatório um pouco mais completo do que os demais e nem sempre aparece. Muitos magistrados consideram as informações dos relatórios técnicos para extinguir as medidas. Nem sempre um relatório mais elaborado como este é solicitado pelo juiz. Quando não há iniciativa do magistrado, geralmente, o programa sugere que seja feita a avaliação psicossocial ou que seja encaminhado para exame da junta médica de periculosidade.

do tratamento, chamado de “Projeto Terapêutico Singular”. Ainda que com menos intensidade do que é realizado nas práticas do judiciário e no laudo médico, mas seguindo sua linha de continuidade, o relatório descreve remissão ou presença de sintomas, com menos protagonismo e intensidade e, em muitos casos, torna-se prestação de contas sem resposta do juiz. Os relatórios servem também para fundamentar decisões de extinção das medidas ou sugeri-las. Nem sempre os juízes solicitam a produção de laudo-médico do TJGO ou avaliação psicossocial, já que muitas vezes o relatório periódico é o suficiente para o juiz extinguir a medida.

Os relatórios do PAILI não costumam usar o léxico “periculosidade”; relatam o andamento do tratamento ao juiz. Por isso, a pergunta sobre como a periculosidade se faz ou se desfaz na prática discursiva do PAILI é complexa. Articular ou não periculosidade nestes relatórios se refere a entender outros léxicos que podem conversar ou não com periculosidade ou com seus referenciais. Apesar de a não articulação da periculosidade ser a regra dos relatórios, em uma minoria de casos, parece haver o movimento da periculosidade (Dossiê 19).

Num espaço onde vários controles tentam mobilizar a periculosidade no âmbito da loucura, a “agência criativa também apresenta limites” (CONNEL; PEARSE, 2015), já que precisa negociar com os juristas a liberdade e o tratamento. Nesse sentido, é uma ficção pensar que há uma ruptura completa com a episteme da loucura. Há insurgência de outros enunciados discursivos, há negociações e possibilidades. O que importa entender dessas práticas discursivas é quando elas flexionam ou não a periculosidade. Que impacto têm no andamento das medidas? Por isso, buscamos entender quais são os outros léxicos, em que medida conversam ou não com o conceito da periculosidade, em quais circunstâncias a periculosidade é flexionada e que impactos essa flexão tem na execução das medidas de segurança.

Para isso, a seguir apresentamos as relações estabelecidas pelo PAILI com as (1) redes de cuidados do SUS para o tratamento integral dos loucos infratores. Buscamos entender quais léxicos movimenta e de que modo seus enunciados discursivos proporcionam (2) apagamentos e negociações do conceito da periculosidade na relação institucional entre o PAILI e o judiciário. E, por fim, nos aprofundamos nos (3)léxicos movimentados pelos relatórios do PAILI, que podem se comunicar ou não com o conceito da periculosidade.

4.4.1 Cuidado integral e a rede de cuidados

Diferentemente da Junta Médica do Poder Judiciário, em que sua figura central é o psiquiatra, no PAILI há uma equipe multiprofissional. A equipe é composta por terapeuta ocupacional, enfermeiros, psicólogas/os e psiquiatra, profissionais que elaboram e assinam os relatórios. Cada membro, chamado de “técnico referente” (SILVA, 2018), acompanha um grupo de casos e é responsável por elaborar o relatório a ser encaminhado ao juiz. A diversidade de formações na área da saúde possibilita a valorização dos diferentes saberes da equipe, seguindo os princípios do SUS (BRASIL, 2007). Já havia sido observada em pesquisas anteriores essa aplicação das diretrizes do SUS no PAILI (CIRQUEIRA, 2011).

Nos dossiês analisados, a prática discursiva do PAILI parece ir no sentido da proposta do Ministério da Saúde que buscou descentralizar o atendimento em saúde da figura do médico, procurando “criar instrumentos para que a clínica e a gestão sejam” realizadas com o trabalho em equipe de múltiplos profissionais de saúde. O Ministério da Saúde nomeou essa proposta interdisciplinar de “Clínica Ampliada” (BRASIL, 2007).

Não apenas a questão do saber multiprofissional, mas muitos dos léxicos socializados nas práticas discursivas do PAILI fazem referência à humanização da atenção e da gestão do SUS. Conceitos utilizados nos relatórios do PAILI, como “Projeto Terapêutico Singular”, “reinserção social”, “adesão ao tratamento”, a noção de “usuário” e “atendimento integral” são oriundos da proposta de “Clínica Ampliada” do SUS.

As primeiras visitas que fizemos a uma unidade do CAPS no interior de Goiás, na cidade de Jataí, ocorreram antes de 2013, para entender as práticas de desinstitucionalização de saúde mental em Goiás, e depois desta data, para conhecer como se dá o tratamento dos sujeitos em medida de segurança. Nas duas ocasiões havia uma cena recorrente. Além do léxico “usuários”, que era usado em lugar de pacientes, e seu trânsito em liberdade, algo sempre nos chamou a atenção: não havia uma figura médica centralizando decisões naquele espaço. Semanalmente, os funcionários de diversas áreas do conhecimento, enfermeiras, psicólogas, assistente social, terapeuta ocupacional e psiquiatra (indispensável para a abertura burocrática de um CAPS) se reuniam e discutiam, em conjunto, o andamento do tratamento

de cada paciente. Naquele espaço, que era diferente de um ambulatório⁸⁰ convencional, muitas atividades, grupos de terapia⁸¹ e oportunidades de convivência se realizavam. Essas abordagens eram decididas em equipe. Mais tarde, viríamos a entender que essa não era uma prática localizada, mas uma política de humanização do atendimento pelo SUS.

O trabalho em equipe, por mais árduo que seja, de acordo com as pesquisas realizadas sobre atenção básica à saúde, possibilita o tratamento com diversidade de conhecimentos e saberes no atendimento (BRASIL, 2007). Mas o tratamento nos moldes do SUS, com princípios que buscam afirmar a autonomia do paciente e a humanização do tratamento, não promoveu apenas troca de léxico de “paciente” para “usuário”, ela significou, também, uma postura de maior participação e protagonismo no atendimento. A proposta não é mais o atendimento ser oferecido e o “paciente” passivamente recebê-lo. A humanização do tratamento se refere ao diálogo e à participação.

Uma prática muito comum nos serviços de saúde é justamente a redução dos usuários a um recorte diagnóstico ou burocrático (o diabético, o alcoolista ou, pior ainda, o leito número tal...). A proposta de clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Este desafio de lidar com os usuários enquanto Sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico é tanto mais importante quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior for a necessidade de participação e adesão do Sujeito no seu projeto terapêutico. Ou seja, exceto as situações de atenção à emergência e os momentos de procedimentos em que os sujeitos estão sedados, é cada vez mais vital para qualificar os serviços dialogar com os Sujeitos. (BRASIL, 2007, p. 3-4).

Esse atendimento dialógico não demanda apenas atendimento multidisciplinar da equipe, mas a interlocução com outras equipes e outros serviços do SUS. Esse é o grande desafio da política de humanização do atendimento que tem sido implementada no PAILI quando o programa consegue interlocução e encaminhamento (CIRQUEIRA, 2011; SILVA, 2010b) “a diversos serviços em diferentes níveis de atenção (atenção básica, hospital, especialidades)” (BRASIL, 2007, p.05).

⁸⁰O termo ambulatório está em constante disputa. Desde a reforma psiquiátrica é questionado por ser mero dispensador de medicamentos. É importante pontuarmos essa questão já que esse instrumento retornou como como instrumento da Rede de Atenção Psicossocial, na esteira da contrarreforma psiquiátrica, explicada no apêndice desse trabalho. Antes da contrarreforma, segundo a Portaria nº 3088/11, o ambulatório não integrava os dispositivos de cuidado da RAPS. A partir da contrarreforma, o governo não apenas passou a apoiar na nota técnica nº11/2019 (BRASIL, 2019), mas incentivou aumento de investimentos e abertura de novos ambulatórios. Entendemos, por meio do arquivo, que ambulatório é o atendimento nos moldes tradicionais que ocorre através de consulta ofertada pelo SUS para dispensação de medicamento, sem realização de oficinas terapêuticas no formato idealizado para os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

⁸¹Aqui falamos tanto de terapia com psicólogos, quanto de terapia ocupacional.

O termo “Projeto Terapêutico Singular” se refere a muito mais do que oferecer medicamento ou consulta, significa proporcionar um tratamento integral que considere a saúde de forma global e articule uma proposta de atenção que se adeque à realidade dos sujeitos. Traz consigo a noção de protagonismo dos “usuários” em seu tratamento. Esses conceitos foram fruto da democratização do acesso à saúde pública no Brasil por meio da criação do SUS. Mais do que teorizações, os conceitos são fruto de práticas e experiências bem sucedidas que intentam se espalhar.

Operando com o princípio da transversalidade, a Política Nacional de Humanização (PNH) lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a co-responsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2007, p.07).

O cuidado integral busca romper com a lógica médico-diagnóstico-paciente. Essa relação de poder acaba por fomentar a passividade do atendido e a visão do profissional para “expressões das doenças” e não para o “usuário”. Além disso, a “prática clínica centrada na doença” apresenta limites por desconsiderar a complexidade que envolve tanto o tratamento, quanto os sujeitos (BRASIL, 2007, p.09).

Por exemplo, se a pessoa com hipertensão é deprimida ou não, se está isolada, se está desempregada ou não, tudo isso interfere no desenvolvimento da doença. O diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição. Mas para que se realize uma clínica adequada é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo (BRASIL, 2007, p.09).

Considerando os referidos conceitos de atenção humanizada do SUS, o projeto terapêutico é singular na medida em que considera a particularidade do “caso a caso” e se esforça por contemplar um atendimento que tenha em vista a saúde de um modo geral, a realidade concreta e a história da pessoa. Sua construção ideal é buscar alterar a lógica de passividade do paciente no tratamento para um “usuário” protagonista dos serviços. Essa ideia é bastante diferente da autoridade historicamente depositada no saber médico. Nestes princípios, os profissionais de saúde aparecem como auxiliares para uma melhor qualidade de vida, não têm mais o objetivo de submissão do paciente às suas propostas (BRASIL, 2007, p.21), como a tradicional prática psiquiátrica (FOUCAULT, 2006).

No tratamento singular, a escuta de associações causais e histórias que possam provocar os sintomas e adoecimentos é imprescindível. Nos arquivos estudados, após a morte de sua mãe, um dos usuários retoma o vício em álcool. Entender o que motiva os processos pode auxiliar na forma de lidar com eventos disruptivos (BRASIL, 2007, p.22) e possibilita uma melhor intervenção do programa em melhores condições de vida.

Segundo os princípios do SUS, o PAILI articula uma “rede de cuidados”. O relatório técnico descreve o processo de articulação e encaminhamentos em que os técnicos do programa solicitam auxílio para tratamento com assistente social local (Dossiê 01), localizam pacientes por meio de interlocução com o Centro de Referência da Assistência Social-CRAS (Dossiê 06), solicitam transporte para a Secretaria Municipal de Saúde local para que os usuários tenham acesso a consultas e avaliações na capital (Dossiê 03), articulam visitas domiciliares junto à Estratégia da Saúde da Família (Dossiê 01), promovem tratamento multidisciplinar da Equipe de Saúde de Atenção Básica, fazem acompanhamento no Ambulatório Municipal (Dossiê 07), agendam tratamento nos CAPS (Dossiê 04) e comunidade terapêutica⁸² (Dossiê 18). Além disso, a rede de assistência também solicita “escolta policial” (Dossiê 03).

Para relatar essa supervisão ao juiz e prestar assistência e tratamento ao paciente, o PAILI articula e agenda consulta no ambulatório de psiquiatria de Goiânia e solicita transporte com acompanhamento de familiar por email para a Secretaria Municipal de Saúde local. Outros emails estão guardados no dossiê. A articulação do PAILI com assistente social é um deles, articulação que garantiu o acompanhamento à distância e informações para relatório técnico enviado ao magistrado (Dossiê 03).

⁸² As comunidades terapêuticas (CT's) são instituições religiosas que tornaram-se integradas ao Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) a partir da Resolução nº 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), subordinado ao Ministério da Justiça (BRASIL, 2018). Antes disso, a Portaria nº131/2012 do Ministério da Saúde já instituiu incentivo financeiro para as CT's (BRASIL, 2012b). Em continuidade a estes documentos, a Portaria nº1.482/2016 passou a incluir tais instituições no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2016). Além de integrar a Política sobre Drogas, essas comunidades religiosas passarão a integrar a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2019), participando de preocupantes mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, mudanças estas consideradas por diversas entidades, como ABRASCO, um retrocesso. As críticas às comunidades terapêuticas são diversas e alicerçadas por evidências empíricas. O relatório do Mecanismo Nacional de Combate à Tortura indica que nestas instituições há o retorno da centralização da lógica de internação manicomial, involuntária e violações de direitos humanos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2017). Recentemente surgiu pesquisa a respeito da generificação do tratamento pautado em valores religiosos, que demonstra violência contra população trans por meio do controle/determinação de vestimentas e comportamentos generificados (PEREIRA; PASSOS, 2017).

No Dossiê 03, o tratamento constituiu-se de consultas periódicas no ambulatório de psiquiatria de Goiânia⁸³ e acompanhamento pela Secretaria de Saúde local por meio da estratégia de saúde da família. Nem todos os casos ambulatoriais são realizados em CAPS, sendo o tratamento dependente da expansão da rede de saúde mental. Por conta de lacunas da rede de saúde mental, o PAILI adota possibilidades criativas com interlocução com as Secretarias de Saúde Locais, Assistentes Sociais, e Estratégica da Saúde da Família da saúde primária (Dossiê 03).

Além de visitas domiciliares para o tratamento, as visitas também têm finalidade de esclarecer “o objetivo do Programa” (Dossiês 08 e 15) ou até produzir acompanhamento “no ato de soltura” por ordem judicial (Dossiê 15). As visitas do PAILI também têm o intuito de acordar sobre o tratamento com a rede de cuidado local. São realizadas visitas à Secretaria Municipal de Saúde do interior para solicitar a monitoração do tratamento no intervalo entre uma consulta e outra (Dossiê 03). Quando não há CAPS local, é esse o trâmite para tratamento sem deslocar o paciente da família: acompanhamento pela Secretaria Municipal de Saúde local por meio do Programa de Saúde da Família.

Os relatórios descrevem a adesão ou não ao tratamento, um léxico também do SUS. Essa adesão se refere à assiduidade no uso de medicamentos e/ou frequência a consultas ou/e frequência a terapias. Sua colaboração aderindo ao tratamento é levada em consideração. O uso ou não de medicação e o comparecimento no atendimento são monitorados e relatados ao juiz.

A não acomodação no tratamento, às vezes, demanda uma adaptação para o caso, mudança no tratamento, escolha de terapia ou troca do medicamento (nos casos em que ele é considerado necessário), tudo seguindo o protocolo de humanização de atendimento do SUS. Por isso, a não adesão não significa de antemão resistência ao tratamento e um desabono no relatório. Há a busca por entender a motivação da não adesão por meio de contato com os usuários.

Considerando que a medida de segurança foi aplicada há 12 anos, que nos últimos anos não houve reincidência ou agravamento de seu quadro mental, que conta com apoio familiar e acesso ao tratamento onde agora se encontra domiciliado e que, também, desde que foi encaminhado ao Programa, sempre participou ativamente do seu tratamento, esta Equipe sugere, caso seja este, também, o entendimento do Juízo competente, a extinção da Medida de Segurança, ressaltando que seu acompanhamento será mantido em Bambuí, sob supervisão de seus familiares (Dossiê 13, Relatório do PAILI, Ofício nº906/17, 07/08/2017).

⁸³Ainda que hajam críticas sobre o uso de ambulatórios ao invés de CAPS, ainda assim, o tratamento se torna excepcionalmente melhor do ponto de vista do acesso à saúde.

Esse é o caso do Dossiê 13, que diante da falta de comparecimento paciente, o PAILI realizou visita domiciliar e descobriu a mudança de município do mesmo. Foi uma mudança motivada pelo falecimento do irmão, seu responsável. O paciente foi morar na residência de outro irmão. Por meio de interlocução do PAILI com o Centro de Referência da Assistência Social - CRAS -, de Minas Gerais, o paciente foi localizado na moradia do irmão e em tratamento junto ao CRAS daquele Estado. Devido ao comportamento, controle familiar e acesso ao tratamento, o PAILI sugeriu, então, a extinção da Medida de Segurança.

Há casos que perpassam o tratamento integral. Outros casos têm necessidade de tratamento neurológico (Dossiês 01 e 16); reversão de bolsa de colostomia (Dossiê 01) e cuidados geriátricos (Dossiê 12); além de cuidados diversos à saúde (Dossiê 10).

O Dossiê 01 exemplifica essa atenção que não precisa necessariamente se centrar no medicamento psiquiátrico. No ofício nº126/2015 (Dossiê 01, Relatório do PAILI, 07/05/2015) há o registro de um “usuário” não faz uso de drogas nem de medicamento controlado. Isso nos leva a entender que ele não está tendo acompanhamento psiquiátrico. Após um acidente de trânsito, esse usuário fez uma cirurgia de colostomia e, por meio de articulação do PAILI, a reversão foi marcada. Nesta articulação, a Secretaria de Saúde Municipal cuida das consultas e do deslocamento do paciente. Os registros não se centram em saúde mental, mas na necessidade de tratamento e alta do ortopedista.

Na literatura anterior a esta pesquisa já havia a sinalização de um cuidado integral nas práticas do PAILI. Em estudo de caso feito a partir de reunião com a equipe do programa, Martinho Braga traz alguns estudos de casos discutidos, dentre eles, o de um idoso que estava preso desde 1991 e transitava entre a prisão e a internação psiquiátrica. Este é um caso interessante para se pensar a articulação entre assistência social e assistência em saúde mental proporcionada pelo PAILI (SILVA, 2010b).

Essas são formas de dialetizar a necessidade de tratamento, considerando integralmente o sujeito e não apenas o diagnóstico. Os relatórios demonstram que o tratamento não precisa funcionar como medicalização para o controle. O tratamento não funciona apenas em torno do diagnóstico psiquiátrico. A não adesão não deve ser necessariamente entendida como mau comportamento. Isso remete à necessidade de se viabilizar um tratamento que melhor se adeque ao sujeito. E o melhor tratamento não é aquele idealizado pelo CAPS, mas o que se adapta às vontades e necessidades dos usuários.

Ainda que a reforma psiquiátrica idealize um avanço do tratamento da saúde mental por meio do CAPS, com psicoterapias em grupo, e faça críticas à lógica clínica tradicional, algumas vezes, os usuários não se adaptam a esse formato. Por isso, se as consultas médicas forem melhor aceitas (com a lógica ambulatorial), esse é entendido como tratamento singular para o caso (Dossiês 07 e 10). O tratamento não funciona com imposição compulsória, mas como avaliação caso a caso. E é nesse sentido que se utiliza nesses relatórios o conceito de “Projeto Terapêutico Singular”.

