



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE DO PARANÁ
CAMPUS DE JACAREZINHO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA JURÍDICA**

Letícia Gabriella Almeida

**MEDIDA DE SEGURANÇA E REFORMA PSIQUIÁTRICA:
A DESCONSTRUÇÃO DO MODELO PENAL-PSIQUIÁTRICO DO
ASILAMENTO COMO ALTERNATIVA À INCLUSÃO SOCIAL DO
SUJEITO INIMPUTÁVEL**

JACAREZINHO - PR

2018

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA JURÍDICA

Letícia Gabriella Almeida

**MEDIDA DE SEGURANÇA E REFORMA PSIQUIÁTRICA:
A DESCONSTRUÇÃO DO MODELO PENAL-PSIQUIÁTRICO DO
ASILAMENTO COMO ALTERNATIVA À INCLUSÃO SOCIAL DO
SUJEITO INIMPUTÁVEL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciência Jurídica do Centro de Ciências Sociais Aplicadas do Campus de Jacarezinho da Universidade Estadual do Norte do Paraná, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Giacoia

JACAREZINHO - PR

2018

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE DO PARANÁ - UENP
FACULDADE DE DIREITO DO NORTE PIONEIRO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**MEDIDA DE SEGURANÇA E REFORMA PSIQUIÁTRICA:
A DESCONSTRUÇÃO DO MODELO PENAL-PSIQUIÁTRICO DO
ASILAMENTO COMO ALTERNATIVA À INCLUSÃO SOCIAL DO
SUJEITO INIMPUTÁVEL**

Letícia Gabriella Almeida

BANCA EXAMINADORA:

Presidente: Dr. Gilberto Giacoia

2º membro: Dr. Eliezer Gomes da Silva

3º membro: Dra. Denise Hammerschmidt

*Dedicado àqueles que não se calam,
ainda que tenham lhes tirado a voz.*

*Ao finalizar esse trabalho, debruçei-me aos **agradecimentos**. Eram tantos, que diversas páginas poderiam ser preenchidas por nomes, instituições e projetos. Mais efetivo do que isso, penso eu, é agradecer algumas pessoas, em nome das quais gostaria de expressar minha gratidão a todos aqueles que, em algum momento, estiveram dispostos a me oferecer amparo.*

Sendo assim, agradeço...

Inicialmente, e sempre, a Deus. A Ele, que me ensinou, desde pequena, que “tudo é possível ao que crê” (Marcos 9:23), minha eterna gratidão.

Aos meus pais, João e Miriam, por tudo. Nada do que fiz ou farei seria possível sem vocês. Obrigada pelo olhar de orgulho que direcionaram a mim desde as minhas primeiras conquistas, é ele que me incentiva e instiga a sempre querer mais. À minha irmã, Lauren, por ser minha melhor amiga e meu porto seguro. Ao meu cunhado, Junior, pela força que carrega dentro de si, e pelo seu coração bondoso.

Ao meu parceiro de vida, Fernando, por estar sempre ao meu lado. Por me incentivar quando nem eu mesma acreditava que era capaz e, ainda, por me apresentar à sua família, família essa que me acolheu de braços abertos e que eu também incluo nesses agradecimentos.

Ao meu orientador, Dr. Gilberto Giacoia. Muito mais do que orientar, suas palavras de incentivo e bondade fizeram com que a conclusão desse mestrado fosse leve e estimulante, lembrando-me sempre, nas entrelinhas, que a proteção ao ser humano vai muito além de um tema de pesquisa, é nossa missão e nosso dever.

Ainda sobre incentivar, agradeço ao meu primeiro orientador e grande entusiasta da academia, Prof^o Luiz Fernando Kazmierczak, por ter guiado meus trabalhos da graduação e, principalmente, por ter me apoiado na decisão de seguir para o mestrado com os olhos voltados a esse tema que sempre nos encantou.

Aos meus amigos, que não pouparam esforços para me auxiliar nesse trabalho. Entre eles, agradeço especialmente à Nayara, Bianca e Luana, pela ajuda dispensada na reta final dessa etapa e de tantas outras, e aos queridos vizinhos do “feudo”, que acompanharam essa jornada e foram tão imprescindíveis nesses dois anos.

Agradeço, ainda, àqueles que conheci através do Gabinete da Vara Cível de Jacarezinho/PR. Em especial, meu agradecimento ao Dr. Roberto, Nanny e Heloísa, pela disposição de sempre e por tudo o que me ensinaram, como profissional e como pessoa.

À XIII Turma do Programa de Mestrado. Ressalto, nessa oportunidade, minha gratidão ao Marco Antônio, companheiro dos prazos e desesperos; à Natalina, que sempre esteve disposta a sanar minhas dúvidas e direcionar meus passos; e, aos formandos 2017 e 2020, turmas que tive o prazer de chamar, durante algum tempo, de minhas. Foi uma honra e um aprendizado indescritível.

Enfim, agradeço à Universidade Estadual do Norte do Paraná, cujo agradecimento se estende a todos os professores, colegas, funcionários e alunos. Entrei caloura, saio mestra, e tudo isso devo a essa instituição. Obrigada por ter me oferecido o que tinha de melhor, saio com a convicção de que também dei o meu máximo, e ainda assim não pude retribuir tudo o que aprendi e tomei como lição nos muros dessa nossa casa.

A todos, sem distinção, meu muito obrigada.

*A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dois passos. Por mais que eu caminhe, jamais eu alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu **não deixe de caminhar**.*

Eduardo Galeano
III Fórum Social Mundial,
Porto Alegre

A aprovação da presente dissertação não significará o endosso do Professor Orientador, da Banca Examinadora e da Universidade Estadual do Norte do Paraná à ideologia que a fundamenta ou que nela é exposta.

ALMEIDA, Letícia Gabriella. MEDIDA DE SEGURANÇA E REFORMA PSIQUIÁTRICA: A DESCONSTRUÇÃO DO MODELO PENAL-PSIQUIÁTRICO DO ASILAMENTO COMO ALTERNATIVA À INCLUSÃO SOCIAL DO SUJEITO INIMPUTÁVEL. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciência Jurídica) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Jacarezinho – PR.

RESUMO

O presente estudo se propõe a analisar os reflexos da reforma psiquiátrica no âmbito da medida de segurança, notadamente em razão de sua finalidade especial positiva, qual seja, a reinserção do sujeito inimputável. Como se sabe, a par dos séculos de discriminação e isolamento dispensado à pessoa com transtorno mental, o período pós-guerra foi marcado pela propagação de ideais reformistas e de ruptura com a psiquiatria clássica. No Brasil, a influência da psiquiatria democrática italiana e a busca pela desinstitucionalização tornaram-se evidentes com a publicação da Lei 10.216/01, cuja redação prevê direitos ao internado e ressalta a excepcionalidade da internação. A mera disposição legal, contudo, não é suficiente para promover a inclusão social e a dignidade dessas pessoas, que convivem diariamente com sequelas do isolamento e com a carência de recursos profissionais e humanos. Em meio a esse contexto, ainda, é preciso voltar os olhos à situação do indivíduo que, além de ser diagnosticado com algum transtorno mental, pratica uma infração penal. Isso porque, uma vez constatada a inimputabilidade e periculosidade do agente, a ele pode ser aplicada uma consequência jurídica conhecida como medida de segurança, a qual, em sua modalidade detentiva, implica no encaminhamento do inimputável a um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Em que pese não tenha finalidade retributiva, sabe-se que referida estrutura se enquadra no sistema penitenciário, de modo que a implantação de políticas de saúde e o progresso dos tratamentos dependem da aprovação de um sistema predominantemente punitivo. Diante disso, buscou-se com a pesquisa em tela ressaltar os óbices encontrados na implantação dos ideais reformistas, bem como destacar algumas medidas que podem viabilizar a inclusão social desses indivíduos, entre as quais a desinternação progressiva, o fortalecimento de laços familiares, as políticas públicas de inserção no mercado e a expansão de locais especializados na recuperação e retorno à sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Medida de segurança; finalidade especial positiva; reinserção do sujeito inimputável; Lei 10.216/01; hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

ALMEIDA, Letícia Gabriella. SECURITY MEASUREMENT AND PSYCHIATRIC REFORM: THE DECONSTRUCTION OF THE CRIMINAL-PSYCHIATRIC MODEL OF INTERNMENT AS AN ALTERNATIVE TO THE SOCIAL INCLUSION OF THE INIMPUTABLE INDIVIDUAL. 2018. Dissertation (Master in Juridical) – Northern Parana State University Law School, Jacarezinho – PR.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the psychiatric reform reflexes within the scope of the security measure, notably because of its special positive purpose, that is the reintegration of the unimputable individual. As it is known, bonded with centuries of discrimination and isolation, the post-war period was marked by the propagation of reformist ideals and rupture with classical psychiatry. In Brazil, the influence of Italian democratic psychiatry and the search for deinstitutionalization became evident with the publication of Law 10.216 / 01, whose writing provides rights to the inmate and highlights the exceptionality of hospitalization. However, the mere legal provision is not enough to promote the social inclusion and dignity of these people, who live daily with the consequences of isolation and lack of professional and human resources. In this context, it is necessary turn eyes to the situation of the individual who practices a criminal offense, in addition to being diagnosed with some mental disorder. This occurs because, once the agent's unimputability and dangerousness have been noted, a legal consequence can be applied, known as a security measure, which, in its detention modality, results in routing to a psychiatric custody and treatment hospital. Spite of the fact that it has no retributive purpose, it is known that this structure is part of the penitentiary system, so that the implementation of health policies and the progress of treatment depends on the approval of a predominantly punitive system. Considering this, the research sought to highlight the obstacles encountered in the implementation of reformist ideals, as well as highlighting some measures that may enable the social inclusion of these individuals, among them the progressive disinternation, strengthening of family ties, policies and the expansion of specialized facilities in the recovery and return to society.