Além de promover o tratamento durante a execução, quando os usuários acompanhados pelo programa são presos por novo crime (em sua maioria semi-imputáveis), há a articulação com os profissionais de saúde dos presídios para continuidade do tratamento durante a prisão. Essa continuidade pode se dar tanto em oferta de medicamento, quanto por meio de assistência psicológica. Contudo, o tratamento é muito limitado. As consultas parecem ser mais um relatório do estado psiquiátrico do acusado para ser encaminhado como prestação de contas ao juiz, do que uma terapia nas condições do cerceamento de liberdade. O relatório é, então, encaminhado ao juiz da execução, que permanece vistoriando o tratamento e aguardando decisão do juiz do novo processo.

Enquanto a análise dos relatórios do PAILI revelam a instauração de um modelo de cuidado integral, por meio de diversas articulações do programa com instituições da saúde, em caso de novo crime, o andamento judicial envolve mais do que uma distribuição de competência. Isso porque a punição parece sobressair ao cuidado. Por um lado, o tratamento como rede de cuidados proporciona diversas tentativas de adaptação do tratamento para que funcione aos sujeitos individualmente. Muitas vezes, quando não há adesão ao uso de tratamento com psicoterapia no CAPS, mas medicalização e consultas psiquiátricas funcionam, é esse o prosseguimento que se dá ao tratamento (Dossiê 10). Em alguns casos, a medicação não é considerada necessária, apenas a terapia. Em outros casos, sequer a questão psiquiátrica é o que mais importa: essa é a construção do conceito de tratamento integral. A citada concepção busca atender o mais urgente, pensando dialeticamente no que é melhor para as condições de saúde dos sujeitos.

Fica claro que, em caso de novo crime, o modelo de controle parece nortear a prática judiciária e se sobrepõe ao modelo de cuidado. Essa mesma sobreposição já observamos na prática discursiva dos magistrados nas sentenças de extinção de medida de segurança, uma

extinção motivada pelo que chamamos de critérios legais: nova condenação pela prática de novo crime.

A fim de entender os impactos que essa rede de cuidados opera no andamento das medidas de segurança e no modelo de controle, nos aprofundaremos, a seguir, nos apagamentos da periculosidade e nas negociações institucionais realizadas entre o programa e o poder judiciário.

4.4.2 A periculosidade: apagamentos e negociações na intersecção entre PAILI e Judiciário

Os relatórios do programa seguem a lógica do cuidado, com todas as ambiguidades e fissuras que abordaremos mais adiante neste trabalho. Essa lógica proporciona negociações entre o judiciário e o PAILI sobre as escolhas a respeito do “projeto terapêutico singular”.

Há um tipo de relatório que é diferente dos que movem o cotidiano do arquivamento, ele é chamado de Avaliação Psicossocial, bastante peculiar e representativo desse movimento. A Avaliação Psicossocial é um relatório mais extenso que pode incluir resposta a quesitos elaborados pelo magistrado, Ministério Público ou defensor (como a Defensoria Pública ainda é incipiente em Goiás, a regra dos dossiês estudados foi a presença de advogado de defesa, não da Defensoria Pública). Essa Avaliação é uma inovação criada pelo programa, realizada pela equipe técnica do PAILI e busca substituir a lógica da periculosidade e do laudo de cessação de periculosidade no andamento das medidas de segurança.

Assim como nos demais relatórios, nessa avaliação encontramos uma flexão do uso da periculosidade, promovendo seu apagamento na maior parte das avaliações e em uma minoria dos casos seu reaparecimento. Importante nesta flexão é entender, mais do que a dualidade entre o paradigma do controle (cessação de periculosidade) e o paradigma do cuidado (avaliação psicossocial), aquilo que movimenta os sentidos da periculosidade nos relatórios e como se dá este movimento.

Segundo a lei penal, as medidas de segurança têm prazo indeterminado e seu limite é o laudo médico que afirme a respeito da cessação de periculosidade, depois de transcorrido o prazo mínimo legal de 01 a 03 anos (artigo 175 da Lei de Execução Penal⁸⁴ e artigo 97,

⁸⁴Art. 175. A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte:

parágrafo 1º do Código Penal⁸⁵). Esses laudos não foram encontrados em nossos dossiês. A ausência dos mesmos poderia ser explicada, primeiramente, pelo não envio ao PAILI do laudo de cessação de periculosidade. Por outro lado, observando os discursos arquivados, percebemos que, na maioria dos dossiês, há uma substituição do uso de um documento de cessação de periculosidade para um Relatório de Avaliação Psicossocial. Há, ainda, casos em que esse relatório mais completo é sequer solicitado e a extinção da medida é levada em conta apenas pelos relatórios cotidianos do tratamento. Tal fato demonstra que há certa consolidação da produção discursiva do PAILI.

Nos dossiês, o registro de “melhora do quadro de saúde mental”, “reinserção social”, “boa convivência com a família” e “adesão ao tratamento” dos indivíduos antecede o pedido de avaliação psicossocial ou a própria extinção da medida de segurança. Contudo, nem sempre antes de uma medida extinta há um pedido pelo juiz ou sugestão pelo PAILI de realização de Avaliação Psicossocial. Em alguns casos, existe o pedido, mas em muitos outros, apenas os ofícios do PAILI sobre o relatório técnico de tratamento são suficientes para o juiz entender ser necessário extinguir a medida.

A Avaliação Psicossocial não é apenas diferente no léxico do Laudo de Cessação de Periculosidade. A primeira diferença é o órgão que a realiza. O laudo médico pericial realizado pelo incidente de insanidade mental no decorrer do processo judicial é produzido pela perícia da Junta Médica do Poder Judiciário. Não é apenas sua escritura protagonizada por um médico que a distingue, mas a cena do exame no qual o psiquiatra descreve a vida, diagnóstica e não acompanha o tratamento. Não há contato prolongado com esse profissional. O laudo é o resultado de uma única consulta com o médico-perito. Como não analisamos

I - a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao Juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida;

II - o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico;

III - juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um;

IV - o Juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver;

V - o Juiz, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança;

VI - ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o Juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias” (BRASIL, 1984).

⁸⁵“Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.(Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.(Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)” (BRASIL, 1940).

Laudos de Cessação de Periculosidade, pouco podemos falar a respeito deles, com exceção de citar o sujeito que o produz.

O laudo produzido no incidente de insanidade mental que analisamos, realizado pela junta médica do Poder Judiciário do Tribunal de Justiça de Goiás, ocorreu na Capital Goiana. Ele se inicia com o registro da data de sua realização e contém os itens: identificação; data, hora, local e motivo do exame; denúncia; súmula do exame; versão do acusado; entrevista com familiar; exame psíquico; discussão; conclusão e, por fim, se houver, resposta aos quesitos. Descrevemos, a seguir, um dos laudos dos dossiês analisados.

A cena do exame envolve escolta policial e algemas. Durante o cumprimento da execução da pena, um segundo laudo médico conclui sobre presença de “perturbação na saúde mental”, definindo-a por um diagnóstico codificado. Tal diagnóstico fez com que a perícia do TJGO declarasse que “era à época da ação inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato, tendo reduzia a capacidade de determinação de acordo com esse entendimento” (Dossiê 19, Laudo Médico Pericial, 31/03/2008). O sujeito encontrava-se preso, portanto, sua liberdade foi vigiada durante o exame e, no final, retornou à cadeia até a conversão da pena⁸⁶ em medida de segurança (Dossiê 19).

No exame médico, o paciente é descrito como calmo e colaborativo às perguntas. Mas há o registro de informações contraditórias com as contadas na primeira perícia. O tópico

⁸⁶Houve a conversão da pena privativa de liberdade por medida de segurança. Foi condenado a pena privativa de liberdade de 08 anos de reclusão cumprida no regime inicial semiaberto por crime de homicídio praticado em 09/05/1989. Dez anos depois, foi condenado pela prática de outro homicídio, agora, com a qualificadora do motivo fútil. Unificou-se as penas para 19 anos de reclusão em regime integralmente fechado, levando-se em conta a hediondez do caso e a nova lei de crimes hediondos. Na primeira pena, o cumprimento seria no regime inicial fechado. Em março de 2005, psiquiatra afirma que o paciente possui transtorno de personalidade, mas que com tratamento com medicação e terapia está apto e capaz para o trabalho e para “gerir sua pessoa e seus bens”. Em outubro de 2005, a junta médica do TJGO concluiu no exame de insanidade mental que ele é “portador de perturbação da saúde mental, não apresentando, entretanto, desenvolvimento mental retardado ou incompleto, nem mesmo doença mental”. Por conta da perturbação da saúde mental do sentenciado, o Ministério Público se manifestou pela continuidade de cumprimento da pena já que não entende ser caso de configuração de insanidade mental. Ainda assim, por conta do laudo pericial da junta médica do TJGO, o juiz entendeu que é caso de progressão de regime prisional para o semiaberto, baseando-se em orientação do STF à época. As condições de cumprimento do regime semiaberto foram descumpridas, segundo o magistrado, e “considerando o fato de que obtive informações de terceiros de que o sentenciado estaria espalhando promessa de mal injusto contra a minha pessoa, aos 01/10/2007, determinei que o mesmo fosse submetido a novo exame pericial, a fim de avaliar a persistência da perturbação de sua saúde mental”. Em 31 de março de 2008 o juiz solicitou a realização de nova perícia e nela se constatou que o sentenciado “possui perturbação da saúde mental definida como Transtorno de Personalidade Antissocial (CID-10.F.60.2)”, o que provavelmente teria alterado sua capacidade de determinação a época do crime. Após este laudo, o Ministério Público concordou que a medida cabível deveria ser internação pelo ‘prazo mínimo de 01 a 03 anos’. O magistrado decidiu pela substituição da pena privativa de liberdade por medida de segurança com fundamento na Lei de Execução Penal (artigo 183) que o permite e 97 CP. (Dossiê 19, Sentença).

“Exame psíquico” é o registro de jargões médicos sobre consciência, orientação, atenção, pensamento, memória, volição, psicomotricidade e juízo crítico. Registram que ele tem “Pensamento de curso e formas normais, sem alteração no conteúdo (delírios). Humor estável, não polarizado” (Dossiê 19, Laudo Médico Pericial, 31/03/2008).

Registros que auxiliaram a definir o CID são marcados por descrições subjetivas, como ser “monotônico ao falar, mostra frieza emocional e distanciamento afetivo notórios. Omite fatos, tenta manipular em grande parte da perícia”(Dossiê 19, Laudo Médico Pericial, 31/03/2008).

A discussão do exame gira em torno de definir se houve intercorrências na vida do paciente que justifiquem a sua anormalidade. Para verificar isso, são coletadas informações de uma testemunha ocular (familiar) e perguntas são feitas ao paciente. Questões sobre forma de nascimento, instrução e alfabetização (“desenvolvimento mental”) permitiram a afirmação sobre a ausência de “desenvolvimento mental retardado nem incompleto” (Dossiê 19, Laudo Médico Pericial, 31/03/ 2008).

O médico registra a anormalidade em várias áreas da vida do entrevistado: “insucesso nos relacionamentos”; não continuidade dos “vínculos empregatícios”; passado com “disritmia cerebral”; “exames todos dentro dos padrões de normalidade”; ausência de doença mental (“ruptura drástica”); “informações contraditórias” no exame. O profissional registra ainda um comportamento violento por parte do sujeito e sua insubmissão às normas sociais. O tópico de discussão assim o resume:

O periciando fornece diversas informações contraditórias durante toda a perícia o que é confirmado na entrevista com familiar que o conhece de longa data. O comportamento do mesmo é caracterizado por episódios de violência com os outros, especialmente direcionados aos que não lhe oferecem maior resistência física, posturas manipuladoras e chantageadoras, desrespeito às normas morais convencionais e atitudes delinquentes. Isso confere ao mesmo uma perturbação da saúde mental por um padrão típico de Transtorno de Personalidade Antissocial de acordo com a moderna classificação da literatura médica exemplificado na Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão” (Dossiê 19, Laudo Médico Pericial, 31/03/ 2008).

A cena do testemunho familiar foi protagonizada por um policial militar que se disse cunhado do mesmo. Apesar disso, o arquivo não registrou se essa pessoa apresentou documentos que comprovassem o parentesco. Em tal testemunho, o provável familiar, que é policial, lembrou os crimes cometidos pelo parente e disse que, segundo a mãe do periciando, desde adolescente, ele já apresentava “comportamento violento e agressivo”. O

suposto parente policial afirmou que o periciando ameaçava os pais, é alcólatra e acrescentou também que ele “só fica preso” e, por isso, não tem amizades fora da prisão. Segundo a testemunha, o periciado se embriagava quando estava cumprindo prisão sob o regime semiaberto. A testemunha familiar descreveu a relação do periciado com sua família e ressaltou as brigas que ele tinha com a própria mãe. Por fim, o registro finaliza o depoimento do parente policial com uma afirmação negativa a respeito do periciando: “Sempre que ele quer alguma coisa e não consegue ele chantageia. Não dá pra confiar nele”.

O laudo médico apresenta a versão do acusado sobre o crime: ele afirma que a arma do crime foi canivete, não arma de fogo. Tenta reconstruir a história contando que foi agredido por amigos da vítima, que flertou com ele. Diferente de sua versão, a acusação afirma que houve uso de arma de fogo contra a vítima e o laudo se inicia com um trecho da denúncia sobre “os três disparos contra a vítima”.

O resumo do exame traz informações que buscam intercorrências sobre o nascimento, sua criação, sua saúde neurológica e mental e suas relações familiares. O exame é uma extensa anamnese sobre a vida do periciado. Assim registra:

Reporta bom relacionamento com os pais, negando conflitos relevantes. “*Eu era criado pelo ritmo dos antigos, no cabresto*”. Aos 23 anos de idade casou-se com Clarinda tendo 1 filho fruto dessa relação que durou 08 anos. “*Terminou porque ela era ciumenta e eu não dava certo com sogro e sogra*”.
Relata ter feito algumas consultas psiquiátricas [...] não sendo prescrito medicações. “*Quando eu trato com os médicos o povo só fala que eu tenho que tratar para sarar a dor de cabeça. Não estou tomando remédio. Meu comportamento não é dez, é mil, a juíza mesmo sabe. Eu fiquei pasmo quando juíza disse que eu ameacei ela, mas eu não fiz isso*”(Dossiê 19, Laudo Médico Pericial, 31/03/2008).

O questionário continua relatando a vida profissional do paciente, que aos 13 anos se iniciou como “lavrador em zona rural” por 04 anos e por mais 04 foi “granjeiro”. Ele trabalhou como pedreiro posteriormente. O registro afirma que ele não é dependente químico e nem de drogas ilícitas.

O exame conclui que o “periciando” possui “perturbação da saúde mental definida como Transtorno de Personalidade Antissocial (CID-10:F.60.2) e era, à época da ação, inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato, tendo reduzida a capacidade de determinação de acordo com esse entendimento” (Dossiê 19, Laudo Médico Pericial, 31 de março de 2008). O exame é quase todo uma descrição de detalhes da vida do periciado: comportamento, escolaridade, família. Ou seja, o perito-médico realiza uma anamnese da vida

do periciado e apenas no final do documento ele contará com o uso do saber daquele que é qualificado como um saber especializado para descrever a codificação do diagnóstico.

A laudo pericial é um gênero no qual o exame de cessação de periculosidade se inclui. A centralização do poder-médico não é o principal diferenciador do laudo, nem tampouco o é o jargão utilizado em sua escrita. Seu teor, que busca descrever a vida, o comportamento e a doença do indivíduo codificando-os em um diagnóstico, movimentando constantemente os sentidos da periculosidade no arquivo, como já abordamos anteriormente.

Por outro lado, a Avaliação Psicossocial sugerida pelo PAILI ou solicitada pelos juristas (magistrado ou Ministério Público), é realizada não pelo médico-perito da Junta Médica do Poder Judiciário, mas pelos próprios servidores do PAILI, que como técnicos que acompanham o tratamento, têm contato a longo prazo com o paciente. Não é apenas o protagonismo do tratamento dado por trabalhadores da saúde mental que diferencia a Avaliação Psicossocial do Laudo Médico, mas seu conteúdo. Essa avaliação, assim como o Laudo Médico, pode ser assinada por psiquiatra, já que o PAILI possui em seu quadro de profissionais uma psiquiatra, porém, aqui, não há a centralidade de sua figura. A avaliação também pode ter respostas a quesitos, como é o caso da solicitação do Ministério Público que descrevemos a seguir.

A manifestação que destacaremos é importante porque é uma das únicas práticas discursivas dos juristas que incorporam a Resolução nº113/2010 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e nº04/2010 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária(CNPPC). Ambas se referem à necessidade do cumprimento das medidas de segurança seguir as disposições da Lei nº10.216/2001. Tais disposições são sempre presentes nos relatórios introdutórios do PAILI a respeito do funcionamento do programa, seção em que o órgão, em sua primeira articulação com o juiz da execução no arquivo, explica o funcionamento PAILI e o andamento das medidas.

O Ministério Público se manifesta em um pedido único dentre os demais dossiês, no qual solicita a realização de Incidente de Avaliação Psicossocial e explica que a medida de segurança vem sendo cumprida por meio da supervisão do PAILI, citando o Convênio que institui o Programa e a Lei de Reforma Psiquiátrica. A promotora, ao sustentar que, como tratamento compulsório, a medida de segurança “deverá observar, necessariamente, o objetivo traçado no art. 4º, parágrafo 1º, daquela Lei, que assim dispõe: O tratamento visará, como

finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (Dossiê 05, Ministério Público, Incidente: Avaliação Psicossocial – Lei 10.216/2001, 18 de fevereiro de 2016).

Por isso, opondo-se à noção de periculosidade afirma que a função do relatório é “averiguar o nível de reinserção social do paciente em seu meio”(Dossiê 05, Ministério Público, Incidente: Avaliação Psicossocial – Lei 10.216/2001, 18 de fevereiro de 2016). E por essa razão em sua peça dispensa a presença do médico-perito do Tribunal.

De tal sorte, dispensada perícia da Junta Médica do Tribunal de Justiça, impõe-se agora, no sentido de verificar o êxito da execução da medida, verificar se aquele objetivo, acima descrito, está sendo alcançado. Trata-se, portanto, de análise psicossocial e não mais puramente psiquiátrica, como nos antigos moldes definidos no Código Penal e na Lei de Execução Penal, e que pode se materializar por relatório da própria equipe técnica do PAILI, providência que, aliás, ainda desonerará a assoberbada Junta Médica do Tribunal de Justiça da elaboração de laudos agora não mais exigíveis para a condução do processo executivo da medida de segurança.

Fundamentado, então, nas disposições da Lei nº 10.216/2001, na Resolução nº 113/2010, do Conselho Nacional de Justiça, bem como na Resolução nº4, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, requer o Ministério Público seja solicitado, junto ao PAILI, relatório pormenorizado do atual estágio da execução da medida de segurança [...] (Dossiê 05, Ministério Público, Incidente: Avaliação Psicossocial – Lei 10.216/2001, 18/02/2016).

A promotora elenca quesitos para serem respondidos na Avaliação Psicossocial, com muitas diferenças do laudo médico tradicional, contudo, permanecendo com algumas semelhanças. Algumas questões correspondem ao esquadrinhamento de quem é o sujeito e se ele possui controle familiar ou família responsável por ele e, por isso, possuem mesmo sentido, a normalização do comportamento anormal e controle dos sintomas de loucura.

Mas, por outro lado, o Ministério Público incorpora em sua prática discursiva os saberes inaugurados pelo PAILI, demonstrando um mútuo aprendizado a respeito dos princípios da reforma psiquiátrica e do SUS. Há, no documento, o movimento de sentidos de cuidado e atenção integral, perguntas sobre o tempo de acompanhamento do tratamento pelo programa, sobre os serviços disponibilizados, se houve adesão ao tratamento, questões sobre moradia com familiares, cônjuge, filhos, uso de medicamentos, trabalho e sobre o recebimento de benefício assistencial ou previdenciário.

Os três últimos quesitos elencados pela promotora são interessantes de serem destacados. Ela pergunta sobre “falha no tratamento” e sobre a possibilidade do tratamento continuar sem supervisão do PAILI. Embora o ofício e despacho final do juiz fale em

cessação de periculosidade, o PAILI fala em apoiar ou não suspensão condicional da medida de segurança.

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 de Goiânia está em condições de continuar o acompanhamento do paciente independente da supervisão do PAILI?

j) Há outras informações que sejam relevantes para a análise da situação psicossocial do paciente?" (Dossiê 05, Ministério Público, Incidente: Avaliação Psicossocial – Lei 10.216/2001, 18/02/2016).

O relatório psicossocial tem intenção de “subsidiar possível suspensão condicional da medida de segurança imposta ao paciente em questão” (Dossiê 05). O relatório se estrutura como respostas a quesitos.

Embora nesse caso particular tenha havido aprendizado a respeito dos enunciados discursivos do cuidado centrar a medida de segurança, há construções discursivas do judiciário que ignoram tal enunciado, o que exemplificaremos com o caso a seguir (Dossiê 10). O sujeito do dossiê cumpria medida de segurança em liberdade, com acompanhamento do CAPS local, mas oferecia resistência ao tratamento, pouca frequência e continuidade de uso de bebidas alcoólicas/maconha.

Por conta de tais posturas, alicerçado pelo laudo médico pericial, o juiz determina internação de 01 ano nos moldes do Código Penal. O relatório do PAILI responde a essa ordem de internação, realizando uma consulta e encaminhando ao juiz o parecer da psiquiatra que integra a equipe técnica do programa. O relatório assinado pela psiquiatra integrante do programa contraria a determinação de internação do laudo pericial e sugere considerar integralmente a saúde do paciente, não apenas a saúde mental, atentando para as necessidades médicas de urgência no caso. A postura do judiciário no caso representa uma total ignorância a respeito do cuidado integral para o tratamento. Aqui registramos um trecho do relatório:

1. [...] esteve no PAILI, hoje, acompanhado de sua mãe, sua irmã e sua sobrinha. Nesta oportunidade foi-nos relatado que o paciente ainda tem feito uso de bebida alcoólica e maconha, embora em pequena quantidade em função de seu estado físico. De acordo com as mesmas, [...] têm estado inquieto, confuso principalmente à noite, conversando muito e insone, mesmo com o uso de [...]. Já o paciente nega estar consumindo tais substâncias, afirma estar calmo, mas confirma que não tem conseguido dormir.

2. Ao exame físico o paciente apresenta-se com icterícia conjuntival moderada, aumento de volume abdominal, provavelmente por ascite (presença de líquido na cavidade abdominal) ou hepatomegalia (aumento do tamanho do fígado), intenso edema em ambos os membros inferiores, com hiperemia e exsudação líquida pela pele, presença de duas bolhas grandes no pé direito, provável sinal de erisipela (infecção na pele). Ao exame psíquico apresenta-se calmo, com discurso coerente,

sem insight sobre sua situação de saúde. A partir desta avaliação pode-se estabelecer alguns **possíveis diagnósticos para o paciente: Insuficiência Hepática, Erisipela e Dependência de Álcool e Drogas, hipóteses estas que deverão ser confirmadas através de exames laboratoriais e de imagem.**

3. Diante das condições observadas, **contra-indico a internação em hospital psiquiátrico.** Primeiramente porque no momento não há sintoma agudo que justifique sua internação. A medicação que ele necessita pode ser administrada em casa. E a principal razão pela qual não entendo ser adequada sua internação é o fato de o paciente estar necessitando de cuidados de outras especialidades médicas. Seu estado físico é muito mais grave que seu estado mental. Ele necessita de médico hepatologista, cirurgião vascular, hematologista, infectologista, enfermagem com prática nessas áreas, exames laboratoriais e de imagem específicos, serviços estes que não estarão a disposição do mesmo dentro dos hospitais psiquiátricos.

4. A partir dessa avaliação, prescrevi outras medicações ao paciente, mais adequadas ao seu quadro: [...], com objetivo de mantê-lo em repouso, este necessário devido ao seu estado físico. Indiquei que a família procurasse os especialistas citados acima, sugerindo inclusive que eles avaliassem a uma possível internação em hospital de clínicas. (Dossiê 10, Ofício nº 900/16, Relatório do PAILI, 23/09/2016) (grifo nosso).

Quatro meses depois, o juiz revogou sua decisão de determinar internação (Dossiê 10, Despacho, 26/01/2017). Em seu despacho, além de solicitar relatório sobre local de tratamento do “sentenciado”, o magistrado solicita ser informado se o “[...] reeducando possui alguma previsão de alta para ingressar na internação compulsória anteriormente decretada por este juízo.” Apesar de haver uma postura discursiva de manutenção da lógica da periculosidade e de desconsideração da prática de cuidado do PAILI por parte do magistrado, essa prática discursiva não produz o mesmo movimento que antes produzia. O tratamento seguiu em liberdade.

Outro caso de determinação de vaga de internação, sem fundamentação em crise psiquiátrica é o dossiê 19. O ofício de encaminhamento do juiz da execução tem as marcas de carimbo que anunciam a pressa da resposta: “URGENTE RÉU PRESO” (Dossiê 19). O arquivo marca a data do recebido em vermelho: 23/07/2008. O magistrado da execução se dirige ao Secretário da Secretaria de Saúde de Goiás e solicita vaga de internação para o sujeito preso. Após a medida de segurança ser determinada, ele continuou preso enquanto a magistrada tentava encontrar vaga para sua longa internação. Ela, então, escreveu ao programa a fim de “[...]requisitar a Vossa Excelência informações a respeito da existência de vaga em instituição médica especializada para a internação do acusado [...] para cumprimento de medida de segurança de internação, no prazo mínimo de 01(um) ano, a fim de instruir os autos[...]”(Dossiê 19, Juíza ao PAILI, Ofício nº2775/08, 22/05/2008).

Nesse caso, o programa responde com o ofício que tem por assunto “Procedimento do PAILI”⁸⁷ e tem por função responder a solicitação da juíza por vaga para internação (Dossiê 19, PAILI à Juíza, Ofício nº134/08, 31/07/2008). Além de informar o seu funcionamento com base na Lei nº10.216/2001 e sua autonomia por meio do convênio que o instaura, solicita cópia de peças processuais. Ao final deixam contato telefônico para esclarecimento.

Contudo, a magistrada seguiu insistindo em sua decisão, reiterando seus ofícios e ameaçando pelo crime de desobediência (Dossiê 19, Juíza ao PAILI, Ofício nº3537/08, 10/09/2008). Depois de alguns ofícios em que o programa explica seu procedimento, a internação ocorre, não por 01 ano como determinado, mas até a determinação de alta médica. O procedimento para realizar internação foi assim descrito nesse caso em particular por meio de um documento em formato de petição inicial que assinala a urgência do pedido. O programa requer autorização da juíza para encaminhamento do paciente à clínica de internação e

⁸⁷ Eis aqui um trecho importante do referido documento/procedimento. “O Governo do Estado de Goiás, através de sua Secretaria de Saúde, implantou o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI, instituído pela portaria 058/06 – GAB/SES, destinado a proceder avaliação e acompanhamento jurídico e psicossocial das pessoas submetidas à medida de segurança no Estado. Suas ações buscam garantir o direito constitucional que todos têm à saúde, agindo em conformidade com a Lei Federal nº 10.216/01 (Lei Antimanicomial) – que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Nesse sentido, vale ressaltar que, consoante o emérito jurista Haroldo Caetano da Silva, em seu livro *Execução Penal: com as inovações da Lei nº 10.792, de 1º de dezembro de 2003* – Porto Alegre: Magister, 2006: “Esse novo modelo assistencial em saúde mental alcança a hipótese de internação determinada pela Justiça, caso em que é chamada de internação compulsória pela Lei nº 10.216/2001 (art.6 parágrafo único, III). **Logo, ao submeter o agente inimputável ou semi-imputável à medida de segurança, deve o juiz dar preferência ao tratamento ambulatorial, somente determinando a internação “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”** (art.4º, *caput*). **Impõe-se agora a interpretação da regra do art.97 do CP conjuntamente com o art. 4º, *caput*, da Lei nº10.216/01, de forma que, mesmo que o fato seja punível com reclusão, deve o juiz preferir a medida de segurança não-detentiva, utilizando a internação apenas nos casos em que esta severa medida se mostrar comprovadamente necessária.** (grifo nosso). Entretanto, não havendo recursos extra-hospitalares suficientes e uma vez determinada pelo juiz a internação, esta deve obedecer aos estritos limites definidos pela Lei Antimanicomial, sendo obrigatoriamente precedida de “laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos”(art.6º, *caput*), **vedada a internação, mesmo quando imposta como medida de segurança, sem a recomendação médica de sua real necessidade”**.

Ademais, segundo o Convênio de Cooperação Técnica e Operacional firmado entre as Secretarias Estaduais de Saúde e Justiça, Tribunal de Justiça de Goiás, Ministério Público do Estado de Goiás e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, **o Programa é responsável pela execução da medida de segurança no Estado e TEM AUTONOMIA PARA INDICAR LOCAL ADEQUADO PARA O TRATAMENTO DESSES PACIENTES JUDICIÁRIOS** (doc.Anexo).

Vale registrar que conforme o referido convênio (cláusula segunda, item 2.8) **A DESINTERNAÇÃO DO PACIENTE ACONTECERÁ MEDIANTE LAUDO MÉDICO E O PAILI DILIGENCIARÁ A SUA REINserÇÃO FAMILIAR, COM POSTERIOR COMUNICAÇÃO AO JUÍZO DA EXECUÇÃO PENAL**” (Dossiê 19, PAILI à Juíza, Ofício nº134/08, 31/07/2008).

SOLICITA escolta policial para fazer a aludida transferência. A internação está marcada para o **dia 23 de outubro de 2008, às 09:30h, no Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc [...], Goiânia/GO**, onde **INICIALMENTE** pegaremos a guia de internação. Após, de posse do referido documento, [...] será encaminhado, ainda com escolta, para a internação na Clínica [...] localizada na[...]. Requer, ainda, o acompanhamento de um familiar do sentenciado nesse processo de internação (Dossiê 19, Relatório do PAILI à Juíza, 21/10/2008) (grifo do texto original).

Ainda que parcialmente o modelo de controle pareça ter favorecido a internação, sua limitação temporal de 60 dias na internação pelo SUS altera o movimento histórico de abandono manicomial (BRITO, 2016). Na internação pelo SUS, a aplicação da Lei nº10.216/2001 limita não apenas o tempo, mas favorece o modelo de cuidado. A aparente ambiguidade revela fissuras na antiga estrutura de internação manicomial-prisional.

Um outro caso de pessoa gozando de medida de segurança presa o qual encontramos em nossa amostragem é o dossiê 20. Nele, a vigilância por meio da família aparece como um requisito “extralegal” para a liberdade do sujeito. Ainda que a decisão que determinava a medida de segurança tenha sido cassada pelo Tribunal, requisitos não previstos para a liberdade de um sentenciado comum são impostos: controle familiar e sua responsabilização pelo tratamento. O tratamento e controle familiar são o que condiciona a sua liberdade.

No caso do dossiê 20, por um curto período de tempo houve o cumprimento de medida de segurança preso. Em decorrência de recurso do Ministério Público, a decisão que determina a medida de segurança foi cassada por acórdão do Tribunal de Justiça de Goiás, o que fez cessar a ilegalidade da medida de segurança na prisão. O PAILI nada podia fazer além de aguardar decisão judicial que concedia liberdade e encaminhava o sujeito ao programa (Dossiê 20). Esse caso compõe um dos grupos dos “presos” que aqui explicamos: um dossiê que já passou pelo programa e ainda que a medida de segurança seja cassada, é caso de continuidade de tratamento em saúde mental na prisão. A liberdade decorreu, ao final, da introdução no regime semiaberto com uso de tornozeleira eletrônica.

O programa articula a rede de cuidados para o cuidado em liberdade, por meio do pedido de concessão de alvará de soltura. Para além desses casos, nas instituições da RAPS, por priorizarem o cuidado em meio aberto, o programa se mostra desencarcerador. Esse desencarceramento se dá, não apenas pelas práticas de negociação da liberdade, mas pelo seu próprio procedimento de internação. O espaço de tratamento ser o do SUS força a prática judiciária seguir a Lei nº10.216/2001, tornando o uso de internação como excepcional ou por curto tempo (60 dias). Sobre estes procedimentos falaremos a seguir.

4.4.2.1 Necessidade de laudo médico para emissão de Guia de autorização de Internação Hospitalar (AIH)

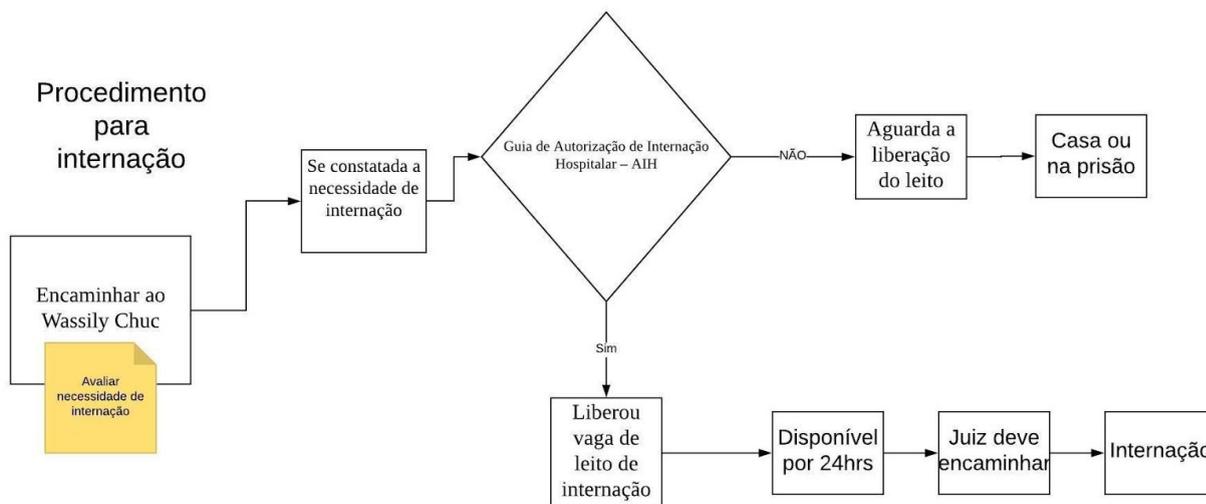


Figura: Fluxo para internação pelo PAILI

A sede do PAILI não é uma estrutura hospitalar, ela tem função administrativa, sendo responsável por agendar o tratamento, arquivar os documentos e abrigar os funcionários da sua equipe técnica. Sua sede funciona em uma casa alugada próxima ao lago das rosas na capital goiana e abriga os 09 funcionários do administrativo, incluindo o motorista e a segurança, que providenciam os encaminhamentos administrativos para os tratamentos, agendamento de consultas, relatórios técnicos e laudos chamados de avaliação psicossocial. O PAILI realiza visita domiciliar e “busca ativa”⁸⁸ e, atende alguns pacientes.

Sua fachada contém a sigla PAILI. Por conta do preconceito social ou da vizinhança, ou a fim de não estigmatizar seus visitantes, não há em qualquer lugar próximo à sigla a sua escrita por extenso. No entanto, o há no local registro da superintendência do qual o órgão faz parte: “Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde”. Seu rodapé sinaliza os órgãos a quem responde, ou seja, seus “gerentes”: SUS, Secretaria do Estado da Saúde e Governo de Goiás.

A internação, assim como o cuidado em liberdade, ocorre por meio do financiamento público. Nas clínicas particulares conveniadas, assim como nas comunidades terapêuticas conveniadas, há possibilidade de internação no leito do SUS. Como não há a presença do

⁸⁸“Busca ativa” é uma das formas de tentar contactar os pacientes por meio de visita a seu domicílio ou ao local em que estiverem abrigados.

manicômio judiciário em Goiás, a internação é encaminhada para clínicas psiquiátricas conveniadas da Rede de Atenção Psicossocial ou para comunidades terapêuticas.

O comunicado sobre internação tem duas vias: tanto do juiz determinando-a quanto do PAILI avisando de sua aplicação. No primeiro caso, para haver internação em leitos do SUS, o PAILI informa sobre o procedimento: o hospital psiquiátrico da capital goiana, Wassily Chuck, é a porta de entrada das internações. Como a internação psiquiátrica pelo SUS é regida nos moldes da Lei nº.10.216/2001, é necessário justificá-la por meio de emissão de guia de internação, além de ser preciso haver disponibilidade de vagas. É fundamental a articulação com a Secretaria de Saúde local ou com o Sistema Prisional para encaminhamento, com escolta policial ou não, a depender do caso, para avaliação médica na capital.

O ofício informa o surgimento de vaga para a internação e é explicativo: detalha o procedimento necessário para sua realização, segundo o protocolo do SUS. O uso deste protocolo tem reflexos estratégicos. A validação da Lei nº.10.216/2001 pelo protocolo do SUS cria obstáculos ao modo de funcionamento de internação previsto pela legislação penal e ainda reivindicado por alguns juízes. E deste modo, nas negociações para a implementação desta exigência, o PAILI produz sua política de desencarceramento em sentido amplo.

Além do uso da internação para crises psiquiátricas segundo o protocolo do SUS, a internação também pode ser determinada pelo juiz da execução penal. Contudo, ainda que a sentença determine internação como medida de segurança detentiva (em analogia ao regime da pena privativa de liberdade), como a doutrina penal constrói, essa determinação não basta por dois motivos: no primeiro, o juiz que sentencia não guia os rumos da execução; no segundo, ainda que o juiz da execução determine a internação, o fato de essa ser feita por meio de leitos em clínicas conveniadas ao SUS obriga o cumprimento da Lei nº.10.216/2001 e a emissão de guia de internação. Em razão disso, mesmo que a sentença determine internação ou o juiz da execução o faça, nem sempre essa ordem será cumprida. Se não houver fundamentação em mudança de comportamento ou laudo médico que a justifique, a internação pode se tornar arena de embate de poderes ou de negociação para o tratamento. É o que ocorre no Dossiê 19, caso de negativa de internação pelo programa que narraremos a seguir.

Dois crimes dolosos contra a vida marcam o passado da periculosidade na sentença. Essa é a justificativa para a internação sem laudo médico que a justifique como terapêutica:

um passado distante de crimes contra a vida (Dossiê 19). A reincidência essencializa o incorrigível no sujeito. O raciocínio do poder que julga é simples: se no passado a pessoa foi reincidente em crime contra a vida, se no presente apresenta ameaças⁸⁹ ao poder que o julga, só cabe a periculosidade para descrever o seu futuro perigoso. Há uma essencialização do crime cometido na loucura. O diagnóstico que é a materialização da loucura incurável e persistente justifica a periculosidade e a internação (Dossiê 19).