KEYWORDS: Security measure; special positive purpose; reintegration of the unimputable individual; Law 10.216/01; psychiatric custody and treatment hospital.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANIS	Instituto de bioética
CAPS	Centro de atenção psicossocial
CF	Constituição Federal
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CP	Código Penal
CPP	Código de Processo Penal
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DINSAM	Divisão nacional de saúde mental
ECTP	Estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico
GAPH	Grupo de acompanhamento da assistência psiquiátrica hospitalar
HCTP	Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico
LEP	Lei de Execução Penal
MTSM	Movimento dos trabalhadores em saúde mental
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAILI	Programa de atenção integral ao louco infrator
PAI-PJ	Programa de atenção integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental
SRT	Serviços residenciais terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 ORIGENS DA SEGREGAÇÃO: ANÁLISE HISTÓRICO-SOCIAL DO TRATAMENTO DISPENSADO À LOUCURA	14
1.1 A loucura sob a perspectiva do modelo mítico-teológico	17
1.2 O século XVII e a grande internação.....	21
1.3 A inserção da loucura no âmbito da assistência social.....	23
1.4 O Direito Internacional dos Direitos Humanos e a psiquiatria democrática italiana	28
2 DO HOSPÍCIO AO MANICÔMIO JUDICIÁRIO: AS ESTRUTURAS HOSPITALOCÊNTRICAS NO BRASIL	37
2.1 Aspectos históricos da loucura no Brasil	37
2.2 Movimentos reformistas e Lei 10.216/01	44
2.3 O louco infrator e os precedentes da medida de segurança	53
3 REFLEXÕES ACERCA DA INTERNAÇÃO SOB A PERSPECTIVA DA MEDIDA DE SEGURANÇA DETENTIVA	60
3.1 A prática do ilícito-típico penal e a constatação da periculosidade do agente	60
3.2 A medida de segurança na dogmática penal.....	66
3.2.1 Dignidade da pessoa humana e Política Criminal: Reflexos da Constituição de 1988 na aplicação da medida de segurança	67
3.2.2 Aspectos legais acerca da reforma de 1984 e da Lei da Execução Penal	72
3.3 A realidade manicomial nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico do Brasil	76
4 DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA E INCLUSÃO SOCIAL: MECANISMOS E DESAFIOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	88
4.1 Reflexos da reforma psiquiátrica na medida de segurança e obstáculos para sua implementação	89
4.2 A reinserção do paciente por meio da desinternação progressiva	100
4.3 Medidas alternativas com vias à inclusão social do sujeito inimputável.....	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	124

INTRODUÇÃO

A reforma das instituições psiquiátricas e a crítica ao modelo psiquiátrico clássico é tema recorrente no campo da saúde mental desde o início do século XX, período no qual a subjetividade ganha relevância, e o homem deixa de ser visto como um *locus* em que ocorrem as doenças para ser visto como um ser no mundo, sujeito ou agente de processos afetivos.

Essa reconstituição dos paradigmas do saber psiquiátrico vai ao encontro da valorização do princípio da dignidade humana e do princípio da isonomia, entretanto, esbarra nos séculos de isolamento e exclusão social vivenciados pela pessoa com transtorno mental, cuja invisibilidade não fica adstrita aos muros da instituição, mas prenuncia a viabilidade econômica e os anseios da coletividade.

No âmbito do Direito Penal, a realidade é ainda mais alarmante. Isso porque, ao praticar um delito, a pessoa com transtorno mental pode ser submetida à medida de segurança que, em sua modalidade detentiva, implica na internação nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), cuja estrutura precária e a carência de profissionais prejudica o tratamento e, muitas vezes, agrava o quadro do paciente.

Diante disso, e considerando que o HCTP é um reflexo da cultura do isolamento e da predominância do sistema asilar, o presente estudo tem como objetivo apontar falhas do sistema penal-psiquiátrico do asilamento e destacar algumas medidas que viabilizem a concretização de ideais da reforma psiquiátrica também na esfera do Direito Penal.

Para tanto, buscou-se a superação do modelo científico dualista-racionalista, de modo a ingressar em um complexo campo de incertezas cuja temática vai além da psiquiatria, da neurociência e da psicologia, alcançando manifestações culturais, sociológicas e ideológicas.

Isso porque, ainda que tenha fundamento legal, a consequência jurídica de um delito praticado por agente com transtorno mental inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (Art. 26, CP) sofre a influência de diversos campos do conhecimento que transpõem o estudo jurídico e devem ser apontadas, ainda que de forma breve, a fim de evitar que a multidisciplinariedade da temática seja um impasse ao seu desenvolvimento.

Assim, o trabalho tem início com uma exposição acerca das particularidades da patologia mental quando contrastada com a patologia orgânica. Enquanto a Medicina tem, na Fisiologia, todo respaldo necessário à verificação da patologia orgânica, a patologia mental não fica restrita à Psicologia, mas se expande a um campo polissêmico e plural que envolve a integração de diversas áreas do conhecimento.

Ao utilizar como referencial teórico Michel Foucault, compreende-se que a doença se expressa na forma de um processo regressivo, na medida em que substitui comportamentos mais complexos por comportamentos simples e automáticos. Esse processo, no entanto, revela apenas um de seus aspectos descritivos, ao passo que sua origem exige a constatação de outros fatores. Entre eles, o filósofo destaca a história individual do sujeito, e a cultura na qual ele está inserido.

A questão cultural representa, aqui, todo o processo de normalidade construído ao longo dos séculos, na medida em que aqueles cujos reflexos naturais se aproximam mais do comportamento que caracteriza sua sociedade são favorecidos, e aqueles cujos reflexos naturais se inserem num comportamento que não existe em sua civilização são vistos como desorientados. Cada cultura, portanto, fará da doença uma imagem, em que o perfil é delineado pelo conjunto das virtualidades antropológicas que ela descarta ou reprime.

À vista disso, o primeiro capítulo é dedicado a uma análise histórico-social do tratamento dispensado à loucura. Serão analisados os primeiros sinais da cultura da institucionalização, o processo de medicalização do hospital, e a resistência ao controle e disciplina do manicômio por meio dos movimentos reformistas e de ruptura.

O segundo capítulo direciona a questão cultural ao contexto brasileiro. Sob influência direta da psiquiatria convencional, o processo de internação no Brasil teve início no século XIX, com a chegada da família real portuguesa, e só passou a ser questionado por volta de 1970, com o declínio da ditadura e o processo da redemocratização. No âmbito legislativo, aprovou-se em 2001, após 12 anos de tramitação, a Lei 10.216/01, conhecida como a “Lei da reforma psiquiátrica”. O diploma legal em tela redireciona o modelo assistencial em saúde mental e determina que a internação, vista até então como regra, transforme-se em medida excepcional.

Ocorre que, conforme já mencionado, a internação em hospitais psiquiátricos não é a única medida restritiva de liberdade da pessoa com transtorno mental. O Código Penal prevê, ainda, a imposição da medida de segurança como consequência

jurídica de um delito praticado por um inimputável, agente que, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Isto posto, o terceiro capítulo é direcionado ao estudo dos pressupostos, da dogmática e da realidade da medida de segurança no Brasil. Em especial, será observada a medida de segurança detentiva, cujo cumprimento se dá no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico durante um prazo indeterminado, sujeito à cessação da periculosidade do indivíduo. Serão apresentados dados colhidos por inspeções governamentais e reportagens jornalísticas, os quais pretendem, sobretudo, ressaltar algumas críticas direcionadas ao arcabouço jurídico que envolve o tema e à incompatibilidade entre direitos elencados na Constituição Federal e na Lei 10.216/01 quando confrontados à realidade dessas instituições.

Esclarecido o que dispõe o texto legal e demonstrado o ambiente e a situação dos HCTP's no Brasil, o último capítulo visa esclarecer a viabilidade e os óbices na aplicação da reforma psiquiátrica no âmbito das medidas de segurança, bem como algumas alternativas com vias à inclusão social do sujeito inimputável. Entre elas, destacar-se-á o instituto da desinternação progressiva, processo que visa promover a reinserção do indivíduo à comunidade de forma gradual, com vistas a conscientizar o paciente e a sociedade acerca da importância de sua integração.

1 ORIGENS DA SEGREGAÇÃO: ANÁLISE HISTÓRICO-SOCIAL DO TRATAMENTO DISPENSADO À LOUCURA

Tratando-se de tema multidisciplinar, evidente que o estudo do tratamento dispensado à pessoa com transtorno mental¹ vai muito além da ciência jurídica, encontrando respaldo em diversas áreas do conhecimento.

Entre elas, para fins do presente estudo, destaca-se a Medicina, cujo maior desafio consiste na necessidade de buscar métodos distintos daqueles aplicados à patologia orgânica, visto que a definição de ambas as patologias, em um só domínio, se mostra insuficiente para explicar as doenças mentais. Ao tratar do assunto, Michel Foucault ressalta (2009, p. 17): “(...) a Psicologia nunca pôde oferecer à Psiquiatria aquilo que a Fisiologia deu à Medicina: o instrumento de análise que, delimitando a perturbação, permitiria encarar a relação funcional desse dano com o conjunto da personalidade”.

Tais dificuldades evidenciam que, ao contrário do que pode ocorrer na patologia orgânica, a patologia mental impossibilita a formação de um diagnóstico com base apenas em exames, sendo necessária a consideração do indivíduo em sua historicidade, observado em sua própria existência. Partindo dessa premissa, a obra “doença mental e psicologia”, de Michel Foucault, trata da evolução da doença mental a partir do próprio homem, e não das abstrações sobre as doenças.

Ao relacionar o estudo à evolução do próprio ser humano, constata-se que determinados fenômenos – como a preeminência das reações automáticas, a sucessão constantemente desfeita e desordenada dos comportamentos e a forma explosivas das reações emocionais – são característicos de um nível arcaico na evolução do indivíduo, o que acaba por designar um processo regressivo na doença. Nesse ínterim (FOUCAULT, 2009, p. 25/26):

¹ A questão da nomenclatura é tema bastante controverso no âmbito da saúde mental. Isso porque, enquanto a Lei 10.216/01 faz menção à “pessoa portadora de transtorno mental”, a psiquiatria compreende que o termo “portador” remete o transtorno a um fardo, um peso inseparável e indistinguível do sujeito. Diante disso, no campo da saúde mental e atenção psicossocial se tem utilizado falar de sujeitos “em” sofrimento psíquico ou mental (AMARANTE, 2007, p. 68). No presente trabalho, optou-se pelo termo “pessoa com transtorno mental” em razão da alteração trazida pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência. Ainda que não se confunda deficiente intelectual com transtorno mental, vislumbra-se que no campo do Direito “pessoa com transtorno mental” é o termo que mais se aproxima da ideia de sujeito de direito, razão pela qual será a nomenclatura utilizada durante a pesquisa.

Se, pois, num único movimento, a doença faz surgir sinais positivos e negativos, se suprime e exalta ao mesmo tempo, é na medida em que, retornando a fases anteriores da evolução, faz desaparecer as aquisições recentes, redescobrimo as formas de comportamentos normalmente ultrapassados. A doença é o processo ao longo do qual se desfaz a trama da evolução, suprimindo primeiro, e nas suas formas mais benignas, as estruturas mais recentes, afectando em seguida, no seu acabamento e no seu ponto de gravidade supremo, os níveis mais arcaicos. Logo, a doença não é um déficit que atinge às cegas uma faculdade ou outra; há no absurdo do mórbido uma lógica que é preciso saber ler: a própria lógica da evolução natural.

A doença revela a própria natureza em um processo invertido, na medida em que substitui comportamentos mais complexos por comportamentos simples e automáticos.