O PAILI reage: a internação após a reforma psiquiátrica precisa de fundamentação médica, medida em última instância. Há um protocolo a ser seguido para se internar alguém no Sistema Único de Saúde. A internação no SUS segue as regras da Lei nº10.216/2001, às quais as internações por medida de segurança também estão submetidas.

O judiciário responde que a sentença já fundamentou a necessidade de internação. A periculosidade, produzida pela existência de crime e da loucura, é usada como justificativa de internação. Ela significa tanto a persistência de doença mental, quanto a reincidência em crime doloso contra a vida. A ordem é cumpra-se. Em caso de descumprimento de ordem judicial a ameaça é crime de desobediência (Dossiê 19). O seu desdobramento foi relatado no tópico anterior.

Essa é a cena da disputa. A autonomia do PAILI⁹⁰ para decidir o tratamento necessário em cada caso, com prioridade de ser tratamento em liberdade, a ameaça da

⁸⁹Na sentença, o juiz usa como sinal de loucura a ameaça que o sentenciado fez a seu respeito. Não há provas da ameaça, apenas a palavra do magistrado registrando que se ventilou a ameaça que chegou até ele.

⁹⁰Ainda que haja incidente de insanidade mental e seja determinada a inimputabilidade ou semi-imputabilidade, o PAILI funciona como um auxiliar na execução penal. Em seu convênio de fundação, as instituições que o assinam afirmam a autonomia do programa para decidir sobre o tratamento das pessoas em medida de segurança. Pesquisas anteriores descritas na revisão sistemática de literatura falam a respeito dessa autonomia como total (SILVA, 2010a) e como limitada (CIRQUEIRA, 2011; FARIA, 2017). Nesse aspecto, há um questionamento inicial sobre a perda de autonomia judicial para decidir sobre o andamento da medida de segurança. O poder executivo e judiciário se subordinam às previsões legais a respeito do andamento das medidas de segurança e ao asseguramento das garantias individuais. Sobre o atendimento em saúde mental, a Lei nº10.216/2001 determina, como já dito nesse trabalho, a excepcionalidade da internação às pessoas com sofrimento psíquico. O atendimento em saúde mental pelo SUS é regulado por tais leis. Portanto, entendemos que não se trata de “quem decide” ou de perda de autonomia do juiz para decidir, mas de o procedimento a respeito do tratamento seguir tal mudança legislativa e não a legislação penal entendida como parcialmente derogada (SILVA, 2018; FARIA, 2017).

Seja autonomia ou competência, quem processualmente emite a carta da liberdade é o magistrado. Ainda que o PAILI tenha essa autonomia ou competência para decidir a melhor forma de tratamento, o programa depende da deliberação judicial (alvará de soltura) para dar início ao tratamento. Sem a deliberação judicial determinando a liberdade e encaminhando o caso para tratamento no PAILI, a atuação desse órgão é inerte, já que não tem competência para emitir decisão que concede liberdade ao sujeito preso. Portanto, o programa depende da decisão de encaminhamento judicial para dar início ao tratamento, seja em internação ou liberdade.

Essa autoridade da deliberação judicial pode causar distorções no cumprimento de medidas de segurança. A primeira é que a prisão permanece até deliberação judicial, mesmo em fase da execução.

magistrada de condená-los por crime de desobediência. Esse ano é o de 2008. Dois anos de surgimento do programa.

O PAILI, programa que integra a Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde (SPAIS), troca memorandos com o Gabinete do Secretário de Saúde explicando a negativa de internação. A SPAIS é controlada hierarquicamente pelo Secretário de Saúde e, à época do surgimento do programa, os documentos que formariam os dossiês arquivados no programa eram encaminhados ao Gabinete do Secretário. Por isso, no arquivo mais antigo, há uma série de documentos diferentes dos demais. Há uma coleção de memorandos entre SPAIS e Gabinete do Secretário de Saúde: na época, o Secretário encaminhava os casos e o PAILI, em nome da SPAIS, prestava contas sobre os encaminhamentos feitos a seu superior hierárquico dentro da administração pública.

Existem poucos casos, como o citado, de resistência por parte dos magistrados à negativa de internação pelo PAILI. A maioria dos dossiês são compilados de ofícios do PAILI, com a função de encaminhar relatórios informando sobre o tratamento e não discutindo com o judiciário a respeito desse. Por isso, a maioria dos dossiês tem pouco registro discursivo dos juízes, além da sentença e do ofício que encaminha o caso ao programa. Nos casos em que o PAILI percebe a necessidade de internação, o órgão mesmo encaminha a pessoa para internação pede auxílio à Secretaria de Saúde Local ou à escolta policial local. É uma articulação de apoio estrutural.

Quando ocorre, a internação é comunicada pelo PAILI ao juiz por meio de ofício. Tanto a internação quanto a desinternação são informadas ao juiz e em poucos casos o este se pronuncia a respeito. Na maioria das situações, o encaminhamento e a extinção da medida são alguns dos poucos atos dos juízes no arquivo. Quando o juiz emite a decisão que concede liberdade ao usuário isso também ocorre por ofício ao PAILI. O programa reporta ao judiciário o relatório do tratamento e as internações realizadas. Em casos assim o juiz não costuma responder aos ofícios.

Por outro lado, quando os magistrados movimentam o arquivo, a maioria dos atos dos juízes nos dossiês ocorre quando há negativa de internação, quando eles entendem ser esta a forma de tratamento cabível, ainda que sem indicação médica (Dossiê 19, 03, 07 e 08). Em muitos desses casos o juiz volta atrás em sua decisão e o tratamento segue com autonomia de gestão do PAILI. No caso tratado anteriormente, de ameaça de prisão por crime de desobediência à coordenação do programa ou ao coordenador de saúde mental, esses atos que

não passaram de ameaças (Dossiê 19). Observamos que, com encaminhamentos de saúde e melhora do “quadro de saúde mental”, o juiz volta a se silenciar e a ser um “recebedor” de ofícios.

Nos dossiês estudados, há um caso único de um magistrado que determinou internação e cumprimento da medida com o sujeito preso. O programa informava que para início do tratamento o alvará de soltura e o contato familiar eram necessários. Justificando não ter tido providência de início do tratamento, o juiz encaminhou o caso à corregedoria (Dossiê 03). E após a internação ser providenciada, o alvará de soltura foi expedido e foi cessada a ameaça.

Na relação institucional entre judiciário e PAILI, a periculosidade, às vezes, não se manifesta e, com isso, os relatos burocráticos a respeito do tratamento (local e providências a serem tomadas⁹¹), adesão e relação familiar tornam-se o centro das práticas discursivas. Em outros momentos, nas interações em que os juízes resistem à prática do PAILI e insistem na necessidade de internação por razões outras que não a crise psiquiátrica, ela é flexionada. Nesses casos a periculosidade se manifesta como justificativa do programa para internação, como perigo da liberdade, como necessidade de prisão provisória e excepcional (Dossiê 19). A periculosidade se vê mais flexionada nos casos de resistência às técnicas de normalização (BRITO, 2016).

4.4.2.1.1 Negociação da liberdade nas dinâmicas institucionais do PAILI

Os sujeitos costumam se encontrar presos até o início do tratamento no PAILI. Dos 20 dossiês analisados, 11 tiveram liberdade decretada para iniciar o tratamento. O dossiê 08

⁹¹Algumas vezes, o paciente é do interior e, na carência de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ele faz tratamento no Ambulatório da Capital. Estes casos são de consultas quinzenais, mensais ou até bimestrais. Essa frequência parece depender do quadro de saúde, sendo mais espaçada em caso de estabilidade do quadro de saúde mental e mais frequente, em caso de instabilidades ou surtos. Nos casos de não haver RAPS para acompanhamento local, outras modalidades de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) são articuladas, e nestes casos há um acompanhamento com visitas domésticas tanto da Estratégia de Saúde da Família, por meio da Secretaria de Saúde local, quanto dos próprios integrantes do PAILI. Essa parece ser uma prática rotineira do programa, realizar visitas por seus técnicos para acompanhar o estado de saúde e desenvolvimento dos tratamentos nas outras cidades. Portanto, o programa não se restringe com atuação apenas na Capital. Nos casos dos pacientes do interior precisarem de viajar até a Capital para consultas ou internação, a Secretaria de Saúde local é contatada para oferecer este encaminhamento. Esta faz parte de uma articulação inédita que o programa consegue realizar. Por outro lado, em caso de pacientes presos que necessitam de internação ou de avaliação, é a polícia quem costuma ser solicitada para encaminhar os pacientes até a avaliação ou internação.

registra prisão em flagrante, contudo, não é possível saber se a medida de segurança foi o que lhe concedeu liberdade na execução ou se ele já estava livre. O réu do dossiê 09 registra prisão pela prática de novo crime, o que gerou a extinção da medida; não é possível saber por esse dossiê se ele esteve preso durante o processo de conhecimento e se a medida de segurança lhe concedeu liberdade. Em relação aos dossiês 02, 11, 12, 13, 14 e 18, não sabemos pelo arquivado se as pessoas estiveram presas e o período que estiveram presas (exceto no dossiê 14, segundo o qual a prisão preventiva foi decretada no curso do processo de conhecimento). No dossiê 10, a liberdade foi concedida após realização do exame de insanidade mental.

O programa encontra-se no entrucamento entre Ministério Público e Defensoria e Judiciário. Nesse espaço consegue articular a liberdade dos sujeitos presos por meio dos ofícios e relatórios trocados. Nos casos de usuários presos, o programa costuma enviar, em seu relatório, solicitação de “expedição do respectivo alvará de soltura, para que o sentenciado deixe o sistema prisional e seja encaminhado para a residência de seus familiares. A partir daí, então, será dado início ao projeto terapêutico singular devido” (Dossiê 14).

A negociação de liberdade não se dá apenas por meio de relatório, mas por meio de seu acompanhamento ou até por visitas ao magistrado a fim de acordar sobre o funcionamento do programa. No dossiê 19, assim se registra a visita ao magistrado: “em visita a V. Excia. Dia [...], que externou sua concordância com os trâmites do Programa.” (Dossiê 19, Relatório do PAILI, Ofício nº236/09, 21/05/2009). Na negociação da liberdade, alguns juízes condicionam o alvará de soltura à presença de um membro do programa, como pode ser visto na decisão seguinte:

Expeça-se o Alvará de Soltura em nome da sentenciada [...], ressaltando-se que a sentenciada apenas poderá ser posta em liberdade mediante acompanhamento de membro do PAILI.

Comunique-se ao PAILI para que acompanhe a sentenciada no ato de sua soltura, oferecendo-lhe ainda a melhor terapêutica que o caso indicar (Dossiê 15, Decisão, 04/12/2015).

Em situações assim, a equipe técnica não apenas acompanha, mas também esclarece a “necessidade de fazer acompanhamento médico e psicológico” (Dossiê 15, Relatório do PAILI, Ofício nº030/16, 12/01/2016). O principal papel da equipe é explicar o funcionamento do programa e como se dão os encaminhamentos.

Com base nesses casos, e em relação ao cenário nacional das medidas de segurança, as práticas do PAILI, tanto por relatórios, visitas ou acompanhamento, proporcionam uma negociação da liberdade e se tornam uma importante medida desencarceradora. O estudo desse fundo de arquivo nos permitiu captar, pelo registrado nos relatórios, a relação institucional entre o judiciário e o PAILI.

Para além da importância das fissuras e resistências estabelecidas entre PAILI e judiciário, o objetivo central do nosso trabalho era captar entre os enunciados discursivos do programa, além dos léxicos que movimentam ou flexionam a periculosidade. Retornaremos, a seguir, à busca por esses léxicos na análise dos relatórios produzidos pelo programa.

4.4.3 A periculosidade: ambiguidades e (re)atualizações na produção dos relatórios do PAILI

Os relatórios elaborados pelo PAILI, como já abordado, informam ao juiz a articulação feita e os encaminhamentos do “projeto terapêutico singular”. Sobre o andamento do tratamento, os documentos do órgão descrevem a adesão ou não ao tratamento, sendo descrito o uso regular da medicação, frequência nas consultas e psicoterapias. A colaboração do paciente é levada em consideração no registro.

Os relatórios são periódicos, por isso, um único dossiê pode apresentar uma série de relatórios. Entretanto, alguns dossiês apresentaram questões que vão além da assiduidade ou não ao tratamento. Observamos um início de descrição do comportamento dos pacientes ao afirmar a existência ou ausência de um “quadro mental estável”. Estar estável engloba uma série de léxicos: desde apresentar adesão ao tratamento, ter sinais de bom comportamento, como não apresentar agressividade, até a remissão dos sintomas de doença mental. Nesse mesmo raciocínio, a piora também é descrita: o uso irregular da medicação, uso de drogas, recaídas, a alteração do comportamento, a agressividade, presença de delírios, comportamento agressivos, são sinais de “agravamento do quadro mental”. Um destaque é o registro em um dossiê de “frieza de caráter” (Dossiê 19) e “desvio de caráter”(Dossiê 20).

Para compreender tais ambiguidades, reduzimos os dados coletados a unidades menores, como já explicitado na introdução, para fazer juz à metodologia proposta pela Análise do Conteúdo. A partir do agrupamento de unidades reduzidas, construímos as categorias, etapa considerada a mais difícil, tanto pela imbricação entre as unidades, quanto

pelo maior volume de atos do PAILI em relação aos documentos do médico-perito e do judiciário.

Embora algumas unidades, como sintomas, tenham aparecido nos outros enunciados discursivos, aqui há outro significante, tanto como sinais de melhora, quanto como sinais de agravamento do quadro mental. Diferentemente de como aparece no laudo e na sentença, nos quais os sintomas aparecem como sinal de periculosidade e de doença mental, aqui aparecem como sinais de melhora ou de piora do quadro de saúde mental, o que se tornou uma categoria construída. Tanto a melhora quanto a piora se relacionam com outra unidade, comportamento, e essa imbricação entre as unidades levou ao seu agrupamento. Então, são considerados para relatar piora ou melhora do estado mental, a presença ou ausência de sintomas, a presença ou ausência de bom comportamento. O comportamento aparece num sentido disciplinar e a questão chave não é generalizar esse aparecimento, mas entender quais situações o propiciam.

Mais do que sintomas e comportamento, o suporte familiar é considerado importante para o cuidado e o controle do paciente com transtorno mental. Por outro lado, a presença ou ausência de suporte familiar integra a concepção ampla de reinserção social. A reinserção social aparece como ligada a vários fatores, como a presença ou ausência de trabalho ou intuito de trabalhar como prova de reinserção social.

A última categoria que encontramos como aquela na qual as unidades movimentam os sentidos da periculosidade é o novo crime. A prática ou não de novos crimes, ou seja, a “recidiva criminal”, aparece como um fator descrito nos relatórios (ainda que com menos frequência).

Os relatórios cotidianos do PAILI, encaminhados aos magistrados da execução penal, embora não se refiram, em regra, ao léxico da periculosidade, movimentam ambiguidades e sentidos importantes de serem analisados. Embora o cenário pareça ser diferente do proposto por Foucault (2010), observarmos traços do controle quando analisamos o dobramento médico-penal, que se refere à sucessão médico-penal na cena de controle da loucura, sem confrontos e discordâncias, dentro dos sentidos enunciados a respeito do cuidado e do “estar bem”⁹². A partir das categorias que construímos e reunindo unidades a respeito da (1) “adesão ao tratamento”, “quadro mental estável” e “agravamento no quadro mental”; (2) “suporte familiar, reinserção social e trabalho”, e (3) “novo crime”, buscaremos explorar as ambiguidades e fissuras a respeito de novos sentidos sobre periculosidade.

⁹² Termo nativo dos arquivos.

4.4.3.1 Periculosidade suavizada na estabilização do quadro mental e flexionada no seu agravamento

Nessa seção do trabalho, iremos analisar o movimento da periculosidade nos relatórios do PAILI, percebido por meio de outros léxicos condensados no conceito nativo de “estar bem”, elemento por meio do qual irão se desdobrar nossas outras categorizações. Uma grande variedade de léxicos se relacionam com esse conceito nos documentos e sobre eles falaremos a seguir. Ele movimenta, de forma ambígua, tanto práticas de controle como de cuidado.

A definição de “estar bem” (Dossiê 03), na prática discursiva dos relatórios, se relaciona com a adesão ao tratamento. A “adesão ao tratamento” ou “projeto terapêutico”⁹³ (Dossiês 01,02,04,19), para ser adjetivada como “boa” (Dossiê 02,04), engloba o “uso correto da medicação prescrita”(Dossiês 02,03,04,11,13,14,17), o comparecimento no atendimento prescrito ou CAPS (Dossiês 02,10,11,14,19), ou a consultas (Dossiês 11,17,18), a “participação das atividades propostas” (Dossiê 02) e se relaciona com o modelo do cuidado.

“Estar bem” também se desdobra por meio das unidades “quadro mental estável” (Dossiês 03,14,), “sem alteração no quadro mental” (Dossiê 04,18), que engloba descrição tanto de sintomas quanto de comportamentos. Nem sempre há o protagonismo de descrição de comportamentos. No caso do dossiê mais antigo estudado, com data de ingresso em 2008 no programa, apenas a partir de 2010 o comportamento passou a ser registrado e da seguinte forma: “Não há, até o presente momento, relato de intercorrências acerca de seu comportamento” (Dossiê 19).

Nos demais dossiês, o comportamento é esquadrihado de forma ambígua, carregando consigo uma noção disciplinar da ideia de “normalidade”. Esse comportamento normalizado é descrito como “adequado” (Dossiê 01) quando não se registra o uso de “substâncias psicoativas”, saídas no “período noturno”, havendo a manutenção do “controle dos impulsos”, sem “episódios de nervosismo com os familiares” (Dossiê 01). O convívio social (Dossiê 01) é detalhado como instância normalizadora à medida em que a adequação do comportamento se refere à “interação social” (Dossiê 10).

⁹³ Termo nativo do dossiê 02.

O comportamento sem “alterações” (Dossiês 03,04,05,12,15,18) ou “adequado” (Dossiês 10,12) não é apenas o abstinentemente (Dossiê 05, 07,15), mas o que apresenta sinais de contenção, descrito pela permanência em casa “a maior parte da semana” (Dossiê 15). A adequação do comportamento também se imbrica com a presença de “sintomas psiquiátricos estáveis” (Dossiê 14), o qual se refere à ausência ou à presença de sintomas (Dossiê 03,07, 11,12,14,19) que podem ser descritos como “psicóticos” (Dossiê 03,04,05,10,14) e “delirantes” (Dossiê 07,12). A calma/tranquilidade (Dossiês 01,05,07,11,19) e a agressividade (Dossiê 01,03,12) também descrevem a “realidade psíquica” e a “evolução clínica”(Dossiê 19), remetendo a uma maior proximidade com o modelo do cuidado⁹⁴.