Sob o ponto de vista sociológico, fica claro que entre os comportamentos suprimidos – ou seja, prejudicados pela doença – está o próprio diálogo, visto que foi necessária uma verdadeira evolução social para que ele se tornasse um modo de relação inter-humana. Acerca do tema (FOUCAULT, 2009, p. 31):

Consoante a sua gravidade, cada doença suprime este ou aquele comportamento que, na sua evolução, a sociedade tinha tornado possível, substituindo-o por formas comportamentais arcaicas: 1) O diálogo, como forma suprema de evolução da linguagem, dá lugar a uma espécie de monólogo, em que o sujeito conta a si próprio aquilo que faz, ou então entabula com um interlocutor imaginário um diálogo que seria incapaz de ter com um parceiro real [...] 2) Perdendo a virtualidade ambígua do diálogo e apreendendo a palavra apenas através da faceta esquemática que ela apresenta ao sujeito falante, o doente perde o domínio do seu universo simbólico; e o conjunto das palavras, dos sinais e ritos – em suma, de tudo aquilo que o mundo humano tem de alusivo e referencial – deixa de estar integrado num sistema de equivalências significativas.

O trecho transcrito evidencia a falta de identidade entre o sujeito que adquire a doença com os demais indivíduos que compõem a sociedade. Tal relação, quando observada sob a ótica da democracia, revela uma falta de representatividade da pessoa com transtorno mental, que se mantém envolta de uma realidade própria e deixa de ter voz no seio social.

Cabe ressaltar que Foucault, ao analisar a doença mental, esclarece que a regressão deve ser tida como um dos aspectos descritivos da doença, mas que não pode esgotar o conjunto do caso patológico. Isso porque, a análise regressiva descreve a orientação da doença, mas não determina sua origem (2009, p. 36/37). A

regressão deve ser observada em conjunto com a história individual do sujeito, a fim de buscar o real alcance do devir psicológico².

Nesse ponto, ressalta-se, novamente, a dificuldade em tratar do tema proposto. Em primeiro lugar, porque o processo regressivo da doença e a dificuldade do diálogo impossibilita uma maior autonomia dos indivíduos com transtorno mental. Por outro lado, a necessidade de recorrer à história individual torna o processo mais complexo e mais dependente de recursos.

Uma vez abordadas as dimensões psicológicas da doença, quais sejam, a evolução da doença mental, a história individual e a própria existência, Foucault chama atenção para o fato de que conhecer a história do indivíduo ainda não é suficiente para determinar a origem da doença.

Em que pese a questão da evolução orgânica e da história psicológica revelarem as formas de aparecimento da doença, essas não conseguem demonstrar as condições de seu surgimento. Para Foucault (2009, p. 73), “nelas se manifesta decerto a doença, nelas se descortinam as suas modalidades, as suas formas de expressão, o seu estilo. É, porém, noutra lugar que o desvio psicológico tem, enquanto tal, as suas raízes”.

Ao partir desse pressuposto, o autor introduz a influência da cultura no tratamento dispensado à pessoa com transtorno mental. Tal posicionamento já havia se consolidado com o filósofo Emile Boutroux, o qual afirmava que “as leis psicológicas, mesmo as mais gerais, são relativas a uma fase da humanidade” (apud FOUCAULT, 2009, p. 73).

A antropóloga americana Ruth Benedict também trata da seletividade cultural, afirmando que cada cultura escolhe determinadas virtualidades, que formam a constelação antropológica do ser humano. Nesse sentido (1982, p. 14/15):

Não há ninguém que veja o mundo com uma visão pura de preconceitos. Vê-o, sim, com o espírito condicionado por um conjunto de costumes, e instituições, e modos de pensar. Nem mesmo nas suas concepções filosóficas ele consegue subtrair-se a esses estereótipos; até os seus conceitos do verdadeiro e falso são ainda referidos aos seus particulares costumes tradicionais. (...) A história individual de cada pessoa é acima de tudo uma acomodação aos padrões de forma e de medida tradicionalmente transmitidos na sua comunidade de geração para geração. Desde que o

² Compreende-se como devir psicológico, ao mesmo tempo, evolução e história; o tempo do psiquismo deve ser analisado simultaneamente segundo o anterior e o actual (ou seja, em termos evolutivos), mas também de acordo com o passado e o presente (ou seja, em termos históricos) (FOUCAULT, 2009, p. 39).

indivíduo vem ao mundo os costumes do ambiente em que nasceu moldam a sua experiência dos factos e a sua conduta.

Evidente, do exposto, que assim como são favorecidos aqueles cujos reflexos naturais se aproximam mais do comportamento que caracteriza sua sociedade, assim se mostram desorientados aqueles cujos reflexos naturais se inserem num comportamento que não existe em sua civilização. Cada cultura, portanto, fará da doença uma imagem, em que o perfil é delineado pelo conjunto das virtualidades antropológicas que ela descarta ou reprime. Nesse sentido, enfatiza Foucault (2009, p. 73): “Um facto tornou-se, desde há muito, o lugar-comum da Sociologia e da Patologia Mental: a doença tem a sua realidade e o seu valor de doença apenas no seio de uma cultura que a reconhece como tal”.

A cultura se revela, então, um elemento indispensável na análise da doença, mormente pelas diferentes abordagens ao longo da história, as quais foram contornadas em face do Estado, da classe dominante ou do interesse econômico envolvido.

Diante de tais premissas, o presente capítulo dedicar-se-á ao estudo do tratamento dispensado às pessoas com transtornos mentais nas diferentes culturas, sem qualquer pretensão de esgotá-las, mas com o propósito de compreender a construção do sistema asilar e as origens da segregação sob a forma do isolamento.

1.1 A loucura sob a perspectiva do modelo mítico-teológico

Relacionada a aspectos míticos e aos deuses, a loucura, na antiguidade, tocava o sobrenatural, revelando um indivíduo com capacidade para se comunicar com o “sagrado”.

Dessa forma, em que pese tenha assumido posturas diferentes ao longo dos séculos – ora vislumbrando a loucura como uma dádiva, ora como um castigo – a sociedade estava habituada a conviver com alienados, vistos como parte da diversidade própria do mundo humano. Nesse sentido (OLIVEIRA, 2012, p. 35):

Na antiguidade, por exemplo, a loucura se relacionava a aspectos místicos, era percebida como pertencente às quimeras do mundo ligada e governada pelos deuses. Os “loucos” eram sujeitos marcados por espécie de erro ou ilusão, considerados sagrados e vagavam livres pela sociedade não havendo necessidade de expulsá-los ou bani-los do convívio social, visto que pertenciam à diversidade própria do mundo humano.

Ao seguir essa linha de pensamento, o Direito Romano entendia que o alienado, que praticasse infrações não deveria ser punido, visto que sua doença já era considerada um castigo infligido pelos deuses. Sobre tal prática, preleciona Antônio Carlos da Ponte (2012, p. 12/13):

Em Roma, a guarda da pessoa do alienado era tradicionalmente atribuída a seus parentes próximos, com a finalidade de evitar eventual prejuízo a ele ou a terceiros (...) Na hipótese de prática de infração penal, o louco não era punido sob dois fundamentos totalmente distintos: um que obedecia a considerações filosóficas e humanitárias e alicerçava-se, basicamente, na piedade inspirada pela doença, que já era considerada, na tradição pagã, um castigo infligido pelos deuses, quer por puro arbítrio, quer por punição a uma falta cometida anteriormente; e outro que levava em conta princípios jurídicos, apelando para a noção de irresponsabilidade, ou seja, a total ausência de compreensão dos atos cometidos pelo doente mental.

Nos séculos que se seguiam, o Direito perde parte de seu caráter científico e humano para converter-se em instrumento de prepotência, ora nas mãos do Estado, ora nas da Igreja.

Nesse contexto, a Idade Média reforçou a espiritualidade dos indivíduos e ressaltou a relação das coisas terrenas como consequência da vontade divina. A loucura passa a ser observada como um castigo de Deus e, sob os olhos da Inquisição, como manifestação do demônio. Nas palavras de Valéria Debórtoli de Carvalho Queiroz (2009, p. 17/18):

No período da Inquisição, a loucura era entendida como uma manifestação do sobrenatural, do demônio e desta forma foi muitas vezes associada à bruxaria. Nesse período, em tribunais dirigidos pela Igreja Católica, os “bruxos” e os hereges foram severamente perseguidos e punidos.

Foi apenas em meados do século XV que a loucura começa a integrar paisagens mais familiares, na medida em que se afasta da ideia de castigo para tornar-se objeto de crítica nas mais variadas manifestações da arte. O louco toma lugar no centro do teatro, simbolizando inquietudes e revelando verdades. Assim (FOUCAULT, 2014, p. 14):

Nas farsas e nas sotias, a personagem do Louco, do Simplório, ou do Bobo assume cada vez maior importância. Ele não é mais, marginalmente, a silhueta ridícula e familiar: toma lugar no centro do teatro, como o detentor da verdade — desempenhando aqui o papel complementar e inverso ao que assume a loucura nos contos e sátiras. Se a loucura conduz todos a um

estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada um sua verdade; na comédia em que todos enganam aos outros e iludem a si próprios, ele é a comédia em segundo grau, o engano do engano. Ele pronuncia em sua linguagem de parvo, que não se parece com a da razão, as palavras racionais que fazem a comédia desatar no cômico: ele diz o amor para os enamorados, a verdade da vida aos jovens, a medíocre realidade das coisas para os orgulhosos, os insolentes e os mentirosos.

O Renascimento revela o ápice desse encontro entre a loucura e a arte. Foram inúmeras obras que retratavam o tema, ora na forma de crítica, ora na forma de comédia.

A título de exemplo, cabe destacar a obra “Elogio da Loucura”, de 1509. Na busca de revelar à sociedade da época um espelho de si mesma, Erasmus de Rotterdam personifica a loucura como uma entidade viva, que se auto elogia e se demonstra a imperatriz da humanidade. Veja-se (ROTTERDAM, 2012, p. 20):

Vamos deixar de lado os sábios que invocam a insanidade e a impertinência para aquele que tece seu próprio elogio. Se isso é ser louco, nada me convém melhor. De fato, o que poderia convir melhor à Loucura do que enaltecer sua própria glória ao som do clarim, do que entoar seus próprios louvores? Quem poderia pintar-me com mais veracidade? Não sei de ninguém que me conheça melhor o que eu mesma. (...) Enfim, lançando mão de um velho provérbio, prefiro dizer: Se não tem que, te elogie, elogia-te a ti mesmo.

Ainda na forma de sátira, a loucura registra seu espanto pela ingratidão e indiferença dos homens, que há séculos gozam de suas benesses, mas nunca testemunharam seu reconhecimento, celebrando-a (ROTTERDAM, 2012, p. 21).

Foi também nesse contexto que Jerônimo Bosch, baseado no poema satírico de Sebastian Brant, pintou a alegoria da “Nau dos loucos”, um navio que vagava de porto em porto e que tinha como destino o paraíso dos loucos. Foucault, ao tratar do tema, explica (2014, p. 09):

Um objeto novo acaba de fazer seu aparecimento na paisagem imaginária da Renascença; e nela, logo ocupará lugar privilegiado: é a Nau dos Loucos, estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos (...) de todas essas naves romanescas ou satíricas, a Narrenschiff é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escoraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos.

Bosch recorreu à arte para reproduzir um fato social comum à época, revelando que os “alienados” eram muitas vezes deixados a vagar pelos campos ao

redor das cidades ou eram entregues a marinheiros, para que fossem levados para qualquer localidade distante de sua cidade natal.

A compreensão de tal prática foi elucidada por Michel Foucault, a partir da relação entre a água e a loucura³, *in verbis* (2014, p. 11/12):

(...) confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica. Além do mais, a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último. É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca. Esta navegação do louco é simultaneamente a divisão rigorosa e a Passagem absoluta.

A navegação revelava aos alienados a ela submetidos sua condição de passageiros por excelência. Diante da imensidão das águas, permaneciam acorrentados, sujeitos a vagar sem rumo.

Em meio a peregrinação, algumas cidades acabaram acolhendo um grande número de loucos, isolando-os em locais afastados e revelando os primeiros indicativos da exclusão e do silêncio que viria a prevalecer durante os séculos seguintes.

Tais indicativos ganham força com o final da Idade Média. A decadência do Feudalismo provocou mudanças na economia que, ao desembocar a alta de preços nos gêneros de primeira necessidade, aumentou o número de mendigos. Diante da possibilidade de surtos de violência e de criminalidade, aqueles que não representavam viabilidade econômica passaram a sofrer um processo de isolamento social, preenchendo vazios deixados pelo desaparecimento da lepra. São os primeiros sinais daquilo que, décadas depois, seria compreendido como “o período da grande internação”, tratado a seguir.

³O tema foi tratado por Foucault em diversos textos de suas obras. No livro “história da loucura” o filósofo ressalta o papel da água e da navegação. Transcreve-se (2014, p. 12): “Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada”. Na obra “Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria, psicanálise”, destaca-se a relação entre a água e a desrazão. Vejamos (2014b, p. 205): “Na imaginação ocidental, a razão pertenceu por muito tempo à terra firme. (...) A desrazão, ela, foi aquática, desde o fundo dos tempos e até uma data bastante próxima. E, mais precisamente, oceânica: espaço infinito, incerto; figuras moventes, logo apagadas, (...) tempestades ou tempo monótono, estradas sem caminho”.

1.2 O século XVII e a grande internação

O declínio do feudalismo e a evolução do processo de acumulação capitalista mercantilista para o industrial foi acompanhado de fenômenos indissociáveis, entre os quais se destacam a estruturação do Estado, a urbanização e a industrialização. O indivíduo passa, então, a ser identificado a partir da sua produtividade, o que acaba por estimular, evidentemente, o agravamento da questão social.

No que se refere ao alienado, a Idade Moderna traz consigo a ruptura da loucura com o sobrenatural. Sob a influência do racionalismo de Descartes, a ideia do sagrado é substituída pela ausência de razão, consolidando a ideia do sujeito cartesiano. Na lição de Eduardo Henrique Guimarães Torre e Paulo Amarante (2001, p. 73 – 85):

Essa nova noção de sujeito se funda no surgimento da ideia de indivíduo e se concretiza na consolidação do sujeito do conhecimento cartesiano, pautado na racionalidade científica que se torna hegemônica como método de produção de conhecimento. Fazendo emergir um pensamento mecanicista, baseado nos princípios de causalidade e previsibilidade, esta racionalidade permite o surgimento de um sujeito da Razão. A loucura se torna seu contraponto: é capturada como sujeito da desrazão.

A loucura, assim, passa a ser analisada como um distúrbio de alguma função ou estrutura orgânica, afastando-se das crenças que a associavam ao sobrenatural. Essa nova percepção influenciou diretamente no processo de exclusão social, ao passo que o alienado se distancia da ideia de “escolhido” ou “castigado” para se unir à massa de “indesejáveis”, formada por desempregados, doentes e inválidos para o processo produtivo.

Dito isso, é preciso retomar a análise da desordem social e a crise econômica provocada na Europa em face das mudanças do modo de produção. O aumento de mendigos e da população improdutiva ressaltou o quadro de exclusão social por meio da segregação, prática que foi consolidada com a Reforma Protestante, cuja doutrina associava a produção de riquezas à salvação. Nesse sentido (CHERUBINI, 1997, p. 16):

Com a reforma protestante, sustenta-se que a salvação ocorre através do trabalho, não mais através da prática de esmolas. Os loucos e os pobres começam a ser questionados por viverem na ociosidade. Julga-se que se encontram nessa situação por viverem no ócio e não produzirem riquezas através do trabalho. Passam a ser temidos como ameaça social, pela

possibilidade de surtos de violência. Proíbe-se serem auxiliados, salvo através de instituições oficiais.

Assim, iniciou-se um processo de segregação dos indivíduos considerados improdutivos. Para tratar do tema, Foucault faz menção aos leprosários, ao ressaltar que (2014, p. 06):

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão — essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual.

Verifica-se que, nesses casos, o isolamento não estava relacionado a condição da saúde mental do indivíduo, mas estendia-se a todos aqueles que destoavam dos preceitos morais e econômicos da época. Acerca do tema (FOUCAULT, 2009, p. 80/81):

Em meados do século XVII, dá-se uma mudança brusca; o mundo da loucura tornar-se-á o mundo da exclusão. Criam-se (em toda a Europa) grandes casas de internamento que não se destinam simplesmente a receber loucos, mas uma série completa de indivíduos muito diferentes entre si (...) Tais instituições não têm qualquer vocação médica; não se é admitido nelas para ser tratado; ingressa-se aí porque já não se pode, ou não se deve, fazer parte da sociedade (...) A categoria comum que agrupa todos os que residem nas instituições de internamento é a incapacidade em que se encontram de tomar parte na produção, circulação ou acumulação de riqueza (seja por culpa própria, seja por acidente). A exclusão de que são alvo é à medida de tal incapacidade, indicando o aparecimento no mundo moderno de uma cesura que não existia. O internamento esteve, pois, ligado, nas suas origens e no seu sentido primordial, a essa reestruturação do espaço social.

A primeira “house of correction”, criada com o propósito de abrigar essa parcela da população, surgiu na Inglaterra, na segunda metade do século XVI. Não obstante, o marco do fenômeno da Grande Internação se deu em 1656, com o Hospital Geral de Paris. A mendicância foi proibida sob pena de chicoteamento, e a população que vivia nas ruas foi encaminhada ao Hospital (FOUCAULT, 2014, p. 65).

Ressalta-se, ainda, que apesar do nome, os “Hospitais Gerais” ou casas de correção não tinham qualquer respaldo médico. Segundo Paulo Amarante (1995, p. 24):

O Grande Enclausuramento não é correlativo do hospital moderno, medicalizado e governado por médico. As condições de emergência de um saber e instituição médicos relacionam-se às condições econômicas, políticas e sociais que a modernidade inaugura.

Foi a partir desse contexto que a loucura perde o destaque que outrora possuía, e passa a ser um estigma social junto aos mendigos e inválidos. Nas palavras de Foucault (2009, p. 45): “A loucura, cujas vozes a Renascença acaba libertar, cuja violência porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força”. Também nesse sentido, destaca Antônio Carlos da Ponte (2012, p. 16):

Com o surgimento dos manicômios, por sua vez, reitera-se um sistema de verdadeira exclusão social, que silencia, aparentemente, a loucura, a pobreza e a própria marginalização, permitindo à ordem social dominante o controle de todo e qualquer fator perturbador. Os muros do hospício definem os limites existentes entre loucura e razão e retiram o anormal do contexto social.

O silêncio⁴ é, portanto, a característica mais marcante desse sistema, que perdura na Europa durante boa parte dos séculos XVII e XVIII e somente começa a ser percebido quando a incapacidade de alguns doentes para o trabalho e para seguir os ritmos da vida coletiva os torna distintos do resto da população encarcerada, conforme será abordado no tópico seguinte.

1.3 A inserção da loucura no âmbito da assistência social

Entre as últimas décadas do século XVIII e o início do século XIX, o quadro social da Europa sofreu algumas alterações e o incentivo à segregação de todos os indivíduos marginalizados se torna um obstáculo à acumulação de riquezas.

Sob o ponto de vista da burguesia, o internamento passa a ser visto como uma estratégia econômica inviável, na medida em que limita a produção de mão-de-

⁴ Virgílio de Mattos (2006, p. 41/45) ressalta que o silêncio dos observadores é, no que diz respeito à loucura, um traço fundamental através dos tempos. Transpassou o século 5 a.C., quando buracos eram feitos nos crânios do paciente para que os demônios, verdadeiros causadores da loucura, pudessem abandonar o corpo de que haviam se aponderado; o século XVIII, quando a terapia de indução ao vômito e as sangrias eram vistas como meios de cura; o século XIX, em que se observava a amputação do clitóris e a retirada do útero das mulheres, para fins de conter sua agitação, bem como o afogamento e a hidroterapia com a finalidade de “restaurar as funções cerebrais”; e o século XX, quando surgiram técnicas como a hibernação, que consistia em manter o paciente, às vezes por até três dias, entre cobertores congelados visando a manutenção de baixíssima temperatura corporal; o coma insulínico, em que se aplicava uma alta dose de insulina que levava o paciente ao estado de coma, reavivado com uma solução de glicose; a convulsoterapia, os eletrochoques e a lobotomia.

obra barata e demanda funções de caridade das mais diferentes camadas sociais da população economicamente ativa. Em síntese (FOUCAULT, 2014, p. 406/407):

Paradoxalmente, uma população será tanto mais preciosa quanto mais numerosa for, pois oferecerá à indústria uma mão-de-obra barata, o que, abaixando os custos de produção, permitirá um desenvolvimento da produção e do comércio. Nesse mercado indefinidamente aberto da mão-de-obra, o "preço fundamental" (...) e o preço determinado pela oferta e pela procura acabam por se encontrar. Portanto, um país será tanto mais favorecido na concorrência comercial quanto maior for, à sua disposição, a riqueza virtual de uma população numerosa.

Iniciou-se, então, um processo de libertação da população pobre, a fim de reproduzir uma mão-de-obra barata e condizente com o desenvolvimento do comércio e da indústria.

Tal prática, contudo, levanta um questionamento. Se a pobreza deve ser libertada do internamento e posta a disposição da sociedade, o que deveria ser feito em relação ao doente improdutivo?

Referida indagação provocou uma das maiores polêmicas do século XIX. Dividindo opiniões, alguns eram adeptos a instauração de um controle do Estado sobre todos os estabelecimentos de assistência, enquanto outros rejeitavam a ideia de assistência maciça (FOUCAULT, 2014, p. 411).