Seguindo esse raciocínio, o “quadro mental estável se refere à remissão de sintomas como “agressividade”(Dossiê 03); “sintomas psicóticos” (Dossiê 14); “higiene adequada”, assim como se refere ao comportamento que pode se apresentar como “calmo” (Dossiê 05), não fazer uso de drogas (Dossiê 07) e ter os “impulsos controlados” (Dossiê 01). O quadro mental estável se refere tanto a sintomas quanto a comportamentos. Não apresentar sinal de doença mental ou de perturbação mental (Dossiê 07) representa melhora e traz à tona a concepção de que sintomas psiquiátricos estáveis afastam o perigo causado pela loucura.

Como antítese do quadro anterior, o “agravamento no quadro mental” se refere ao uso incorreto de medicações (Dossiê 10), retorno de sintomas e ao comportamento “alterado”. A alteração do comportamento como “estar hostil” (Dossiê 15) demonstra a aparição de sintomas de loucura como “agressividade, delírios persecutórios e convivência social inadequada” (Dossiê 12); inquietude, confusão, insônia (Dossiê 10 e 11); “insônia, nervosismo, alucinações auditivas”(Dossiê 12); “humor instável”(Dossiê 05); “[...]quadro de confusão mental, inquietude e heteroagressividade do paciente” (Dossiê 11). Atingindo o seu limite, esses podem ser sintomas de “surto psicótico”(Dossiê 18). A atitude de retorno ao uso de etílicos/entorpecentes/drogas (Dossiês 10 e 19), ou o uso irregular da medicação, são também descritores de uma alteração de comportamento que pode levar ao retorno de sintomas. Não apenas o comportamento é registrado, mas a “convivência social inadequada” (Dossiê 12) é considerada para avaliar o quadro mental. O comportamento e os sintomas se misturam como em um ciclo, em um argumento aparentemente tautológico.

⁹⁴ Aproximação com o modelo do cuidado se destaca no relatório quando ele se centra em registrar o quadro de saúde que, como dito antes, não se restringe ao quadro de saúde mental, partindo da concepção de integralidade no tratamento e Projeto Terapêutico Singular.

Em todos esses casos há uma relação forte entre comportamento e sintomas, exceto no dossiê 11, no qual o comportamento, embora seja descrito como calmo, é explicado como inadequado sexualmente.

Contudo, não podemos simplificar a unidade sintomas apenas como modelo do controle. Embora tenha aparecido nos outros enunciados discursivos como normalização, esse enunciado aparece aqui como descrição da “realidade psíquica” (Dossiê 19) em unidades como melhora ou piora do “quadro mental”. A preocupação com a saúde mental é justificada não pelo controle, mas pelo modelo do cuidado.

Os relatórios, além de descreverem a remissão de sinais ou sintomas psicóticos, negociam a liberdade e o tratamento com os valores que a justiça considera para o controle da loucura. Tais valores ficam aparentes quando há descrição de não adequação às técnicas de normalização, o que não é a regra dos casos estudados. Há momentos em que os relatórios começam a apresentar questões que vão além da assiduidade ou não ao tratamento, se estendendo à personalidade do sujeito, descrita como com “frieza de caráter” (Dossiê 19).

Nesse relatório do Dossiê 19 há uma maior flexão da periculosidade, não apenas na adjetivação da personalidade como fria, mas é o primeiro relatório do programa que cita a categoria diagnóstica codificada (CID). Há, no dossiê, o pedido de cerceamento temporário diante da “severidade do quadro patológico” (Dossiê 19). Assim, os técnicos do programa escrevem ao magistrado: “Conforme diagnóstico da Junta Médica do Poder Judiciário, trata-se de Transtorno de Personalidade Antissocial, o que dificulta a manutenção da adesão do mesmo ao seu tratamento, que vinha sendo realizado, temporariamente, com sucesso no Caps desse Município”. (Dossiê 19, Relatório do PAILI, Ofício nº016/11 - PAILI/GSM/SPAIS/SES, 12/01/2012).

O dossiê 19 é o quadro limite no qual o comportamento aparece num campo bastante disciplinar, flexionando a periculosidade e a ideia de normalidade. A questão é: quando aparece? Quando a periculosidade é flexionada? Nos casos de loucos insensíveis às técnicas de normalização (BRITO, 2016), o comportamento aparece num campo disciplinar. Em muitos outros momentos, esse conceito desaparece.

Como dito acima, são considerados para relatar o “estar bem”: a piora ou melhora do estado mental, a presença ou ausência de sintomas, a presença ou ausência de bom comportamento. Observando a ambiguidade entre cuidado e controle, o suporte familiar é considerado importante para o cuidado e o controle do paciente com transtorno mental. Por

isso, a presença ou ausência de suporte familiar e reinserção social, a presença ou ausência de trabalho ou intuito de trabalhar serão estudados a seguir como categorias que podem expressar ou não o movimento da periculosidade. Há ambiguidade no uso destes termos. O trabalho e a família são flexionados na prática do PAILI com dimensões de vulnerabilidade e em decorrência disso movimentam redes de cuidado em busca de inclusão do usuário.

4.4.3.2 Suporte familiar e reinserção social

Como as sentenças e atos do magistrado associam a liberdade à responsabilidade de um familiar, os relatórios do PAILI precisam prestar conta a respeito disso. A relação da família nos registros é ambígua. Ter um “bom convívio social” e familiar é entendido como parte de um comportamento adequado. O relatório, assim, expõe que “segundo a Equipe de Saúde o paciente mantém controle dos impulsos, não apresenta episódios de nervosismo com os familiares e mantém comportamento adequado” (Dossiê 01, Relatório do PAILI, Ofício nº896/16, 28/09/2016). Reiteradamente, esse convívio social e familiar é registrado como parte do “estar bem”.

Em outro aspecto, a família testemunha sobre o comportamento dos sujeitos. Segundo a mãe, “não apresentando comportamento agressivo ou destrutivo” (Dossiê 01, Relatório do PAILI, Ofício nº085/17, 30/01/2017). Aqui, a família complementa o controle por meio da vigilância (BRITO, 2016).

Os sintomas de anormalidade são testemunhados tanto pela família quanto pelos relatórios da rede de atendimento, que relatam acerca da convivência e do comportamento do sujeito. Ela integra a possibilidade de inserção social do paciente, mas ao mesmo tempo, é responsável pelo controle da loucura. A família testemunha os sintomas e acompanha o tratamento, agindo como um instrumento ambíguo, do controle social e da inserção social.

Essa supervisão familiar ou acolhimento como critério para liberdade já foi encontrado como achado em pesquisa semelhante a nossa. Erica Quinaglia encontra como requisitos de desinternação nos arquivos que analisa a “existência de parente que os acolha” (SILVA; BRANDI, 2014, p.3948). Da mesma forma, na pesquisa de Diniz e Brito (2016), a família aparece como integrada ao modelo de controle, sendo incorporada na avaliação médico-psiquiátrica. Elas concluem que a “[...] família é um elemento fundamental para o

governo da segurança que organiza os loucos infratores em espaços de confinamento destinados a sujeitos perigosos.” (DINIZ; BRITO, 2016, p.124).

Em Foucault, na gênese do espaço asilar como poder disciplinar, compreende-se que a família tinha um papel adoecedor e o tratamento se dava mediante o isolamento. Nesse sistema psiquiátrico, “[...] a família não desempenha absolutamente nenhum papel.”(FOUCAULT, 2006, p.133). O espaço asilar, então, reproduzia condições alheias à estrutura familiar. Essa concepção é alterada quando se é reconhecido um valor “terapêutico” em “elementos quase familiares” (FOUCAULT, 2006, p.135). Há uma alteração nessa relação e a família volta a integrar o controle do poder psiquiátrico.

Nas medidas de segurança, a família desempenha também o papel do controle e de vigilância: perpetua o panóptico mesmo fora das grades. No dossiê 19, há a descrição de “o tratamento com o apoio da família e da justiça reforça ainda mais o controle da doença mental” (Dossiê 19, PAILI para Juíza, Ofício nº236/09, 21/05/2009). Considerando o contexto da escrita desse discurso, percebemos que é possível que o conceito de família como controle seja apenas uma forma de negociar a continuidade da liberdade do sujeito, negociação que perpassa o lidar com os valores do controle penal. Assim, diz o relatório:

Em resposta ao ofício nº935/09 de 28/04/09, informamos que as ações tomadas pelos técnicos do PAILI fazem parte de um procedimento adotado, repassado a V.Excia por meio dos ofícios 134/08 de 31/07/2008, 219/08 de 24/09/2008 e relatórios de 21/10/08, 23/10/08, 20/11/08, 02/12/08, de 09/12/08 e Of.276/08 de 09/12/08, convênio assinado pelo Tribunal de Justiça, Ministério Público, Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, e em visita a V. Excia. dia 14/10/2008, que externou sua concordância com os trâmites do Programa. Somente em 08/12/08, quando o usuário já se encontrava em sua residência, em tratamento ambulatorial, é que foi recebido ofício dessa Comarca, nº4441/08, com informações que sugerem o desconhecimento da situação do sentenciado [...] até então repassada e acordada verbalmente na reunião.

Em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, Goiás não possui Manicômio Judiciário, sendo adotado o tratamento na rede substitutiva - CAPS, onde o sentenciado [...] vem sendo acompanhado e comunicado a V. Excia bimestralmente conforme acordo com essa vara (ofício 290/08 de 16/12/08) e (ofício 146/09 de 30/03/09).

Todo procedimento adotado vem sendo aceito e os resultados satisfatórios, considerando que o tratamento com o apoio da família e da justiça reforça ainda mais o controle da doença mental.

Tal conduta foi adotada somente após a visita citada e a concordância de V. Excia, uma vez que as clínicas Psiquiátricas conveniadas com o SUS se negam a internações prolongadas, de acordo com a Lei 10.216/2001.

(Dossiê 19, PAILI para Juíza, Ofício nº236/09, 21/05/2009)

Segundo esse sentido, a família permite o olhar permanente do controle: a vigilância em liberdade (FOUCAULT, 2006, p.133). Mas o uso de tal sentido pode vir sendo usado de forma estratégica: negociar a liberdade com o controle penal. Por isso, a família assina recomendações de conduta⁹⁵, se responsabilizando pelo tratamento.

A família não integra apenas o papel do controle, há uma multiplicidade de sentidos dos movimentos da mesma nos relatórios. A família acompanha o tratamento e pode influenciar nas escolhas sobre ele. O dossiê 01, por exemplo, registra que a família não permite o tratamento e, nesse caso, assumiu responsabilidade da recusa (Dossiê 01, Relatório do PAILI, Ofício nº542/14, 14 de maio de 2014).

Além desta dubiedade entre acolhimento e controle familiar, nos nossos achados encontramos a retomada de princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. No dossiê 04, o paciente fazia tratamento ambulatorial na prisão. Após alvará de soltura, o programa informa ao juízo que a “Família nuclear” vai acompanhar o tratamento na unidade do CAPS presente no local onde residem. O tratamento no CAPS é o mais aconselhado para permitir a integração do tratamento no meio comunitário e próximo aos vínculos familiares e sociais. A prática da reforma considera que o tratamento deve ocorrer sem destituir vínculos sociais e familiares para não causar dependência institucional, argumento que embasa esse discurso. “Por esta razão, a Equipe do PAILI sugere que [...] retome o tratamento iniciado no CAPS [...] em [...] dado à importância da família no cuidado e acompanhamento do paciente com transtorno mental” (Dossiê 04, Relatório do PAILI, Ofício nº667/14, 13/06/2014).

O PAILI enxerga os mesmos temas levantados pelo saber médico e jurídico, entre os quais família e acolhimento, mas faz isso por outra ótica. Sua abordagem parte do campo da saúde mental (CIRQUEIRA, 2011). Por reconhecer que os usuários tiveram trajetórias com vulnerabilidade social, a articulação de uma rede de cuidados possibilita, sob as premissas do SUS, a reinserção social.

O sentido de reinserção social, para o Ministério da Saúde, relaciona-se com os sentidos do cuidado, não restrito à atenção clínica, mas à possibilidade de garantir acesso à

⁹⁵ Recomendação de conduta ao paciente entregue aos cuidados da família. O paciente: 1- Deverá submeter-se ao tratamento ambulatorial, comprometendo-se a fazer uso correto da medicação prescrita pelo médico. Se preciso, solicitar orientação da equipe do Programa para que não falte medicamento. 2- Deverá manter a equipe do PAILI informada sobre o andamento de seu tratamento e de suas demais atividades; 3- Deverá manter o programa sempre informado sobre o seu endereço residencial; 4- Não ingerir bebidas alcoólicas; 5- Não frequentar bares e/ou lugares de má reputação; 6- Evitar se relacionar com pessoas de má conduta e que possam levá-lo a praticar atos ilícitos.

cidadania a sujeitos marginalizados. Reinserção social não se relaciona com um processo individual, mas com “contextos institucionais e comunitários” (SANCHES; VECCHIA, 2018, p. 01), de “possibilidade de convívio do portador com seus familiares, pares, amigos e demais membros da sociedade, através da circulação e ocupação dos espaços sociais” (PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013, p. 06).

Na contramão das instituições com características asilares, as práticas críticas e em ambiente aberto e comunitário produzem sentidos diferentes como objetivos do cuidado. O tratamento e a saúde não são vistos apenas do ponto de vista clínico ou medicamentoso, mas sob um viés social e comunitário. As rupturas críticas proporcionadas pela Reforma Psiquiátrica trouxeram para o âmbito do cuidado a restauração de estruturas fragilizadas pelo isolamento manicomial.

Um dos principais objetivos do dispositivo de saúde mental CAPS se refere à reinserção social dos usuários. Isso significa que um dia houve exclusão social e faz-se necessário devolver o usuário ao seio social, através do convívio com seus familiares, pares, amigos e demais membros da sociedade, por meio da circulação e ocupação dos espaços sociais. Para tanto, esse serviço lança mão de várias estratégias para aproximar o usuário da sociedade e também das famílias (PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013, p. 24).

O objetivo da atenção à saúde mental, em rede comunitária como o CAPS, é a busca por garantir “acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.” (BRASIL, 2005a, p. 27). Devido ao sentido histórico da apartação dos loucos e das loucas da vida social e do mercado de trabalho, o trabalho faz parte, de acordo com os arquivos, assim como a família, do objetivo da assistência em saúde mental para proporcionar a reinserção social. A reinserção não é um instrumento para o controle, mas para a garantia de cidadania.

Há, contudo, ambiguidades no sentido de trabalho. Assim como se registra a melhora do quadro de saúde (Dossiê 01, 04 e 19) a partir do ato de trabalhar e de ter interesse em retornar ao mercado de trabalho (Dossiê 18), há o registro de indisciplina não auxiliar às atividades domésticas ou trabalhar (Dossiê 03).

Várias tentativas foram feitas no sentido de sensibilizar [...] e sua família da necessidade de continuidade do tratamento, inclusive com visita local pela equipe do PAILI, porém sem sucesso. Aparentemente a Medida de Segurança tem servido apenas para [...] fugir de suas responsabilidades familiares (mora com a mãe e não auxilia nas atividades domésticas), e profissionais (não exerce nenhuma atividade

laborativa remunerada e não está em busca de trabalho) (Dossiê 03, Relatório do PAILI, Ofício nº959/2016, 11/10/2016).

Esse registro único de indisciplina pela falta de trabalho parece ser uma justificativa para sugerir a necessidade de “audiência de justificação com o paciente, seu responsável, e equipe do CAPS com objetivo de reafirmar a necessidade do tratamento ou discutir outras medidas que se julgarem necessárias”(Dossiê 03, Relatório do PAILI, Ofício nº959/2016, 11/11/2016). Esta audiência ocorreu como forma de chamar o sujeito e à família para a responsabilidade do tratamento. Mas não houve outra medida punitiva. Há, ainda, nesse dossiê, o registro no relatório de informação de vizinhos a respeito de venda de drogas. Os dossiês seguiram registrando o andamento do tratamento em liberdade até chegar na extinção da medida. Observamos, então, a articulação do sentido do trabalho no sentido de ser sintoma de inadaptação e não de vulnerabilidade do usuário.

4.4.3.3 Novos crimes

Seguindo o sentido de negociação da liberdade mediante a conversa com os valores do controle, há o registro de não haver intercorrências por diferentes atores. O relatório da Secretaria da Saúde informa que “[...]o mesmo não teve nenhuma intercorrência com a polícia e o sistema prisional” (Dossiê 01, Secretaria Municipal de Saúde, Ofício nº343/2015, 02/12/2015).

A ausência de intercorrência, o que também é sinônimo de ausência de prática de novos crimes (Dossiês 3,5,6,12,13), simboliza a prova do fim do perigo no arquivo.

Considerando que em todos os contatos telefônicos com a genitora [...] ela informa que G está bem, fazendo uso correto da medicação e sem alterações de comportamento”.

“E considerando ainda que G tem endereço fixo e apoio familiar, o PAILI sugere a extinção da Medida de Segurança, caso seja este também o entendimento do Juízo competente, uma vez que a Medida de Segurança não tem surtido o efeito esperado(Dossiê 03, Relatório do PAILI, Ofício nº022/2017, 09/01/2017).

Ainda que não haja adesão ao tratamento, a ausência de sintomas e a ausência de novos crimes é um elemento utilizado para sugerir a extinção da medida, uma vez que o objetivo do tratamento da medida não surtiu efeitos (Dossiê 03, Relatório do PAILI, Ofício

nº022/2017, 09/01/2017). Há uma inversão da lógica manicomial nesse relatório. Enquanto essa lógica permite a continuidade indefinida e quase perpétua diante da não normalização dos sujeitos (BRITO, 2016; DINIZ, BRITO, 2016), em nosso achado no relatório há uma inversão desse sentido. Quando a medida de segurança perde seu viés terapêutico o programa sugere a extinção da medida. O uso dos sintomas é estratégico para fundamentar a liberdade.

4.4.4 Flexionando a periculosidade

A episteme da periculosidade, fundada nas ciências biologicistas, e proporcionada pelo dobramento do saberes-poderes médico-psiquiátrico e judiciário é o que permite a consolidação de diferentes movimentos discursivos para o controle penal. A periculosidade mantém-se individualizando o crime como patologia ou transtorno mental e fortalecendo um direito penal do autor e não do ato.

Se não podemos falar que há ruptura, há pelo menos flexão da periculosidade, termo que usamos inspirados no conceito de flexão de gênero descrito no livro de Connel e Pearse (2015). Este conceito originalmente descreve às agências criativas e potências dos sujeitos enquanto atores políticos frente às estruturas sociais. Nos inspirando nesta ideia, embora não estudemos as relações entre sujeito e estrutura social, entendemos por analogia que a flexão é a capacidade de certos conceitos, em alguns momentos, serem utilizados e, em outros, serem deixados de lado. Nossa análise a respeito de movimentos discursivos arquivados revela que os conceitos descrevem a periculosidade, mas, principalmente, fala muito sobre as condições por meio das quais determinados conceitos vêm à tona.

Utilizamos o conceito de flexão da periculosidade para compreender o movimento estratégico do discurso que ora ativa tal conceito, ora o omite. Esse movimento de ativação e apagamento se dá por relações de poder materializadas em práticas discursivas e em estratégias que fissuram enunciados discursivos manicomiais.

Essas fissuras aparecem no apagamento do léxico da periculosidade e sua substituição pelo modelo do cuidado, no sentido oposto da reificação do perigo na loucura. O movimento discursivo que promove o apagamento da periculosidade considera a potência e as precariedades da trajetória dos usuários do serviço.