Foi, inclusive, nessa época, que surgiram os primeiros estudos acerca da importância da família na recuperação do doente, destacando-se uma "tríplice vantagem", a saber (FOUCAULT, 2014, p. 413):

Em primeiro lugar, sentimental, porque vendo-o todo dia, a família não perde a piedade real que sente pelo doente. Econômica, pois não será mais necessário dar a esse doente alojamento e alimentação, assegurados em sua casa. Médica, enfim, uma vez que, sem falar na meticulosidade particular dos cuidados que ele recebe, o doente não é afetado pelo espetáculo deprimente de um hospital, que todos encaram como "o templo da morte". A melancolia do espetáculo que o envolve, os contágios diversos, o afastamento de tudo o que lhe é caro agravam o sofrimento dos pacientes, e acabam por suscitar doenças que não se poderiam encontrar espontaneamente na natureza porque são como que criações próprias do hospital.

Apesar das vantagens de manter o doente no espaço familiar, sabe-se que a prática revelou diversos óbices decorrentes desse sistema. A priori, as décadas de isolamento e a dificuldade na comunicação prejudicam a identificação dos alienados, que retomam a figura de sujeito sem rumo e sem um lugar na sociedade. Ademais, enquanto famílias que possuíam recursos investiam em tratamento médico e acompanhamento, os pobres se viam em uma situação de desespero, ao passo que

não tinham capital para financiar o tratamento e não podiam deixar de trabalhar para cuidar dos filhos doentes. Ressalta-se, ainda, que “os loucos têm a particularidade de, restituídos à liberdade, poderem tornar-se perigosos para sua família e para o grupo em que se encontram. Daí a necessidade de contê-los” (FOUCAULT, 2009, p. 83).

Nesse contexto, diversas casas destinadas a receber exclusivamente os insensatos foram abertas na Europa. A diferença desse momento histórico para o período da grande internação não é a reforma das instituições ou a renovação do seu espírito, mas a posição de autonomia da loucura em relação ao desatino com o qual ela estava confusamente misturada (FOUCAULT, 2014, p. 384).

A loucura se instala, assim, em um meio caminho entre uma assistência que se esforça por reajustar e um internamento que está desaparecendo, mas que encontra justificativa no temor que a presença do doente provoca. Nesse sentido, assinala Foucault (2014, p. 429): “A exclusão dos loucos assumirá um outro sentido (...), traçara uma espécie de linha de compromisso entre sentimentos e deveres – entre a piedade e o horror, entre a assistência e a segurança”.

A reestruturação interna desse espaço torna possível que a ele sejam dadas outras funções além das de exclusão e correção, ressaltando, inclusive, a progressiva medicalização do hospital.

Para Paulo Amarante, esse processo de transformação do hospital tem relação direta com preceitos ideológicos da Revolução Francesa. Tal como o lema Igualdade, Liberdade e Fraternidade, que guiou o ideal revolucionário, todos os hospitais deveriam ser democratizados (2007, p. 25).

Ao partir dessas premissas, afasta-se a ideia de sujeito tomado pela desrazão para dar espaço ao doente, cuja patologia deve ser tratada dentro da instituição. É o período que marca, sobretudo, o início da psiquiatria. Na lição de Rivana Barreto Ricarte de Oliveira (2012, p. 39):

Com a era moderna, surge o espaço de individualização do louco e a “medicalização da loucura”, propiciando então o surgimento da psiquiatria. Para a psiquiatria da época, a cura da doença mental passaria necessariamente por um tratamento moral, dentro dos limites do hospital. A instituição psiquiátrica se organizava em torno do saber médico, que localizava a possibilidade de restabelecer a racionalidade do louco pela permanência no hospital, condição indispensável ao processo de transformação do paciente em um ser útil e obediente (...) o louco passa a ser visto não mais como o desarrazado, mas agora como alienado, isto é, como um produto da relação entre homem e mundo, no qual sua patologia o distancia de si mesmo e aliena sua natureza.

Foi nesse momento histórico que Pinel (França), Tuke (Inglaterra) e Wagnitz e Reil (Alemanha) tomam para si a frente das reformas, e são consagrados pela Psiquiatria como símbolos do humanismo e de uma ciência positiva. Para eles, o meio de cura mais eficaz é o isolamento, ao passo que afastava o alienado de interferências que pudessem prejudicar o seu tratamento.

Os manicômios foram, assim, transformados em instituições de controle e disciplina, destinadas a realizar – em um único lugar e sob uma única autoridade – todos os aspectos de vida dos indivíduos ali inseridos⁵. Em sua obra “Manicômios, prisões e conventos”, Erving Goffman trata desses locais como “instituições totais”, esclarecendo (2015, p. 16/17):

As instituições totais de nossa sociedade podem ser enumeradas em cinco agrupamentos. Em primeiro lugar, há instituições criadas para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas; nesse caso estão as casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes. Em segundo lugar, há locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça a comunidade, embora de maneira não-intencional; sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários. Um terceiro tipo de instituição total é organizada para proteger a comunidade contra perigos intencionais, e o bem-estar das pessoas assim isoladas não constitui o problema imediato: cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração (...) Esta classificação de instituições totais não é clara ou exaustiva, nem tem uso analítico imediato, mas dá uma definição puramente denotativa da categoria como um ponto de partida concreto.

O modelo pineliano, sustentado no tripé “isolar/conhecer/tratar”, visava inserir o paciente em um mundo metodicamente regrado, possibilitando – com o isolamento terapêutico – a completa submissão do paciente à autoridade médica. Assim (DESVIAT, 2009, p. 23)

(...) A reclusão dos alienados passou a ter que ser definida como alto terapêutico e indispensável: o isolamento de um mundo externo perturbador, das paixões irritantes. Tratava-se de distrair a loucura, ocupando o espírito e o copo, em lugares – os manicômios – nos quais os pacientes ficassem isolados (...) Essa era a precondição do tratamento alienista, do tratamento moral. Era preciso isolar o paciente da sociedade – de um meio, uma comunidade que gerava uma série de distúrbios. Para curá-los, era preciso confiná-los, interná-los em lugares apropriados: os asilos.

⁵Nesse ponto, cabe ressaltar que a prisão também passou por diversas transformações ao longo do século XIX. Os suplícios corporais foram substituídos pelo enclausuramento e pela vigilância nas instituições prisionais, e o espetáculo do corpo em praça pública vai perdendo espaço para o processo de controle. A relevância de trazer o instituto da prisão para o presente estudo será melhor compreendido nos próximos capítulos, quando confrontado com a medida de segurança. Por ora, basta vislumbrar prisão e manicômio como instituições totais destinadas a criminosos e loucos, respectivamente.

O tratamento moral supracitado consiste na “soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade” (AMARANTE, 2007, p. 32/33). Dito isso, defendia-se que o isolamento não implicava na perda da liberdade, mas era elemento indispensável para que o homem pudesse restituir a liberdade subtraída pela alienação.

Em que pese sua importância no campo da psiquiatria e da medicalização dos hospitais, sabe-se que os ideais propagados por Pinel sofreram diversas críticas⁶. Segundo Paulo Amarante (2007, p. 38), os primeiros asilos ficaram rapidamente superlotados de internos, e as constantes denúncias de violência contra os pacientes internados abalaram a credibilidade dos hospitais.

Nesse sentido, Michel Foucault ressalta que o “novo” sistema implementado liberta o insensato das correntes que o prendiam, mas o torna vulnerável para técnicas e tratamentos destinados a cura (2009, p. 84).

Tal afirmação reflete uma série de circunstâncias verificadas no referido sistema, entre as quais se destaca a tentativa de implantar recursos terapêuticos da psicoterapia reeducadora a uma medicina despreparada e secular, transformando em poucas décadas o isolamento terapêutico, proposto por Pinel, em um tratamento físico, voltado ao “bom funcionamento do cérebro”. Preleciona, sobre o tema, Isaias Pessotti (2006, p. 113 -123):

Essa psicoterapia reeducadora desapropriava um território secular da medicina, visto que todos os seus recursos terapêuticos pouco ou nada serviam para reeducar ideias e hábitos e para coibir vícios afetivos e passionais. A medicina não estava preparada para lidar com a loucura como uma doença da mente ou da pessoa. Apenas do entusiasmo inicial, o “tratamento moral”, mal visto pela psiquiatria vigente e adulterado por aplicações inadequadas, durou poucas décadas e, desde a metade do século XIX, o velho organicismo recuperou sua hegemonia no pensamento e nas práticas da psiquiatria. Qualquer alusão a fenômenos psíquicos, a funções mentais e a qualquer enfoque psicológico era visto como especulação – coisa de “médicos filósofos”.

⁶No Brasil, a obra “O Alienista”, de Machado de Assis, foi conhecida como uma das mais importantes críticas ao alienismo e à sua versão contemporânea, a psiquiatria. Em que pese não se trate de uma obra científica, mas literária, o escritor brasileiro promove um amplo debate sobre quem define os rumos da normalidade/anormalidade, e quais os limites da institucionalização em face da busca por uma sociedade perfeita.

Na prática, a tentativa de manter os pacientes sob vigilância resultou na introdução de tratamentos que visavam repreendê-lo, ora por meio da violência, ora por meio do isolamento total. Segundo Virgílio de Mattos (2006, p. 59)

A segregação é a regra. A contenção é brutal: camisas-de-força, banhos frios e de “surpresa”, leitos de contenção para os agitados – outro traço que perdura no tempo –, celas de isolamento. Violência pura e simples. Cura e punição parecem emergir de um mesmo conceito: disciplina e castigo.

Apesar das críticas, o regime disciplinar perdurou durante as décadas seguintes, e os meios de contenção utilizados variavam, desde os eletrochoques⁷, até o uso de correntes e camisas de força, visto que os psicofármacos surgem apenas no século XX.

Foi também no século XX, que – com a contribuição de Freud – compreendeu-se que os problemas mentais não deveriam ser tratados como doenças, mas sim como transtornos. Isso porque há uma ruptura com a ideia de que os transtornos eram estritamente biológicos, reconhecendo a influência de questões psicológicas e sociais no desenvolvimento do indivíduo.

1.4 O Direito Internacional dos Direitos Humanos e a psiquiatria democrática italiana

Conforme se depreende dos tópicos acima, a prática do internamento encontra seu ápice no século XVII e, em que pese tenha sofrido alterações quanto aos sujeitos a ela submetidos, perdurou nos séculos ulteriores.