Por outro lado, flexionar a periculosidade envolve o uso estratégico do movimento de léxicos relacionados a periculosidade. O uso da semântica do sistema de justiça que

movimenta o modelo de controle relacionado à família, trabalho e falta de perigo é estratégico para negociação com os valores do sistema de justiça criminal para promover desencarceramento e desmanicomialização por meio da negociação da liberdade.

Para além de compreender a movimentação de significados e conceitos nos dossiês, é importante entender sob quais condições a periculosidade é flexionada. Nesse sentido, há momentos nos quais a periculosidade é pouco flexionada, sendo a ideia de reinserção social e tratamento em saúde mental o centro dos relatórios. Para esse grupo, a extinção da medida é esperada, já que ele colabora⁹⁶ com o movimento de disciplinamento e normalização penal. Outro grupo, que oferece um pouco mais de resistência a esse processo, tem uma versão mais estendida de tratamento.

Quando a periculosidade é ativada, signos sobre o risco e o perigo são reativados a partir da reificação de identidades. Os mecanismos que ativam ou suavizam a periculosidade reificam a ideia do perigo e da violência. No movimento de ser enfatizada e suavizada, as práticas discursivas também desmistificam o estigma por meio dos ganhos no campo de saúde mental.

Alguns dossiês atraem pouca atenção e geram pouca divergência e discussão no arquivo. Outros ocasionam divergências e embates sobre quem poderá decidir sobre o tratamento, ou sobre a imposição ou não de internação.

As condições que flexionam a periculosidade parece tecer a linha que delimita a anormalidade, a qual deve ser temida, e a anormalidade, que não carece de contenção. Os saberes que solidificam essa compreensão não são passivamente adotados no PAILI. Eles produzem a partir de um mundo no qual rege o preconceito contra os loucos e a episteme da periculosidade.

Mas mediante tais práticas de poder, que se materializam em discursos, há espaço para a criação do novo. Ainda que o novo se funde dentro de estruturas sociais e judiciais bem sedimentadas, o judiciário e seus conceitos lidam, mas não necessariamente determinam mecanicamente a atividade que irão desenvolver. Um dos maiores aprendizados advindo dos estudos de Connel é que não devemos tratar das relações estruturais como mecânicas. “A ação humana é criativa e estamos sempre nos movendo para espaços históricos que ninguém

⁹⁶Aqui, apenas fazemos advertência sobre o uso do conceito de normalização e disciplina: “Pesquisas pós estruturalistas com alguma frequência exageram a docilidade dos corpos. Corpos podem participar de regimes disciplinares não porque são dóceis, mas porque são ativos. Procuram prazer, experiência e transformação.” (CONNEL, PEARSE, 2015, p.96).

ocupou antes. Ao mesmo tempo, não criamos a partir de um vácuo. Agimos em situações particulares criadas por ações passadas de outros e pelas nossas próprias.” (CONNEL, PEARSE, 2015, p.69).

Claramente, essas negociações não são passivamente socializadas. Já que saber é poder, desconstruir episteme da periculosidade é questionar e incorporar o judiciário a outro modelo. Essas transformações demonstram que as práticas discursivas materializam poder, mas também permitem trânsitos, tendo em vista que o controle penal não tem o poder de engessar a vida social. Por isso, percebemos que há espaço de negociação sobre o tratamento dentro das práticas de saúde mental geridas pelo PAILI.

Os processos de mudança histórica transformam os arranjos da periculosidade já que a “[...]realidade segue escapando das categorias ortodoxas.” (CONNEL, PEARSE, 2015, p.66) A periculosidade está presente no cotidiano do PAILI, mas não fixa suas práticas (CONNEL, PEARSE, 2015, p.69). O estrutural é fundamental, mas não paralisa a realidade. A realidade não pode ser reduzida a categorias estáticas. Não é utopia e é evidente que a episteme da loucura margeia o controle das medidas de segurança. Mas é também evidente que no PAILI não fixa suas práticas, tratamento e tampouco suas decisões. O movimento da periculosidade demonstra um jogo constante entre a episteme da loucura e a luta antimanicomial.

4.4.5 E ainda, os estabelecimentos de internação

Agrupar os arquivos, segundo a Análise do Conteúdo, significa unir para análise os discursos de sentenças, laudos médicos e atos do PAILI. Por serem muitos ofícios do PAILI, levamos em conta seus movimentos a cada dossiê. Selecionar apenas esses documentos principais excluiria da comunicação processual os encaminhamentos dos estabelecimentos de saúde mental ao PAILI.

Para nós importa saber o que dizem os estabelecimentos de saúde porque eles movimentam os sentidos de periculosidade. Seus encaminhamentos referem majoritariamente ao relatório médico, mas há um caso, que falaremos nesta seção, que constrói a periculosidade na descrição de comportamentos indisciplinados, agressivos e anormais (Dossiê 19).

Os arquivos mostram, embora em um volume pouco recorrente, ainda a recusa de receber os loucos que possuem o estigma da periculosidade pelo crime (Dossiê 12 e 19). O

poder psiquiátrico os rejeita por sua insubmissão à disciplina e às técnicas de normalização (FOUCAULT, 2006) afirmando que o hospital não contempla internação em medida de segurança (Dossiê 12).

O caso mais emblemático que encontramos para pensar a construção da periculosidade nos estabelecimentos de internação é aquele registrado no dossiê 19, que anonimizaremos pelo pseudônimo de Austregésilo Carrano Bueno⁹⁷.

A clínica psiquiátrica escreve ao PAILI que não poderia mais receber o paciente que ali fora internado de 23 de dezembro de 2011 a 07 de janeiro de 2012, pois ele apresentava comportamento indisciplinado, era agressivo e manipulador. A clínica psiquiátrica justifica que não possui estrutura para receber o paciente. Sua indisciplinada com as normas da instituição, comportamento violento, ameaçador e inadequado são requisitos para sua exclusão da internação. O poder psiquiátrico assina o arquivo enfatizando:

Vimos através deste informar que infelizmente, no momento, não disponibilizamos de estrutura física e de pessoal adequados para receber o paciente [...], o referido já esteve internado nesta instituição no período de [...]; no período de sua internação teve comportamento inadequado, agredia fisicamente outros internos, furtou uma faca e com a posse da mesma ameaçou funcionários e pacientes, é extremamente manipulador não adere às normas e rotinas da instituição. Sugerimos que seja encaminhado para outra instituição que possa oferecer tratamento e segurança adequados para o paciente, funcionários e outros internos (Dossiê 19, Ofício da Clínica Psiquiátrica, 18/12/2012).

O poder psiquiátrico entende como estabelecimento adequado a um louco perigoso é o que seja forjado pelo paradigma da segurança. A instituição psiquiátrica, ainda que permaneça com resquícios da manicomização⁹⁸ e com o “efeito colateral”⁹⁹ da dependência institucional, deixou de ser uma instituição de segurança, deixou de possuir o controle por grades e perdeu os limites de seu controle a partir da reforma psiquiátrica. À essa mudança, o

⁹⁷Austregésilo Carrano Bueno é o nome do autor do livro “O canto dos malditos”, livro-relato que descreve seu aprisionamento involuntário em clínica psiquiátrica para “tratamento” de dependência química. O caso do dossiê 19 muito nos trouxe lembranças das cenas de violência e agressões no seio da instituição psiquiátrica que Carrano foi internado. Não por cinismo, mas para lembrar que a violência e a reação do sujeito deste dossiê é contada por terceiros e tem apenas uma verdade como soberana. Não podemos saber pelos ecos registrados as motivações de tais agressões. Além disso, precisamos lembrar que instituições manicomialis têm “meios de coerção geradores de violência –, não se sente o clima de angústia e tumulto” vivenciado pelas pessoas aprisionadas (BASAGLIA, 1985, p.23).

⁹⁸As críticas *basaglianas* não atingiram o poder psiquiátrico em sua totalidade. Embora muitos avanços tenham sido conquistados, não podemos dizer que as mudanças no cuidado em saúde mental foram hegemônicas e homogêneas em todos os estabelecimentos e em todos os países. Portanto, há espaços mais progressistas com os parâmetros críticos, mas ainda permanecem estabelecimentos mais conservadores.

⁹⁹O uso das aspás é proposital. Não acreditamos que seja efeito colateral a dependência institucional, mas finalidade última de uma instituição total: o abandono (BRITO, 2016).

poder psiquiátrico responde que o perigo não pode ser controlado nos moldes de uma instituição reformada pelos questionamentos da psiquiatria.

5 Considerações finais

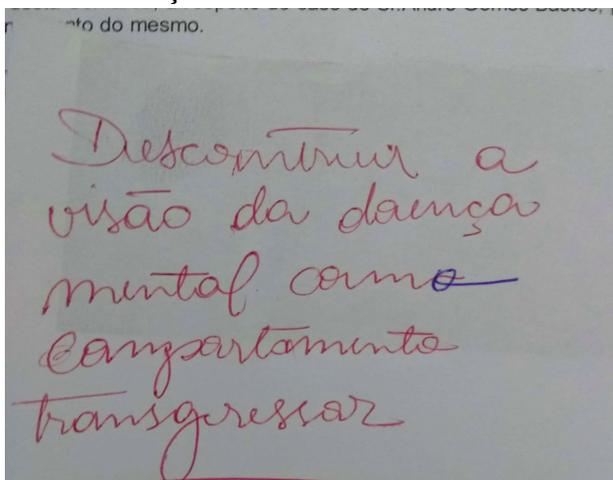


Imagem: Papel avulso encontrado no dossiê 01

O movimento discursivo no arquivo aciona léxicos que articulam modelos de controle e modelos de cuidado. Esse acionamento é heterogêneo e contém uma série de ambiguidades. Há a busca por transformar o comportamento transgressor futuro de inimputáveis em comportamento ajustado (como fala Juarez Cirino dos Santos, ao trabalhar com o fundamento dogmático das medidas de segurança). Mas, por outro lado, há uma produção discursiva muito interessante quando não se flexiona a periculosidade, em uma tentativa de desconstruir a visão da doença mental como comportamento transgressor (como escrito no papel avulso encontrado no dossiê 01).

A construção da noção da doença mental como comportamento transgressor remonta ao paradigma etiológico positivista e alicerça o saber médico. Esse saber movimenta a periculosidade de forma tautológica nos laudos periciais. O registro e testemunho a respeito dos antecedentes psiquiátricos pessoais e familiares comprovam a existência de loucura. O tripé diagnóstico codificado-comportamento desviante-sintomas de loucura é utilizado nessa prática discursiva para essencializar na loucura o perigo. E por fim, os vínculos familiares e sociais são formas de descrever a anormalidade do sujeito em diversas áreas de sua vida.

A sentença dobra o saber médico a respeito do diagnóstico e o utiliza como critério para definição da periculosidade. Há o resgate do valor etiológico da doença mental para prever a criminalidade. Esse dobramento não permanece em toda argumentação discursiva dos magistrados. A definição do tipo de tratamento e seu tempo mínimo se justifica em alguns casos pela sugestão do perito mas em outros pelo conceito dogmático-jurisprudencial ora da gravidade do delito ora da gravidade do transtorno. Não há uniformização nestas decisões.

A periculosidade aparece nas sentenças pela correlação entre inimputabilidade com presunção de periculosidade, conceito revogado no Código Penal mas consolidado na construção doutrinária e na prática judiciária. O argumento tautológico na decisão penal conecta os atos desviantes considerados antissociais, a violência do crime e a gravidade da doença como sintomas de loucura e perigo, ampliando o espectro do controle. O paradigma do controle é o que movimenta na cognição penal das sentenças os léxicos que essencializam no indivíduo o desvio.

Dentre as decisões penais, cabe destacar que os magistrados da execução realizam práticas diferentes em relação aos magistrados do processo de conhecimento. Em todos os dossiês os juízes da execução enviam os casos para o judiciário. Em que pese o protocolo dos juízes do processo de conhecimento siga sendo o de determinar internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), quem de fato vai proporcionar a internação é o juiz da execução. Inferimos que há o conhecimento da existência e aceitação ao programa pelos juízes da execução por sempre encaminharem os casos diretamente ao programa na figura de sua coordenação. A resistência institucional parece ser percebida não quanto a existência do programa, já que foi graças a articulação institucional entre judiciário e saúde que o convênio foi firmado para criação do PAILI. Mas essa resistência aparece quando há a negativa de internação a uma ordem do juiz da execução. Essas articulações discursivas que buscam a internação nos moldes manicomiais tentam, sem sucesso, ignorar o procedimento para internação pelo SUS. Essa disputa de poder é fundada numa forte associação entre loucura e perigo.

Para a extinção das medidas de segurança, a “melhora” é uma antítese da determinação da periculosidade nas sentenças. Ela se expressa pela remissão de sintomas, estabilização do quadro mental, comportamento de trabalhador, conceitos que buscam ofuscar a condição de classe que expressa normalização do sujeito. Há razões jurídicas que movem a decisão que justifica a liberdade por meio da limitação temporal constitucional de cerceamento da liberdade e de não haver prática de novo crime. Por outro lado, a prática de crime movimenta sentidos do controle e não do cuidado, gerando a extinção da medida e cumprimento da nova pena.

A relação institucional na intersecção do PAILI com o Judiciário pode ser percebida nos arquivos por meio do registro de articulação de uma rede de cuidados. O programa utiliza saber multiprofissional e léxicos do SUS para movimentar o conceito de cuidado integral.

Promove interlocução com a atenção básica, hospital e especialidades em seus encaminhamentos.

Por meio da substituição da cessação de periculosidade pela avaliação psicossocial promove o deslocamento da centralidade da figura médica no laudo e bem como retira de cena o protagonismo da periculosidade. A finalidade do relatório é analisar o nível de reinserção social. Estas agências criativas são incorporadas pelo judiciário e Ministério Público demonstrando um aprendizado dos saberes inaugurados pelo PAILI, vindos da área da saúde.

O deslocamento da internação pelo SUS força o limite da permanência por meio da Lei nº 10.216/2001 e exige a emissão de guia de internação. A instauração desse modelo de cuidado promove uma negociação da liberdade para início do tratamento. Essa negociação há a promoção do desencarceramento.

Os relatórios são registros sobre adesão ao tratamento, uso de medicação, assiduidade/frequência nas consultas e relação familiar. A melhora e a piora do quadro de saúde mental se relacionam com a remissão de sintomas e adequação de comportamento. O suporte familiar é lido como parte do objetivo de reinserção social. O agravamento do quadro mental é a antítese do quadro de melhora.

A resistência de alguns juízes à negativa de internação manicomial promove flexão nos sentidos da periculosidade nos arquivos. Essa flexão produz na articulação discursiva do PAILI o movimento de valores da justiça penal para promover a liberdade, mas também articula sentidos disciplinares, o que demonstra que a agência criativa apresenta limites. Há ambiguidades entre cuidado e controle nos movimentos dos léxicos relacionados ao suporte familiar versus controle familiar, reinserção social versus comportamento adequado. No centro destas ambiguidades ainda há muita produção de enunciados discursivos que envolvem o cuidado, a manutenção de vínculos familiares e o resgate da cidadania fora da instituição total. Nas práticas do programa não é a responsabilidade criminal o centro do debate, há muito mais quando se arrisca a ver o que há além do controle.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Francis Moraes de. *Fronteiras da sanidade: 'Periculosidade' e 'risco' na articulação dos discursos psiquiátrico forense e jurídico no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso de 1925 a 2003*. 2009. 331 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18411/000727172.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 mar. 2018.
- ALMEIDA, Francis Moraes de. Fronteiras da sanidade: 'Periculosidade' e 'risco' na articulação dos discursos psiquiátrico forense e jurídico no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso de 1925 a 2003. *Dilemas - Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, v. 6, n. 3, p. 435–464, 1 jul. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/7432/5975>. Acesso em: 23 maio 2018.
- AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 1, n. 1, p. 61–77, 1994.
- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. [Ebook Kindle].
- AMARANTE, Paulo. *Rumo ao fim dos manicômios: A luta antimanicomial, o mais importante movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil, teve início durante o regime militar e ainda enfrenta desafios*. 2006. Disponível em: http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios_4.html. Acesso em: 18 jan. 2019.
- ANDRADE, Vera Regina Pereira de. *Dogmática e sistema penal: em busca da segurança jurídica prometida*. 1994. 523f. Tese (Doutorado em Direito) - Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.
- ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. 1.ed. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1977.
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. Genealogia do conceito de periculosidade. *Responsabilidades*, v. 1, n. 1, p. 37–52, 2011. Disponível em: http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao_01_1/02-GENEALOGIA DO CONCEITO DE PERICULOSIDADE.pdf. Acesso em: 21 jan. 2019.
- BASAGLIA, Franca Ongaro. *Mujer, locura y sociedad*. 1ª reimpressão. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla, 1987.
- BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- BASAGLIA, Franco. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferências no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal: parte geral, 1*. São Paulo: Saraiva, 2012.

BOOTH, Wayne; COLOMB, Gregory; WILLIAMS, Joseph. *A arte da pesquisa*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

BRANCO, Thayara Castelo. *A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil*. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPAS, 2005a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 18 fev. 2019.

BRASIL. Lei de 16 de dezembro de 1830. Manda executar o Código Criminal. Código Criminal do Império do Brasil. Rio de Janeiro, RJ, 08 jan. 1831. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Decreto nº. 847, de 11 de outubro de 1890. Código Penal dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Decreto nº. 14.831, de 25 de maio de 1921. Approva o Regulamento do Manicômio Judiciário. Rio de Janeiro, RJ, 28 maio 1921. Seção 1, p. 10279. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Decreto nº. 16.665, de 06 de maio de 1924. Regula o livramento condicional. Rio de Janeiro, RJ, 08 nov. 1924. Seção 1, p. 23737. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16665-6-maio-1924-505793-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Decreto-lei nº. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro, RJ, 07 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Decreto-lei nº. 3.689, de 03 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Rio de Janeiro, RJ, 13 out. 1941. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº. 7.209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Brasília, DF, 11 jul. 1984a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1980-1988/L7209.htm. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº. 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF, 13 jul. 1984b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7210.htm. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº. 12.403, de 04 de maio de 2011. Altera dispositivos do Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal, relativos à prisão processual, fiança, liberdade provisória, demais medidas cautelares, e dá outras providências. Brasília, DF, 05 maio 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12403.htm. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus nº 84.219. Impetrante: PGE-SP. Coator: Superior Tribunal de Justiça. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, DF, 16 de agosto de 2005. *Dje*. Brasília, 23 set. 2005b. p. 285-305. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=79519>. Acesso em: 19 jan. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus nº 97.621, RS. Impetrante: Defensor Público-Geral Federal. Coator: Superior Tribunal de Justiça. Relator: Ministro Cezar Peluso. Brasília, DF, 02 de junho de 2009. *Dje*. Brasília, 26 jun. 2009. n. 118, p. 592-602. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=597914>. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus nº 107.777. Impetrante: Defensoria Pública da União. Coator: Superior Tribunal de Justiça. Relator: Ministro Ayres Britto. Brasília, DF, 07 de fevereiro de 2012. *Dje*. Brasília, 16 abr. 2012. p. 1-10. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1909953>. Acesso em: 19 jan. 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Habeas Corpus nº 300.976. Relator: Ministra Maria Thereza de Assis Moura. Brasília, DF, 10 de março de 2015. *Dje*. Brasília, 16 mar. 2015a. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1390300&num_registro=201401955577&data=20150316&formato=PDF. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula nº 527. S3 - Terceira Seção. Brasília, DF, 13 de maio de 2015. *Dje*. Brasília, 18 maio 2015b. v. 243, p. 1067. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/SCON/sumulas/toc.jsp?processo=527&b=SUMU&thesaurus=JURIDICO&p=true>. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Decisão Judicial restabelece status das comunidades terapêuticas*. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/news/decisao-judicial-restabelece-status-de-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 26 fev.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 26 jan. 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 25 out. 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica nº 11, de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 04 fev. 2019.