O século XX, no entanto, traz diversas mudanças na perspectiva adotada para fins de tratamento da saúde mental. A filosofia, a psicanalítica e a psicopatologia começam a se interessar sistematicamente pela subjetividade. Na lição de Isaias Pessoti (2006, p. 113 - 123):

A subjetividade, antes rejeitada, adquire, no século XX, importância decisiva tanto na filosofia como nas jovens “ciências humanas”, notadamente na

⁷ O eletrochoque consiste na passagem de uma corrente elétrica de alta voltagem sobre a região temporal, visando provocar uma dessincronização traumática da atividade cerebral e a perda da consciência. A perda de memória, pela eliminação de neurônios, é visto como algo positivo, na medida em que torna impossível a lembrança de fatos traumáticos ou eventos que causem preocupação ou angústia no paciente. A técnica ainda é utilizada em larga escala no mundo inteiro (MATTOS, 2006, p. 44/45).

psicologia. O homem passa a ser visto como um “ser no mundo”, sujeito ou agente de processos afetivos; e não como um *locus* em que ocorrem doenças, ou como mero portador de distúrbios. Ele é uma pessoa dotada de auto-conhecimento, valores, afetos, desejos, e que reage de forma normal ou incomum aos eventos da vida.

Também nesse período, a proteção jurídica voltada ao indivíduo em situação de isolamento trouxe inovações significantes, mormente pelo processo de internacionalização e universalização dos Direitos Humanos, intimamente relacionado a humanização no campo da saúde mental.

Dito isso, faz-se necessária uma breve exposição acerca desse processo, ainda que prejudicada pelo recorte metodológico temporal aqui adotado.

Sem entrar no mérito da origem do Direito Internacional, a doutrina majoritária ressalta que o século XX altera substancialmente seus rumos, pois possibilita que o indivíduo – antes visto como objeto – transforme-se em sujeito do Direito Internacional Público.

Os fatores que mais influenciaram essa mudança de perspectiva foram, para Valerio de Oliveira Mazzuoli, o Direito Humanitário, a Liga das Nações e a Organização Internacional do Trabalho. Nas palavras do autor (2015, p. 906):

Estes três precedentes contribuíram em conjunto para a ideia de que a proteção dos direitos humanos deve ultrapassar as fronteiras estatais, transcendendo os limites da soberania territorial dos Estados para alçar-se à categoria de matéria de ordem internacional. Eles registram uma época em que o Direito Internacional estava adstrito à regulamentação das relações estritamente estatais, rompendo com o conceito de soberania estatal absoluta (que concebia o Estado como ente de poderes ilimitados, tanto interna como internacionalmente) e admitindo intervenções externas no plano nacional, para assegurar a proteção de direitos humanos violados. (...) É nesse cenário que começam a aparecer os primeiros contornos do Direito Internacional dos Direitos Humanos, a partir do afastamento da ideia de soberania absoluta dos Estados, em seus domínios reservados, bem assim do momento em que se atribui aos indivíduos a condição de sujeitos do direito das gentes, assegurando-os como mecanismos processuais para a salvaguarda dos seus direitos internacionalmente protegidos.

Além disso, as violações de direitos constatadas com o final da Segunda Guerra Mundial ressaltaram a necessidade de construir uma normatividade internacional eficaz, cuja ideia foi concretizada em 1945, com o surgimento da Organização das Nações Unidas (ONU), e em 1948, com a Declaração de Direitos Humanos. Sobre a última, enfatiza José Afonso da Silva (2012, p. 163, grifo do autor):

A Declaração Universal dos Direitos do Homem contém trinta artigos, precedidos de um Preâmbulo com sete considerandos, em que reconhece solenemente: a dignidade da pessoa humana, como base da liberdade, da justiça e da paz; o ideal democrático com fulcro no progresso econômico, social e cultural; o direito de resistência à opressão; finalmente, a concepção comum desses direitos.

Ressalta-se que a aprovação da Declaração de Direitos Humanos abriu espaço para inúmeros Tratados Internacionais, os quais podem ser divididos em (i) instrumentos de proteção global e (ii) instrumentos de proteção especial. Nesse sentido: (MAZUOLLI, 2013, p. 159 - 186):

Surge, no âmbito da Organização das Nações Unidas, um sistema global de proteção dos direitos humanos, tanto de caráter geral (a exemplo dos Pactos Internacionais dos Direitos Civis e Políticos e dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ambos de 1966), como de caráter específico (v.g., as Convenções internacionais de combate à tortura, à discriminação racial, à discriminação contra as mulheres, à violação dos direitos das crianças etc.). Revolucionou-se, a partir deste momento, o tratamento da questão relativa ao tema dos direitos humanos. Colocou-se o ser humano, de maneira inédita, num dos pilares até então reservados aos Estados e às organizações internacionais, elevando-o à categoria de sujeito de direito internacional público.

As Declarações e Tratados Internacionais buscaram, sobretudo, acentuar a tendência da universalização dos Direitos Humanos, garantindo que esses sejam reconhecidos e efetivados em qualquer circunstância.

Esclarecidas tais premissas, e estabelecendo um paralelo da universalização dos Direitos Humanos com as constantes violações à dignidade das pessoas com transtorno mental submetidas ao modelo asilar, evidente que o cenário internacional refletiu na realidade dos hospitais psiquiátricos.

Com o fim dos regimes fascistas e o processo de democratização, “os hospícios foram comparados aos grandes campos de concentração devido às precárias condições de vida dos internos, e ao alto índice de mortalidade” (QUEIROZ, 2009, p. 31).

Diante desse contexto, surgem ao redor do mundo⁸ diversas experiências que buscam questionar o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico.

⁸ Segundo Manuel Desviat (2015, p. 27), os movimentos de reforma psiquiátrica se diferenciam de acordo com as características sociopolíticas de cada país – e, mais concretamente, de seu sistema sanitário -, juntamente com o papel outorgado ao manicômio.

As primeiras, consagradas pela comunidade terapêutica inglesa e pela psicoterapia institucional francesa, ocorreram no interior das instituições e foram “marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar” (AMARANTE, 1995, p. 28).

A priori, o propósito era manter o hospital como um local de cura e espaço terapêutico, cujo trabalho do enfermo deveria ser incentivado, bem como sua integração com outros grupos. Franco Basaglia, que administrou uma comunidade terapêutica no hospital de Gorizia, assim definiu a experiência (1985, p. 118):

A Comunidade Terapêutica é um local em que todos os componentes (e isto é importante), doentes, enfermeiros e médicos estão unidos em um total comprometimento, onde as contradições da realidade representam o húmus de onde germina a ação terapêutica recíproca. É o jogo das contradições – mesmo no nível dos médicos entre eles, médicos e enfermeiros, enfermeiros e doentes, doentes e médicos – que continua a romper uma situação que, não fosse isso, poderia facilmente conduzir a uma cristalização dos papéis.

O segundo período de reformas realça a coletividade – marcando a extensão da psiquiatria ao espaço público – e traz os primeiros indícios da terapêutica preventiva. Exteriorizados pela psiquiatria de setor francesa e pela psiquiatria preventiva, os ideais da época dependiam da implantação de uma rede ampla de serviços ambulatoriais, reservando a estrutura hospitalocêntrica apenas aos casos mais agudos.

No caso da psiquiatria de setor, equipes multiprofissionais seriam divididas em setores geográficos, a fim de prevenir doenças e promover um tratamento “pós-cura”. Buscava-se, por meio da adoção de medidas de continuidade terapêutica após a alta hospitalar, evitar a reinternação ou mesmo a internação de novos casos. A maior inovação defendida pelos franceses era o acompanhamento terapêutico dos pacientes pela mesma equipe multiprofissional, tanto no interior do hospital quanto no local de residência. Na lição de Paulo Amarante (2007, p. 46):

Enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais passariam a ter, a partir de então, um novo protagonismo no contexto das políticas de saúde mental. A equipe que acompanhava o paciente internado passaria a acompanhá-lo quando o mesmo recebesse alta, dando continuidade ao tratamento e explorando o fatos positivo do vínculo já estabelecido no espaço hospitalar. Isto era particularmente importante quando o caminho era o inverso, isto é, quando o paciente, que estava em tratamento no CSM, precisasse ser internado. Ao contrário da situação de impacto certamente negativo de ser recebido por

profissionais “estranhos”, algumas vezes amarrado e contido de forma brusca, a situação recebia um tratamento sensível e inovador.

A psiquiatria preventiva, por sua vez, teve origem nos Estados Unidos da América (EUA) e refletiu o contexto histórico vivido⁹. Em vista os inúmeros problemas sociais e políticos enfrentados pelo país, a nova política de assistência psiquiátrica pregava que todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente¹⁰. Propagou-se, assim, a importância da prevenção primária dos adoecimentos mentais, sendo necessária a atuação de equipes voltadas a população exposta a infecção ou com hábitos de vida vistos como “inadequados” (QUEIROZ, 2009, p. 34 - 37).

Esclarecidos os movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade, é preciso ressaltar que as experiências acima mencionadas tinham um ponto em comum. Ainda que tenham introduzido mudanças na instituição e incentivado a construção de serviços assistenciais, não questionaram o método utilizado pela psiquiatria convencional para lidar com o transtorno mental. As reformas não se opunham ao sistema asilar em si, mas apenas criavam medidas alternativas e incluíam a internação preventiva como novo viés da medicalização social.

Ocorre que, sendo o manicômio uma instituição de controle e disciplina, conforme já mencionado, evidente que sua manutenção perpetua o silêncio do paciente e potencializa sua marginalização. Nesse sentido, preleciona Erving Goffman (2015, p. 247):

A estigmatização como doente mental e a hospitalização involuntária são os meios pelos quais respondemos a essas ofensas contra a adequação. A persistência do indivíduo na manifestação de sintomas depois de entrar no hospital, e sua tendência para criar sintomas adicionais como resposta inicial a essa nova situação, já não lhe podem servir como expressões de desafeto. Do ponto de vista do paciente, o fato de recusar-se a trocar uma palavra com a equipe dirigente ou com os outros pacientes pode ser uma prova muito boa de rejeição da interpretação que a instituição dá do que e de quem ele é; no entanto, a administração superior pode considerar essa expressão de alienação como exatamente o tipo de sintomatologia que a instituição deve

⁹Para Paulo Amarante (2007, p. 48), “a Guerra do Vietnã, o crescente envolvimento da juventude com as drogas, as gangs, o movimento beatnik, o movimento black power, foram algumas das importantes questões sociais enfrentadas pelo Estado naquele período”.

¹⁰Nesse ponto, destaca-se que o termo “desinstitucionalização” surge com a Psiquiatria Preventiva, definido como um conjunto de medidas de “desospitalização”, isto é, de redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, ou de redução do tempo médio de permanência hospitalar, ou ainda de promoção de altas hospitalares. O objetivo era tornar o hospital um recurso obsoleto, que fosse caindo em desuso na medida em que a incidência das doenças mentais fosse diminuindo em decorrência das ações preventivas (AMARANTE, 2007, p. 50/51).

tratar, e como o melhor tipo de prava de que o paciente deveria estar onde agora se acha colocado. Em resumo, a hospitalização psiquiátrica previne todas as manobras do paciente, e tende a tirar dele as expressões comuns através das quais as pessoas se recusam a aceitar as organizações - insolência, silêncio, observações em voz baixa, ausência de cooperação, destruição maldosa de decoração interior, e assim por diante; tais sinais de desafeição são entendidos como sinais da adequação da ligação da pessoa com a instituição.