BRASIL. Ministério Público Federal (MPF) e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC). *Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001*. Brasília: MPF, PFDC; 2011.

BRAVO, Omar Alejandro. As prisões da loucura, a loucura das prisões. *Psicologia & Sociedade*, v. 19, n. 2, p. 34–41, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000200005&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 maio 2018.

BRITO, Luciana Stoimenoff. *Arquivo de um sequestro: o homem mais antigo do Brasil*. 2016. 251 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

BRITO, Luciana Stoimenoff. A verdade sobre os corpos – reflexões sobre os usos políticos sobre o corpo em Didier Fassin. In: Diniz, Debora. *Didier Fassin entrevistado por Debora Diniz*. Coleção Pensamento Contemporâneo. Trad. Debora Diniz. Rev. Tradução Ana Terra e Soraya Fleischer. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015.

BUENO, Austregésilo Carrano. *O canto dos malditos*. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

CALIL, Carlos Augusto. *Aí vem o Febrônio. Teresa revista de Literatura Brasileira*, v. 15, p. 101–116, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/teresa/article/view/98598/97258>. Acesso em: 14 fev. 2019.

CAMPOS, Fernando de Souza. Os crimes do Monstro Negro: representações da degenerescência em São Paulo. *ANPUH - XXII Simpósio Nacional de História*, p. 6, 2003. Disponível em: <http://encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/anpuhnacional/S.22/ANPUH.S22.556.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019.

CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro; São Paulo: EdUERJ; EdUSP, 1998.

CARVALHO NETO, Lourival Ferreira. *A negociação da diferença na experiência de corpos e sexualidades plurais em comunidades rurais e na capital do Piauí*. 2017. 122 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) - Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

CIRQUEIRA, Márcio Vinícius de Brito. *Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator: perspectivas de formação e inclusão social*. 2011. 167 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

CONNEL, Raewyn; PEARSE, Rebecca. *Gênero: uma perspectiva global*. São Paulo: nVersos, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO/ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Brasília: CFP, 2018. 173 p. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 18 jan. 2019.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. *Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito*. 2007. 174 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas), Faculdade de Direito, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2007.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; PASSOS, Rachel Gouveia. *Dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira*. 1. ed. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. *Por uma pedagogia da loucura: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira*. 2018. 383 f. Tese (Doutorado em Direito) - Programa de Pós-Graduação em Direito, Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

COSTA, Lucio. *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)*. 2014. 129 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, Sorocaba, 2014.

COSTA, Maria Cristina Castilho. Etnografia de arquivos – entre o passado e o presente. *MATRIZES*, v. 3, n. 2, p. 171–186, 2010.

DAUFEMBACK, Valdirene. *Relações entre a Psicologia e o Direito Penal: o uso dos saberes psicológicos no contexto da culpabilidade e da dosimetria da pena no Tribunal do Júri*. 2014. 185 f. Tese (Doutorado em Direito) - Programa de Pós-Graduação em Direito, Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18990/1/2014_ValdireneDaufemback.pdf. Acesso em: 18 nov. 2018.

DERRIDA, Jacques. *Mau de arquivo: uma impressão freudiana*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

DINIZ, Debora Rodrigues. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011 [recurso eletrônico]*. Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

DINIZ, Debora Rodrigues. Ela, Zefinha – o nome do abandono. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2667–2674, 2015.

DINIZ, Debora Rodrigues; BRITO, Luciana Stoimenoff. “Eu não sou presa de juízo, não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 23, n. 1, p. 113–130, 2016.

DINIZ, Debora Rodrigues; SILVA, Janaína Lima Penalva da. Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança. *Série Pensando o Direito*, v. 35, n. 001/2010, p. 52, 2011.

DORNELLES, Renata Portella. *“O círculo alienista”: reflexões sobre o controle penal da loucura*. 2012. 225 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

DUARTE, Evandro Charles Piza. *Criminologia e racismo: introdução ao processo de recepção das teorias criminológicas no Brasil*. 1998. 399 f. Dissertação (Mestrado em Direito), Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

FARGE, Arlette. *O sabor do arquivo*. São Paulo: Ed. USP, 2009.

FARIA, Gustavo Dalul. *(Dis)funcionalidade da medida de segurança no paradigma da reforma psiquiátrica*. 2017. 138 f. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) - Instituto Brasiliense de Direito Público, Brasília, 2017.

FERRI, Enrico. *Sociologia Criminal*. Sorocaba: Editora Minelli, 2006.

FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. 4.ed. Rio de Janeiro: Nau, 2013. Arquivo Kindle.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. *A história da loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2009.

FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FREITAS-SILVA, Luna Rodrigues; ORTEGA, Francisco. A determinação biológica dos transtornos mentais: uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes. *Caderno de Saúde Pública*, v. 32, n. 8, p. 11, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00168115>. Acesso em: 18 jan. 2019.

FRANKLIN, Naila Ingrid Chaves. *Raça, gênero e criminologia: Reflexões sobre o controle social das mulheres negras a partir da criminologia positivista de Nina Rodrigues*. 2017. 150 f. Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

FRY, Peter. Direito positivo versus direito clássico: a psicologização do crime no Brasil no pensamento de Heitor Carrilho. *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 116–141.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 7ª edição ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GOIZ, Juliana de Almeida Martins. Um crime de cor, do sistema penal racista ao tribunal racial: reflexões sobre a condenação de Preto Amaral em 1927. *Aedos Revista do corpo discente do PPG-História da UFRGS*, v. 9, n. 20, p. 164–181, 2017.

GRECO, Rogério. *Curso de Direito Penal: parte geral, volume I*. Niterói: Impetus, 2017.

JESUS, Damásio De. *Direito penal, volume 1 : parte geral*. São Paulo: Saraiva, 2011.

MACEDO, Elias Menta. *Loucura e inclusão: o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) como possibilidade de superação de estigma e reconhecimento de direitos*. 2017. 121 f. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Direitos Humanos) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Direitos Humanos, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

MATSUDA, Fernanda Emy. *A medida da maldade: Periculosidade e controle social no Brasil*. 2009. 138 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MENDES, Soraia da Rosa; FARIA, Gustavo Dalul. A (dis)funcionalidade da medida de segurança no paradigma da reforma psiquiátrica. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, v. 144, n. 26, p. 217–250, jun. 2018.

MITJAVILA, Myriam Raquel. Medicalização, risco e controle social. *Tempo Social*, v. 27, n. 1, p. 117–137, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702015000100117&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

MITJAVILA, Myriam Raquel; MATHES, Priscilla Gomes. Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: Estratégias discursivas e modelos etiológicos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1377–1395, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a07v22n4.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2018.

MNLA. *Manifesto de Bauru*. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 18 ag. 2018.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, v. 22, n. 37, p. 07-32, 1999.

OLIVEIRA JÚNIOR, Alcidesio de. “*Penas especiais para homens especiais*”: as teorias biodeterministas na Criminologia Brasileira na década de 1940. 2005. 154 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3998/2/000002.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2018.

PARANHOS-PASSOS, Fernanda; AIRES, Suely. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 13–31, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/02.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2019.

PEREIRA, Melissa de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia. *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, classe e raça*. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

PERES, Maria Fernanda Tourinho. A estratégia da periculosidade: psiquiatria e justiça penal em um hospital de custódia e tratamento. *Psychiatry On-line Brazil*, n. 3, 1998.

PERES, Maria Fernanda Tourinho. Erasmo: o Estranho da loucura criminal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 2, n. 2, p. 121–143, jun. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47141999000200121&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 maio 2018.

PRANDO, Camila Cardoso de Mello. *O saber dos juristas e o controle penal: o debate doutrinário na Revista de Direito Penal (1933-1940) e a construção da legitimidade pela defesa social*. 2012. 294 f. Tese (Doutorado em Direito) - Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

REY, Philippe-Marius. O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875). *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, v. 15, n. 2, p. 382–403, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n2/12.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2019.

ROCHA, Raíza. *Portaria impõe retrocessos na política de saúde mental*. [2017?]. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/2018/04/portaria-impoe-retrocessos-na-politica-de-saude-mental/>. Acesso em: 18 jan. 2019.

ROSSI, Valéria Rondon. Medida de Segurança: a violação do direito à saúde a partir do conceito de periculosidade. *Cadernos Ibero-Americano de Direito Sanitário*, v. 4, n. 3, p. 75–93, 2015. Disponível em: <http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/171/365>. Acesso em: 23 maio 2018.

SADDI, Fabiana da Cunha *et al.* Acolhendo Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a lei dentro da Rede de Saúde – o desenho inovador do PAILI-GO. *Dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira: Limites e possibilidades*. [S.l.]: Gramma Editora (Livros Digitais), 2017. p. 143–177.

SADDI, Fabiana da Cunha *et al.* Integrando Serviços Públicos e Atenção Primária à Saúde Mental: Inovações que Promovem os Direitos Humanos das Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a lei – O Caso do PAILI. *IV Simpósio Internacional de Ciências Sociais*, n. November, p. 22, nov. 2015.

SADDI, Fabiana da Cunha *et al.* Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI): Inovações que promovem os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. *Democracia e Ciências Sociais: memória, políticas e desigualdades*. Goiânia: Gráfica UFG, 2016.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Maria del Pilar Baptista. *Metodologia de pesquisa*. 3. ed. São Paulo: McGraw Hill/Penso Editoras, 2013.

SANCHES, Laís Ramos; VECCHIA, Marcelo Dalla. Reabilitação psicossocial e reinserção social dos usuários de drogas: revisão da literatura. *Psicologia e Sociedade*, p. 1–10, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30178335>. Acesso em: 18 fev. 2019.

SANTOS, Juarez Cirino Dos. *Direito Penal: parte geral*. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012.

SILVA, Haroldo Caetano da. *Loucura e Direito Penal: Pistas para a extinção dos manicômios judiciários*. 2018. 217 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

SILVA, Érica Quinaglia; BRANDI, Caroline Quinaglia Araújo Costa Silva. “Essa medida de segurança é infinita ou tem prazo de vencimento?” - interlocuções e desafios entre o Direito e a Psicologia no contexto judiciário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 9, p. 3947–3954, set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903947&lng=pt&tltng=pt. Acesso em: 31 maio 2018.

SILVA, Haroldo Caetano da. *PAILI: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator*. 3. ed. Goiânia: MPMGO, 2013.

SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do paili. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 20, n. 1, p. 112–115, 2010a.

SILVA, Janaína Lima Penalva da. *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*. 2007. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SILVA, Martinho Braga Batista e. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 653–682, 2010b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000200017&lng=pt&tlng=pt.

SZASZ, Thomas S. *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara SA, 1984.

VENTURINI, Ernesto. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 20, n. 1, p.138-151, 2010.

VIANNA, Adriana. Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais. *Antropologia das práticas de poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações*. Rio de Janeiro: Faperj; ContraCapa, 2014.

XIMENES, Julia Maurmann. Levantamento de dados na pesquisa em direito – a técnica da análise de conteúdo. In: SILVEIRA, Vladimir Oliveira da (Org.). *Anais do XX Congresso Nacional do CONPEDI Tema: "A Ordem Jurídica Justa: um diálogo Euroamericano*. 1. ed. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2011. p. 7608–7622. Disponível em: www.idp.org.br/component/docman/doc_download/145. Acesso em: 18 de mar. de 2018.

YIN, Robert. *Pesquisa qualitativa: do início ao fim*. Porto Alegre: Penso, 2010.

APÊNDICE – Os atuais retrocessos na política de saúde mental no Brasil

Em decorrência do processo de impedimento da presidenta Dilma Rousseff¹⁰⁰, uma série de pautas e políticas públicas consolidadas e escolhidas a partir do voto do povo brasileiro foi modificada por outra agenda política imposta. Na saúde mental, houve o fortalecimento de retorno ao modelo manicomial a partir da escolha de Quirino Cordeiro como coordenador da saúde mental¹⁰¹ e sua nova proposta de expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), rede responsável pelo atendimento em saúde mental no Brasil. O que o Ministério da Saúde chama de “320 milhões para ampliar e qualificar a saúde mental”¹⁰² é entendido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)¹⁰³ e Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME)¹⁰⁴ como preocupantes retrocessos e ilegalidades.

O acirramento de toda polêmica na mudança da política de saúde mental se iniciou com a aprovação da Resolução nº.32, em 14 de dezembro de 2017, pela Comissão Intergestora Tripartite¹⁰⁵, considerada uma aprovação feita “à revelia das recomendações e deliberações feitas por instâncias de controle e participação social do Sistema Único de Saúde”(BRITO, 2016, p.109). Dentre outras coisas, a tal resolução busca fortalecer a parceria do Ministério da Saúde com as comunidades terapêuticas¹⁰⁶, aumentando o valor das diárias

¹⁰⁰ Sobre o processo de impedimento da presidente democraticamente eleita, recomendamos a leitura do texto “Algo além do rito do processo de impeachment”, das professoras Beatriz Vargas e Camila Prando. Link para acesso:

<https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Estado-Democratico-de-Direito/Algo-alem-do-rito-do-processo-de-impeachment/40/36028>.

¹⁰¹ Quirino Cordeiro deixou a coordenação em fevereiro de 2019.

¹⁰² Recomendamos leitura de notícia oficial no site do Ministério da Saúde. Link para acesso: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42231-ministerio-da-saude-destina-r-320-milhoes-para-ampliar-e-qualificar-a-saude-mental>.

¹⁰³ Recomendamos a leitura da “Nota em defesa da Reforma Psiquiátrica e de uma política de Saúde Mental digna e contemporânea” da ABRASCO. Link para acesso: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-em-defesa-da-reforma-psiquiatrica-e-de-uma-politica-de-saude-mental-digna-e-contemporanea/30550/>.

¹⁰⁴ Recomendamos a leitura do texto de articulação da ABRASME contra os retrocessos à saúde mental no Brasil. Link para acesso: http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=364. Recomendamos também a leitura da nota de repúdio aos retrocessos da política de saúde mental assinada em Bauru, na comemoração dos 30 anos da Carta de Bauru, com link para acesso: http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=365

¹⁰⁵ Comissão formada por: Ministro de Estado da Saúde, Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

¹⁰⁶ Comunidades terapêuticas são instituições religiosas que não integram a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). No último relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, se identificou “adoção de métodos que retomam a lógica da internação”, já que sua principal proposta de tratamento se dá com base no isolamento, violação da privacidade e sua estrutura é de vigilância e cerceamento da liberdade por muros e grades (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO/MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2018).

com internação em hospitais psiquiátricos, criando CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas) 24 horas, aumentando os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)¹⁰⁷ e, por fim, o financiamento para instituições próximas da lógica asilar.

Esse acirramento de projetos de políticas públicas na saúde mental se fez claro na última Audiência Pública sobre a Política Nacional de Saúde Mental, ocorrida no dia 30 de maio de 2018, no Plenário 9, Anexo II, Câmara Federal em Brasília. A audiência aconteceu na semana em que Brasília sediaria o 6º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, que foi adiado para setembro de 2018 devido à greve dos caminhoneiros. Congressistas e militantes lotaram a sala da audiência pública e se pronunciaram contra a demanda pela cultura manicomial.

Na entrada, alguns usuários, negros e pessoas com alguma deficiência física foram barrados. A justificativa era a cobrança de apresentarem algum documento de identificação para a entrada. Os militantes ligaram para a deputada Erica Kokay, que presidia a audiência; ela chegou os colocou porta a dentro. Todos foram liberados para entrar na presença da deputada. Nesse mesmo dia, no mesmo evento, uma mulher negra foi barrada e denunciou em sua fala o racismo institucional daquele espaço.

No dia 30 de maio de 2018, por volta das 14:56 iniciou-se a audiência. A primeira palestrante foi Ana Pitta, representando a diretoria da ABRASME. Ela iniciou sua fala afirmando: “Temos que reverter Portarias esdrúxulas que anulam leis conquistadas com muita luta”. Ela se referia à Portaria nº 3.588¹⁰⁸, de 21/12/2017, uma Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde (GM/MS).

A portaria chega em uma mudança de governo bastante conturbada e consequente mudança de direção da coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde, cargo hoje ocupado por Quirino Cordeiro Junior, fruto do que alguns chamam de *impedimento* da presidente eleita, e outros chamam de golpe de Estado. Se a presidência de Michel Temer é uma forma sorrateira de subir ao poder, a Portaria parte de um desmonte dos setores sociais para o movimento antimanicomial e promove um desmonte das vitórias da luta

¹⁰⁷Os SRTs são casas destinadas a pacientes crônicos com dependência institucional dos hospitais psiquiátricos.

¹⁰⁸“No dia 14 de dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne representantes do Ministério da Saúde e de secretários estaduais e municipais, aprovou a Portaria nº 3.588 que, entre outras mudanças, interrompe o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos em contraposição às determinações da Lei 10.216/2001, amplia os valores pagos para a internação nessas instituições e estimula a criação de novas vagas psiquiátricas em hospitais gerais. O texto também prevê a expansão e um robusto aporte de financiamento público às chamadas comunidades terapêuticas, ligadas à iniciativa privada e, na sua maioria, de cunho religioso” (ROCHA, [2017?]).

antimanicomial no Brasil. Pitta ainda destaca o perigo das comunidades terapêuticas, entidades privadas de cunho religioso e a realidade de docilização de ambulatórios clássicos.

O segundo palestrante, Rafael Bernardon Ribeiro, representou Quirino Cordeiro, quem à época da audiência pública estava na Coordenação de Saúde Mental, mas saiu em fevereiro de 2019. De início, ele justificou que por compromissos outros deveria se ausentar logo após sua fala. Seu lugar era de óbvio desconforto já que representava o alvo de muitas críticas e acusações de retrocessos da atual política de saúde mental brasileira. Sua fala foi uma breve apresentação de slides. O funcionário de Quirino apresentou um diagnóstico de quando assumiu a gestão: obras canceladas e recursos sem prestação de contas. Afirmava que a rede de saúde mental contava naquela época com 2.552 CAPS, 18 mil leitos em hospitais e 38 unidades de acolhimento. Acusou o aumento da mortalidade/suicídio. A justificativa para o aumento de leitos psiquiátricos e para as decisões tomadas pela atual gestão foi apresentar a tragédia denunciada por um estudo: a prevalência de doentes mentais graves em presídios¹⁰⁹. Os números eram de 61.000 presos com doenças mentais graves no sistema prisional. Sua tentativa era fazer a correlação entre a diminuição do número de leitos orquestrada pela reforma psiquiátrica e o aumento de todos os agravos: pessoas presas. Contudo, leitos são um dos instrumentos para tratamento, não o único e não o central.