Uma vez constatado esse nexos entre psiquiatria, controle social e exclusão, o sistema asilar começou a ser objeto de diversos questionamentos e críticas, de modo que a mera inclusão de medidas alternativas se mostrava insuficiente para combater a institucionalização do indivíduo.

Surgem, nesse contexto, movimentos de total ruptura com o paradigma psiquiátrico tradicional, entre os quais se destacam a antipsiquiatria e a psiquiatria de tradição basagliana.

A antipsiquiatria surge na década de 1960, na Inglaterra, e é apontada como a primeira crítica efetiva e radical ao saber médico-psiquiátrico sobre a pessoa com transtorno mental.

O que, antes, era comum, passa a ser objeto de críticas e inquietações, cujo principal foco era identificar o lugar que a instituição psiquiátrica ocupava no processo de exclusão social do paciente isolado.

Após inúmeras tentativas de implantar experiências de comunidade terapêutica e psicoterapia institucional nos hospitais, alguns psiquiatras – entre eles, Ronald Laing e David Cooper – constataram que tais transformações não tinham grande futuro, visto que a violência e opressão dispensada aos loucos não se limitava às instituições psiquiátricas, mas se estendia à família e a sociedade como um todo. Nas palavras de Paulo Amarante (2007, p. 53): “O hospital psiquiátrico não apenas reproduziria, mas, ao contrário, radicalizaria as mesmas estruturas opressoras e patogênicas da organização social, fortemente manifestadas na família”.

Em razão disso, os defensores da antipsiquiatria compreendiam a loucura como um fato social, político, e uma experiência da libertação. Buscava-se, sobretudo, romper com o modelo assistencial e promover a supressão da hierarquia e disciplina hospitalar.

A crítica que se faz à antipsiquiatria consiste, basicamente, na carência em relação a tratamentos específicos para aqueles que se encontravam em sofrimento psíquico. Para Queiroz (2009, p. 39): “Ao negar a psiquiatria, ela negou a instituição

em que este saber-instituído era aplicado, negou a loucura como merecedora de cuidado complexo, e não a inseriu no sistema público e universal de atenção”.

Apesar dessas lacunas, não há como negar que a antipsiquiatria refletiu em diversos processos de transformação ao redor do mundo. Seus ideais, somados à sociologia de tradição marxista, do existencialismo e da teoria crítica (Frankfurt), introduziram os primeiros indícios de resistência às chamadas instituições totais.

Enquanto isso, na Itália, Franco Basaglia¹¹ passa a ser conhecido como o precursor do processo de desmontagem do aparato manicomial e da psiquiatria democrática italiana. Em sua obra “A Instituição Negada”, o psiquiatra revela que o paciente, antes de ser um doente mental, é fruto da violência que a sociedade exerce sobre ele. Transcreve-se (BASAGLIA, 1985, p. 112 - 113):

O primeiro contato com a realidade do manicômio revelou as forças em jogo: o internado, em vez de ser visto como um doente, é o objeto de uma violência institucional que atua em todos os níveis, já que qualquer ação contestadora sua será definida dentro dos limites da doença. A degradação, a objetivação e o total aniquilamento que o caracterizam não são a pura expressão de um estado mórbido, mas antes o produto da ação destruidora de uma instituição cuja finalidade é proteger os sãos dos assaltos da loucura. Entretanto, uma vez despedido o paciente das superestruturas e das inscrustações institucionais, percebe-se que ele é, ainda, o objeto de uma violência que a sociedade exerceu sobre ele e que continua a exercer, na medida em que, antes de ser um doente mental, ele é um homem sem poder social, econômico ou contratual: é uma mera presença negativa, forçada a ser aproblemática e acontraditória com o objetivo de mascarar o caráter contraditório de nossa sociedade.

O propósito do médico não era negar a doença mental, tampouco deixar de tratá-la. A negação estava voltada à Psiquiatria enquanto Ideologia, enquanto ciência que ampara uma estrutura repressiva-custodial. Essa negação implicou na necessidade de buscar novas formas de atuação, as quais deveriam transformar não somente o saber psiquiátrico, mas também as políticas implementadas até então. Sobre essa mudança de perspectiva discorre Basaglia (1985, p 114):

A necessidade de um regime, de um sistema no interior da complexa organização do espaço fechado em que o doente mental esteve isolado durante séculos, exigia do médico um único papel: o de controlador, de tutor

¹¹Em meados da década de 60, Franco Basaglia iniciou um processo de humanização do manicômio de Gorizia, utilizando o modelo de comunidade terapêutica como estratégia inicial. Apesar da tentativa, o psiquiatra constatou, algum tempo depois, que a experiência buscava tão somente relativizar as consequências do isolamento, não se discutindo as relações de tutela e custódia ou o fundamento de periculosidade social contido no saber psiquiátrico. Foi nesse momento, então, que Franco Basaglia iniciou o processo de deslocamento a partir da crítica e superação da comunidade terapêutica.

interno, de moderador dos excessos que a doença podia ocasionar; o valor do sistema superava o do objeto de suas curas. Mas hoje o psiquiatra se conscientiza de que os primeiros passos em direção à "abertura" do manicômio produzem no doente uma transformação gradual na sua maneira de colocar-se em relação ao mundo e em relação à doença, na sua perspectiva das coisas, restringida e diminuída não somente pela doença, mas pela longa hospitalização. Desde o momento em que transpõe os muros do internamento o doente entra em uma nova dimensão emocional. Ou seja, ele é envolvido por um espaço criado originalmente para torná-lo inofensivo e curá-lo ao mesmo tempo, mas que na prática aparece, paradoxalmente, como um local construído para o completo aniquilamento de sua individualidade, como palco de sua total objetivação.

A experiência tomou forma em 1971, quando Basaglia retorna à Itália – mais especificadamente a Trieste – e inicia um processo de constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura. Acerca do tema relata Paulo Amarante (1995, p. 49):

(...) são construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40 mil habitantes, funcionando 24 horas ao dia, sete dias por semana. São abertos também vários grupos-apartamento, que são residências onde moram usuários, algumas vezes acompanhados por técnicos e/ou outros operadores voluntários, que prestam cuidados a um enorme contingente de pessoas, em mais de trinta locais diferentes. As cooperativas de trabalho constituem uma outra modalidade de cuidado/criação de possibilidades que, inicialmente organizadas para atender à necessidade de encontrar posto de trabalho para os ex-internos do hospital, ou para novas demandas que surgiam, hoje representam um novo espaço de produção artística, intelectual ou de prestação de serviços, que assumem um importante papel na dinâmica do hospital e na economia não apenas dos Serviços de Saúde mental, mas também de toda a cidade.

A repercussão dessa experiência levou à aprovação, pelo parlamento italiano, da Lei 180, em 1978, que previa a extinção dos manicômios na Itália. Com a aprovação da lei, inicia-se o período da “instituição inventada”, definida como “o conjunto dos novos serviços, estratégias e dispositivos com caráter de permanente construção, criatividade, renovação de seus objetos, atores e técnicas (...)” (HEIDRICH, 2007, p. 49).

A passagem da ‘instituição negada’ para a ‘instituição inventada’ possibilitou todo o processo de desinstitucionalização da Psiquiatria na Itália. O propósito superou a cura e tornou-se um projeto de “reprodução social do paciente”, na medida em que a criação dos serviços abertos e comunitários tornava possível a assistência ao paciente, desde as primeiras necessidades de caráter social, até as crises agudas.

A proposta apresentada por Basaglia consiste em colocar a doença entre parênteses e se ocupar tão somente do sujeito. Tal prática não significa a recusa em aceitar uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. A

estratégia visa tão apenas romper com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria e com a coisificação do sujeito e da experiência humana. Segundo Paulo Amarante (2007, p. 67): “Na mesma medida em que a doença é posta entre parênteses, aparecem os sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis, opacos, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata”.

A experiência, que teve início em Gorizia e Trieste, na Itália, é hoje é uma referência internacional, reconhecida tanto pela comunidade científica quanto pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Depreende-se daí, portanto, a relevância do estudo do Direito Internacional, esclarecido no início do tópico. A OMS, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) divulgou, em 1990, um documento intitulado “A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental”. O texto compila as atas da Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, nas quais políticos sanitaristas, legisladores e técnicos responsável pela saúde mental da região estabeleceram princípios, objetivos prioritários e linhas estratégicas para a reforma na América Latina e no Caribe. Sintetiza Manuel Desviat (2015, p. 133):

A chamada Declaração de Caracas, momento inaugural da reforma psiquiátrica nos países ibero-americanos, proclamou a necessidade de promover recursos terapêuticos e um sistema que garantisse o respeito aos direitos humanos e civil dos pacientes com distúrbios mentais – a necessidade, portanto, de superar o hospital psiquiátrico, instituindo modalidades de atenção alternativas na própria comunidade, em suas redes sociais.

Tal documento influenciou diretamente na política nacional de saúde mental e na transformação do modelo tradicional de atendimento na América Latina, que iniciou um “amplo movimento de atualização legislativa e de sensibilização para a necessidade de mudança, da urgência do reconhecimento e da salvaguarda dos direitos dos pacientes com distúrbios mentais” (DESVIAT, 2015, p. 134).

O movimento em tela alcançou, evidentemente, todos os países da região, de modo que o final do século XX foi, também, um momento de transformação da assistência psiquiátrica no Brasil, tema que será objeto de estudo do próximo capítulo.

2 DO HOSPÍCIO AO MANICÔMIO JUDICIÁRIO: AS ESTRUTURAS HOSPITALOCÊNTRICAS NO BRASIL

A consagração dos Direitos Humanos no Brasil – assim como no Direito Internacional – está intimamente relacionada aos acontecimentos políticos e sociais que permearam o século XX.

No âmbito da saúde mental, o processo de humanização e democratização do sistema asilar sofreu influências diretas da psiquiatria democrática italiana, cujos ideais chegaram no Brasil no final da década de 70 e fomentaram mudanças no modelo tradicional de tratamento.

Ocorre que, em análise ao ordenamento jurídico brasileiro, constata-se que a internação de pessoas com transtorno mental em hospitais psiquiátricos não é a única forma de isolamento positivada. O Código Penal, ao tratar da medida de segurança, faz menção a um tratamento voltado a pessoas com transtorno mental que praticaram delitos, qual seja, a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

Uma vez que a assistência psiquiátrica brasileira aderiu aos ideais da luta antimanicomial, evidente que todas as estruturas hospitalocêntricas devem se readaptar aos preceitos da reforma psiquiátrica.

Esclarecidas tais premissas, o presente capítulo visa traçar um panorama histórico acerca da loucura no Brasil, alcançando a situação do popularmente chamado “louco infrator”, cujo tratamento será em uma instituição distinta e somente cessará com o fim de sua periculosidade.