A terceira palestrante representou a Rede Nacional de Luta Antimanicomial (RENILA). De forma contrária à fala do representante do Ministério da Saúde, ela afirmou que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o ordenador do cuidado de saúde mental. Questionou os dados apresentados pela coordenação nacional de saúde mental. Questionou o esforço para defender leitos em hospitais psiquiátricos da atual gestão, já que a saída para tirar as pessoas do presídio não é aumentar leitos de internação.

Uma mesa diversa, resultado do empoderamento político da luta antimanicomial, o quarto palestrante foi o usuário do CAPS Tiago, representando o Movimento Pró Saúde Mental. Sua fala foi marcada pela afirmação de que “a atual coordenação é coordenação de escritório” já que não conhece a RAPS e não recebe os movimentos sociais do Distrito Federal. Questionou a pesquisa apresentada pelo representante do Coordenador da Saúde Mental do Ministério da Saúde.

O próximo a falar foi Roberto Giannini, presidente do Conselho Federal de Psicologia (CFP). Ele pontuou a incompreensão das pessoas com a loucura. Criticou a

¹⁰⁹“Prevalence of Mental Disorders Among Prisoners in the State of São Paulo, Brasil”.

intenção do coordenador de tirar os presos da prisão e colocar em um manicômio. Denunciou que 40% de presos no Brasil são provisórios.

O sexto palestrante, um dos cânones dos estudos em Saúde Mental e Luta Antimanicomial no Brasil, Paulo Amarante, falou como vice-presidente da Associação de Saúde Coletiva (ABRASCO). Abriu sua fala recordando marcos da reforma psiquiátrica brasileira: os 40 anos do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental no Brasil, os 40 anos da Lei Franco Basaglia, os 30 anos do Encontro de Bauru e da Carta de Bauru, a comemoração da lei antimanicomial frente ao atual desmonte da democracia no Brasil.

Paulo Amarante, como psiquiatra, considerou lamentável que o Conselho Federal de Medicina defenda o que ele nomeia como “a mercantilização da dor e do sofrimento”, e acusa-os de serem vendidos para os planos de saúde. Acusou a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) de receber forte influência financeira dos laboratórios e de fraudar pesquisas¹¹⁰. Ressaltou que a lógica manicomial tem aspectos mercadológicos e relembrou um caso de espancamento até a morte de um paciente no Rio de Janeiro. Destacou a importância de expansão dos CAPS 24 horas. Citou o “Cemitério dos Vivos”, de Lima Barreto, para mencionar o impacto genocida dos manicômios em nossa história. Para falar de como os antipsicóticos trazem problemas graves à saúde lembrou-se de Laura Delano, sobrevivente que escreveu sobre os efeitos nocivos dos antipsicóticos e antidepressivos.

Amarante ainda frisou os desafios permanentes: a necessidade de mudança do modelo assistencial. Explicou que é fundamental a instituição de cargos públicos para o setor Estratégias de Saúde da Família, importante estratégia do SUS para tratamento de saúde no interior do país. Por fim, ressaltou que a atual política manicomial tem orientação de mercado.

Representando o Mecanismo de Combate à Tortura, Lúcio Costa ressaltou os 110 mil reais em investimento público para tratamento com eletroconvulsoterapia e a gravidade do financiamento público deste tipo de prática. Afirmou, concordando com Paulo Amarante, que a lógica manicomial se trata de um projeto econômico lucrativo, destacando que de 80 a 90% dos hospitais psiquiátricos, hoje, no Brasil, são privados. Relatou que foi processado porque apresentou denúncias aos hospitais assim como o caso de Austregésilo Carrano Bueno, que sofreu muitos processos de médicos psiquiatras. “Nossa necessidade é de políticas de moradia e não políticas de limpeza das ruas e exclusão social”, afirmou Lúcio Costa.

¹¹⁰Indicou o site www.madinbrasil.org para pesquisas nas quais encontraremos estas notícias.

A procuradora Debora Duprat retomou o processo histórico de exclusão da loucura. Ressaltou que há outros instrumentos legais, além da lei da reforma psiquiátrica que devem ser lembrados. Convenção da Pessoa com Deficiência foi assinada com 150 países e recomenda o respeito à diferença, redefinindo o que é deficiência (física/mental). Destacou a recomendação do Conselho Nacional de Justiça sobre o encaminhamento à RAPS para as pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei penal. Explicou o perigo do aumento do valor da internação das comunidades terapêuticas. Ainda explicou que, pela lei, não pode haver internação sem consentimento, apenas a determinada pelo juiz (compulsória).

Enquanto a mesa falava de direitos, a platéia gritava: “Louca pelos meus direitos e louca pela minha liberdade”, “A liberdade é nosso direito”. A audiência era cheia de loucos, negros, um espaço plural da loucura. Não sabíamos se podíamos nos sentar. A deputada que presidia a mesa disse que podíamos nos sentar nas mesas com microfones. Não nos sentíamos pertencentes àquele lugar. Parte dos militantes permaneceram sentados no chão. Não nos sentíamos parte da câmara legislativa. Sentei-me com os loucos. Dirigi-me ao corredor com os loucos. Mas minha cor, minha formação e o terno que eu usava me diferenciava do grupo de loucos.

O período de fala foi aberto e ocupado pelos usuários: “Eu vivi o diabo no manicômio”. Outro gritou: “São Vicente de Paula é um lugar de cobaia”. José Alves, presidente do clube de amigos da saúde mental do DF, afirmou: “Eu vivi o diabo no manicômio. Morri várias vezes na Clínica Planalto”. Viveu por 2 anos na Clínica Planalto. Disse que havia um tipo de tratamento para os “ricos” e para “os pobres”.

O encaminhamento final da audiência foi para a “Revogação das Portarias”. Recomendação esta que será encaminhada ao Ministério da Saúde e ao Conselho de Defesa dos Direitos Humanos. A deputada que presidia a mesa ressaltou a importância da escuta da fala dos usuários para participação e democracia. Destacou que o restabelecimento da lógica manicomial e modelo asilar é ilegítimo porque não dialoga com os sujeitos envolvidos.

Para a representante da Rede Nacional de Luta Antimanicomial (RENILA), a democracia é antimanicomial. Ela disse que os protagonistas/usuários estão lutando pelos serviços abertos e comunitários e, por isso, querem mais Centro de Atenção Psicossocial(CAPS). Disse que o atual coordenador, Quirino, insiste em não ouvir os protagonistas dos serviços. Denunciou que os gestores sem trajetória na RAPS só representam os manicômios. Paulo Amarante finalizou lembrando que Basaglia, um dos precursores da

reforma psiquiátrica no mundo, promovia assembleias e problematização de todas as relações, principalmente entre médicos e pacientes.

A luta antimanicomial no Brasil conquistou no legislativo um marco pelos direitos das loucas e dos loucos. A política de saúde mental instituída como consequência desta conquista buscava promover a extinção gradativa de manicômios no Brasil. Essa extinção era consequência das novas regras: mais incentivo financeiro para hospitais com menos leitos, tinha-se a finalidade de diminuir as internações de longa duração e o uso do hospital como asilo. A existência de menos leitos geraria, por consequência, menos facilidade para internações. A criação de CAPS, serviços substitutivos à internação seriam centrais para a nova gestão. O financiamento público na saúde mental era deslocado dos antigos hospitais psiquiátricos para a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Por consequência, os grandes hospícios foram diminuindo de tamanho e muitos foram fechados. A internação das loucas e dos loucos não devia ser diferente da internação das demais pessoas: por tempo curto e em hospitais gerais. “Pra onde o dinheiro vai” mudou os rumos da saúde mental no Brasil e “Pra onde o dinheiro vai” pode mudar novamente os rumos da saúde mental no Brasil, com financiamento nas comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos.

Havendo retrocesso na saúde mental, há um impacto direto sobre as possibilidades de reinserção social dos loucos infratores. A maior liberação de dinheiro para eletroconvulsoterapia pode impactar diretamente “usuários” que serão internados compulsoriamente. Essas “portarias esdrúxulas que anulam leis conquistadas com muita luta” incluem como destino do financiamento público às comunidades terapêuticas, que são instituições religiosas e não de tratamento; aumenta a quantidade de leitos de internação e a quantidade de investimento em cada leito, estimulando o reaparecimento dos grandes hospitais psiquiátricos que com muito esforço foram desmontados pela Reforma Psiquiátrica. São práticas de retorno à episteme da periculosidade e investimentos opostos a política de saúde mental implementada no Brasil.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas e Sociais (CEP-CHS) da Universidade de Brasília (UnB)

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas institucionais dos magistrados goianos nas decisões que decretam e extinguem medidas de segurança

Pesquisador: MARIANE OLIVEIRA JUNQUEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85565818.3.0000.5540

Instituição Proponente: Faculdade de Direito da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.669.339

Apresentação do Projeto:

Este Projeto de Mestrado, vinculado à Faculdade de Direito da UnB, busca entender como o controle penal se relaciona com a Lei nº.10216/2001 no campo das decisões dos magistrados goianos em relação à imposição e extinção de medidas de segurança por meio do PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) em Goiás.

Entender como a periculosidade se articula na prática judiciária dentro de uma região administrativa que tem um programa de não internação em HCTP (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico). A escolha metodológica foi por entrevistas com funcionários do PAILI e análise de dossiês que estão no banco de arquivo do PAILI a partir do ano 2014 (início das normativas sobre aplicar a lei nº10.216/2001 nas medidas de segurança).

Essa pesquisa vai se restringir a compreender esta relação: entre os magistrados em suas decisões para execução do tratamento compulsório dos sujeitos em medida de segurança e o PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator. Buscamos entender como o judiciário se posiciona frente à atividade de desmanicomialização do PAILI.

A hipótese é que o judiciário produz institucionalmente uma política manicomial em um Estado que não possui manicômios judiciários.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1592

E-mail: cep_chs@unb.br

**UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.669.339

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo principal desta pesquisa é analisar as decisões dos magistrados goianos em relação à melhor terapêutica aplicada nos casos de medida de segurança. Os juízes costumam determinar internação ou tratamento ambulatorial? Os juízes costumam aplicar em suas decisões a Lei nº.10.216/2001?

Observar, na prática judiciária, o discurso dos magistrados goianos quanto à implementação ou não da reforma psiquiátrica nas medidas de segurança e a construção da periculosidade que justifica internação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Texto informado pela pesquisadora:

Riscos: Não existem riscos do ponto de vista ético em relação à coleta de dados documentais, já que são partes de autos de processos que são públicos. Para os participantes das entrevistas, a saber, funcionários do PAILI, seu idealizador, e magistrados podem existir riscos de danos morais e emocionais. Contudo, a pesquisa irá seguir um tratamento respeitoso e ético de forma a garantir que o entrevistado não sofra estes riscos. O entrevistado será informado sobre os riscos existentes e também poderá retirar-se da pesquisa assim que quiser, antes, durante ou depois da coleta, inclusive poderá pedir para retirar sua entrevista integral ou parcialmente da pesquisa mesmo após a coleta. Há também o risco de se sentir desconfortável em relação a alguma pergunta, ficando livre para respondê-la ou não. Iremos fazer a devolutiva da pesquisa, juntamente com seus resultados finais aos entrevistados e à equipe do PAILI, antes de sua publicação final, cabendo a possibilidade de retirada de quaisquer informações desde que solicitado pelos entrevistados.

Benefícios: A pesquisa é inédita. No campo de estudos sobre o PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, não tivemos nenhuma pesquisa voltada a analisar o conteúdo das decisões dos magistrados goianos quanto à implementação ou não da reforma psiquiátrica nas medidas de segurança, muito menos que observe nessa análise de conteúdo das decisões o racismo institucional. Tem muita importância no ponto de vista acadêmico, já que avançará nos estudos sobre o campo. Irá beneficiar também o PAILI, já que essa pesquisa busca fortalecer a relação institucional do judiciário na figura dos seus magistrados com uma aplicação de uma

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

**UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.669.339

medida de segurança mais condizente com os princípios antimanicomiais da Lei Federal nº.10.216/2001, segundo os preceitos do PAILI. A pesquisa irá fortalecer a implementação da reforma psiquiátrica nas medidas de segurança, já que terá esse panorama como enfoque e divulgará o PAILI como prática inovadora. Para a universidade, estará contribuindo com a geração e difusão do conhecimento sobre o PAILI. Atuando na pesquisa, e gerando publicações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta: O corpus de análise empírica será entrevista com idealizadores do programa, quais sejam, Haroldo Caetano da Silva, antiga coordenadora do programa Maria Aparecida Diniz e coordenadora atual do programa, Carlene Borges Soares. Também serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os demais funcionários do PAILI, a fim de coletar elementos sobre as decisões específicas dos magistrados e sobre a relação institucional, já que cada funcionário é responsável por acompanhar um grupo de processos. Por outro lado, a coleta e a análise de dados das decisões dos magistrados se dará por meio de análise de conteúdo. Por questão de delimitação da pesquisa, o foco ocorrerá nos documentos que estão arquivados no banco de processos no PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator -, especialmente sentença e despachos. A técnica de pesquisa “análise de conteúdo” pode contribuir para a sistematização e interpretação das decisões dos magistrados goianos, e sua relação causa-efeito: a articulação do dispositivo da periculosidade ou avaliação psicossocial na prática judiciária em relação à internação dos sujeitos à medida de segurança e extinção das medidas de segurança. A pesquisadora considera interessante trazer para o trabalho a análise do conteúdo da decisão que extingue as medidas de segurança já que neste caso os magistrados elaboram uma série de requisitos a serem cumpridos pelo sujeito em liberdade condicional, requisitos que podem dizer muito sobre o tipo de controle exercido.

Os participantes da pesquisa serão 10, sendo:

8 Funcionários PAILI (Entrevistas semiestruturadas)

2 Magistrados (Entrevistas semiestruturadas)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- TCLE adequado
- Aceite Institucional da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde que abrange os servidores e os processos arquivados;
- Justificativa para dispensa de Aceite Institucional para os magistrados;

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

**UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.069.339

- Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa;
- Roteiro de entrevista;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência ou inadequação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1075473.pdf	09/05/2018 00:46:50		Aceito
Declaração de Pesquisadores	DispensaAceiteExCoord.pdf	09/05/2018 00:46:07	MARIANE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DispensaAceiteMagistrado.pdf	09/05/2018 00:43:56	MARIANE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ColetaDados.pdf	15/03/2018 16:06:28	MARIANE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	15/03/2018 16:04:13	MARIANE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	curriculo.pdf	15/03/2018 16:01:45	MARIANE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	15/03/2018 16:00:50	MARIANE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartaderevisaoetica.pdf	05/03/2018 17:13:21	MARIANE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	05/03/2018 16:41:05	MARIANE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AutorizacaoImagem.pdf	08/02/2018 18:38:12	MARIANE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CartaDeEncaminhamento.pdf	08/02/2018 18:33:30	MARIANE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoDeResponsabilidade.pdf	08/02/2018 18:32:33	MARIANE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceiteInstitucional.pdf	08/02/2018 18:28:02	MARIANE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	08/02/2018 18:25:39	MARIANE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.069.339

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/02/2018 18:25:39	MARIANE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
---------------------------	----------	------------------------	-------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 22 de Maio de 2018

Assinado por:
Érica Quinaglia Silva
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

ANEXO B – Aceite institucional para pesquisa nos arquivos do PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

ACEITE INSTITUCIONAL

A **Sra. Evanilde Fernandes Costa Gomides** - Superintendente de Políticas de Atenção Integral à Saúde, do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator - PAILI, está de acordo com a realização da pesquisa *Práticas institucionais dos magistrados goianos nas decisões que decretam e extinguem medidas de segurança*, de responsabilidade da pesquisadora *Mariane Oliveira Junqueira*, estudante de mestrado no Departamento de Direito, Programa de Pós Graduação em Direito (PPGD) da Universidade de Brasília (UNB), realizada sob orientação de *Dra. Camila Cardoso de Mello Prado*, após revisão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília.

O estudo envolve a realização de entrevistas semiestruturadas com funcionários e coordenadora do PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, bem como análise das decisões de decretação de medida de segurança dos magistrados (apenas as decisões arquivadas no banco de processos que estão ativos no PAILI). A pesquisa terá a duração de 04 meses, com previsão de início em maio/2018 e término em agosto/2018. O conteúdo das entrevistas e os arquivos servirão de subsídio à construção da dissertação de mestrado da pesquisadora no âmbito do PPGD-UNB.

Eu, **Evanilde Fernandes Costa Gomides**, Superintendente de Políticas de Atenção Integral à Saúde, do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator - PAILI, declaro conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial as Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016. Esta Superintendência foi informada na condição de copartícipe deste projeto de pesquisa, do compromisso dos pesquisadores no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes deste projeto. Outrossim, os pesquisadores se comprometem desde já a oferecer a infraestrutura necessária para garantir tal segurança e bem-estar.

Goiânia, 08 de fevereiro de 2018.

EVANILDE FERNANDES COSTA GOMIDES
Superintendente de Políticas de Atenção Integral à Saúde

Evanilde Fernandes Costa Gomides
Superintendente de Políticas de Atenção
Integral à Saúde / SES-GO

ANEXO C – Termo de responsabilidade pelo uso de informações e cópias de documentos para fins de pesquisa

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO USO DE INFORMAÇÕES E CÓPIAS DE DOCUMENTOS PARA FINS DE PESQUISA

Mariane Oliveira Junqueira, portador/a do documento de identificação nº5159408/SPTC-GO e do CPF nº 023-576-131-14 domiciliado/a à/ao/na/no, Rua U-006, quadra 22, lote 08, casa 02, Setor Universitário, cidade Rio Verde, estado Goiás,

DECLARA estar ciente:

- a) De que os documentos aos quais solicitou acesso e/ou cópias são custodiados pelo/a PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator;
- b) Da obrigatoriedade de, por ocasião da divulgação, se autorizada, das referidas reproduções, mencionar sempre que os respectivos documentos em suas versões originais pertencem ao acervo do/da PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator;
- c) De que as cópias dos documentos objetos deste termo não podem ser repassadas a terceiros;
- d) Das restrições a que se referem os art. 4º e 6º da Lei nº 8.159, de 08.01.1991 (Lei de Arquivos); da Lei nº 9.610, de 19.02.1998 (Lei de Direitos Autorais); dos art. 138 a 145 do Código Penal, que preveem os crimes de calúnia, difamação e injúria; bem como da proibição, decorrente do art. 5º, inciso X, da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, de difundir as informações obtidas que, embora associadas a interesses particulares, digam respeito à honra e à imagem de terceiros;
- e) De que a pessoa física ou jurídica, responsável pela utilização dos documentos, terá inteira e exclusiva responsabilidade, no âmbito civil e penal, a qualquer tempo, sobre danos materiais ou morais que possam advir da divulgação das informações contidas nos documentos bem como do uso das cópias fornecidas, eximindo, consequentemente, de qualquer responsabilidade, o PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator;

DECLARA igualmente que as informações e as cópias fornecidas serão utilizadas exclusivamente por Mariane Oliveira Junqueira para fins de pesquisa no âmbito do projeto *Práticas institucionais dos magistrados goianos nas decisões que decretam e extinguem medidas de segurança* vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Brasília.

Brasília, 08 de fevereiro de 2018.

Mariane Oliveira Junqueira
Assinatura do/da pesquisador/a (64) 98338-2368
mariane-junqueira@hotmail.com