2.1 Aspectos históricos da loucura no Brasil

Assim como no panorama histórico feito no primeiro capítulo, o tratamento dispensado à pessoa com transtorno mental no Brasil reflete os anseios da coletividade, moldada pelo contexto histórico na qual é inserida.

Diante disso, o período colonial revela uma loucura silenciosa e indiferente. Os loucos cuja família era abastada eram trancafiados em casarões senhoriais sob o cuidado de criados, enquanto aqueles sem recursos financeiros eram mantidos livres, em convivência com a sociedade¹².

¹²Acerca do tema, destaca-se a obra de Magali Gouveia Engel, cuja primeira parte conta a história da presença da loucura nas ruas da cidade do Rio de Janeiro até o século XIX. A autora dedica sua

O doente mental só desperta o interesse do Estado com a chegada da Família Real, no início do século XIX. As mudanças sociais e econômicas necessárias do período exigem medidas eficientes de controle social, sem as quais seria impossível ordenar o crescimento das cidades e das populações.

Nesse contexto, em 1830, uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico da situação dos loucos na cidade. Para Paulo Amarante (1994, p. 74), “é a partir desse momento que os loucos passam a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento”.

Sob a perspectiva da Medicina, esse período é compreendido como o nascimento da psiquiatria no Brasil, especialmente porque a sociedade passa por um processo de medicalização, que visualiza o louco como anormal e, portanto, medicalizável. Nesse sentido (MACHADO, 1978, p. 376/377):

Em 1830 é lançada, pela recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, uma nova palavra de ordem: aos loucos o hospício. A consideração dos principais documentos que, pela primeira vez no Brasil, investigam a situação dos loucos, explicitam sua periculosidade e propõem a criação de um estabelecimento próprio para eles mostra claramente que um mesmo grupo de médicos promoveu o projeto de medicina social e lançou a bandeira da psiquiatria. Mas a relação entre a loucura e a medicina urbana do século XIX não se restringe evidentemente ao fato de as mesmas pessoas assumirem e promoverem as mesmas lutas. O fundamental não é a existência de dois objetivos correlatos e coetâneos, mas a inclusão, como parte integrante e derivada, do louco nas medidas de medicina social, sejam elas simplesmente propostas ou efetivamente realizadas. Durante toda essa época o hospício, principal instrumento terapêutico da psiquiatria, aparece como exigência de uma crítica higiênica e disciplinar às instituições de enclausuramento e ao perigo presente em uma população que se começa a perceber como desviante, a partir dos critérios que a própria medicina social institui.

A materialização do lema supracitado – qual seja, “aos loucos o hospício” – ocorreu por meio do Decreto 82¹³, aprovado por D. Pedro II, cuja redação determinava

narrativa às trajetórias de alguns famosos personagens do cotidiano, que conviviam com a sociedade carioca e eram, inclusive, reconhecidos pela comunidade. Em suas palavras (2001, p. 24): “a presença da loucura nas ruas da cidade despertava o riso, a compaixão, as injúrias; grosseiras e a troça, às vezes, cruel. Sentimentos mistos e contraditórios que, oscilando entre a aceitação e a rejeição, demonstram de qualquer forma a existências de um ambiente de convívio (...)”.

¹³ Decreto nº 82, de 18 de Julho de 1841: Fundando hum Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospicio de Pedro Segundo. Desejando assignalar o fausto dia de Minha Sagração com a criação de um estabelecimento de publica beneficencia: Hei por bem fundar um Hospital destinado privativamente para tratamento de alienados, com a denominação de - Hospicio de Pedro Segundo -, o qual ficará annexo ao Hospital da Santa Casa da Misericórdia desta Côrte, debaixo da Minha Imperial Protecção, Applicando desde já para principio da sua fundação

a criação de um local específico para internar essa parcela da população. Na lição de Eliane Hetzel Fregonezi (2010, p. 18): “Os hospitais psiquiátricos no Brasil surgiram no final do século XIX, profundamente influenciados pela psiquiatria francesa e pelo tratamento moral. O primeiro foi o Asilo Pedro II, no Rio de Janeiro fundado em 1853.”

O Hospício Pedro II foi construído na Praia Vermelha e, inicialmente, esteve vinculado à Santa Casa de Misericórdia, revelando – tal como ocorreu na Europa – um caráter mais filantrópico do que médico.

Cumprir observar, ainda, que o hospício foi construído em local fora do centro urbano e social, o que realça a preocupação da época em priorizar muito mais o isolamento do que a proposta terapêutica. Dessa forma, os indivíduos eram retirados do meio social mas, em sentido oposto aos objetivos traçados pela psiquiatria, eram esquecidos nas estruturas hospitalocêntricas criadas para abrigá-los. Segundo Marco Aurelio Soares Jorge (1997, p. 38):

Obviamente o objetivo principal que se perpetuava, era de isolar os loucos do convívio social, e cada vez mais afastados do centro urbano. Por mais que as justificativas pudessem ser de criar melhores condições de alojamentos, esses lugares rapidamente superlotavam e se deterioravam.

A realidade dessas instituições provocou muitas opiniões contrárias, especialmente no campo da saúde. Inconformada com a ausência de um projeto assistencial específico, a classe médica não poupou críticas aos hospícios, até então administrados pela Igreja.

Com a proclamação da República, em 1889, o Hospício Pedro II foi desvinculado da Santa Casa e seu nome foi alterado para “Hospício Nacional de Alienados”. A instituição passou a ser administrada por médicos especialistas e as admissões começaram a exigir parecer médico¹⁴. Acerca do tema, constata Andréa Valente Heidrich (2007, p. 76):

o producto das subscrições promovidas por uma Comissão da Praça do Commercio, e pelo Provedor da sobredita Santa Casa, além das quantias com que Eu Houver por bem contribuir. Candido José de Araujo Vianna, do Meu Conselho, Ministro e Secretario de Estado dos Negocios do Imperio, o tenha assim entendido, e faça executar com os despachos necessarios. Palacio do Rio de Janeiro em dezoito de Julho de mil oitocentos quarenta e um, vigesimo da Independencia e do Imperio.

¹⁴Para Paulo Amarante (1994, p. 75), a forma como o asilo era estruturado até então destoava do ideário liberal veiculado nos meios republicanos introduzidos com a Proclamação da República e impedia que a psiquiatria atuasse no espaço social, no espaço onde vivem as pessoas e onde se estruturam as doenças mentais.

Com mais de um século de atraso, finalmente, o tratamento moral de Pinel se instalaria no hospício, no Brasil, e os representantes da classe médica ascenderiam ao controle das instituições psiquiátricas e ao papel de legítimos porta-vozes do Estado no que se refere à assistência mental.

No mesmo ano, foi criada e instituída a Assistência Médica Legal aos Alienados e as Colônias de São Bento e de Conde Mesquita. As Colônias foram criadas para complementar os hospitais tradicionais já existentes, haja vista a superlotação que os atingia, ou – nos locais em que era a opção predominante – recuperar o paciente por meio do trabalho agrícola e devolvê-lo a comunidade como um cidadão útil.

O primeiro diretor da Assistência Médica Legal foi João Carlos Teixeira Brandão¹⁵, também diretor do Hospício Nacional de Alienados, cuja gestão foi marcada pela ampliação dos asilos e pela criação da primeira cadeira de psiquiatria para estudantes de medicina. O médico foi eleito deputado e foi um dos idealizadores do Decreto n. 1.132, aprovado em 1903. A norma ressalta a importância de um parecer médico para admissão do paciente e a possibilidade de ajuizamento de ação penal se comprovada a violência e atentados ao pudor contra os alienados. Transcreve-se (BRASIL, 1903):

Art. 1º O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados. § 1º A reclusão, porém, só se tornará effectiva em estabelecimento dessa especie, quer publico, quer particular, depois de provada a alienação. (...) Art. 5º Em qualquer occasião será permitido ao individuo internado em estabelecimento publico ou particular, ou em domicilio, reclamar, por si ou por pessoa interessada, novo exame de sanidade, ou denunciar a falta dessa formalidade. (...) Art. 9º Haverá acção penal, por denuncia do Ministerio Publico em todos os casos de violencia e attentados ao pudor, praticados nas pessoas dos alienados. Art. 10. E' prohibido manter alienados em cadeias publicas ou entre criminosos. Paragrapho unico. Onde quer que não exista hospicio, a autoridade competente fará alojar o alienado em casa expressamente destinada a esse fim, até que possa ser transportado para algum estabelecimento especial.

O texto prevê, ainda, que o hospício deve atender a alguns requisitos:

Art. 13. Todo hospicio, asylo ou casa de saude, destinado a enfermos de molestias mentaes, deverá preencher as seguintes condições: 1ª ser dirigido por profissional devidamente habilitado e residente no estabelecimento; 2ª instalar-se e funcionar em edificio adequado, situado em lugar saudavel, com dependencias que permittam aos enfermos exercicios ao ar livre; 3ª possuir compartimentos especiaes para evitar a promiscuidade de sexos,

¹⁵Considerado o “Pinel” brasileiro (AMARANTE, 2007, p. 38).

bem como para a separação e classificação dos doentes, segundo o numero destes e a natureza da molestia de que soffram; 4ª offerer garantias de idoneidade, no tocante ao pessoal, para os serviços clinicos e administrativos. (...)

Em meio a essas transformações, Juliano Moreira é designado para suceder João Carlos Teixeira Brandão na direção da Assistência Médica Legal dos Alienados. O psiquiatra traz para o Brasil a escola psiquiátrica alemã, que toma o lugar dominante até então ocupado pela escola francesa (AMARANTE, 1994, p. 77).

O sistema de assistência instituído pelo médico – influenciado pelo modelo alemão de Kraepelin – não mais se restringe ao espaço asilar, mas estende a psiquiatria a outras instâncias da sociedade, abarcando inclusive os “doentes mentais em potencial”, e propõe para cada caso um tipo especial de assistência. Na lição de Vera Portocarrero (2002, p. 117):

No início do século XX, a prática psiquiátrica rompe com a psiquiatria do século XIX, procurando atender às necessidades de um sistema de assistência amplo o suficiente para oferecer tratamento especial a todos os tipos de anormalidade psicológica, de acordo com cada tipo de distúrbio psíquico. O sistema de assistência proposto não é mais centrado num único espaço asilar, onde o isolamento no hospício é absolutamente necessário para a cura do doente mental, mas apresenta formas terapêuticas alternativas que, somadas umas às outras, pretendem oferecer a cada indivíduo anormal, degenerado, uma assistência médica que o recupere para a vida em sociedade. Inicia-se no Brasil um novo sistema de assistência disperso em diferentes formas asilares ou não asilares, que permitem penetrar em outras instâncias da sociedade, como a família, o governo, as Forças Armadas, psiquiatrizando a normalidade, oferecendo um tratamento diferenciado para o louco propriamente dito e para o desviante em geral, psiquiatrizando os espaços sociais de onde possa emergir a alienação mental.

Essa intervenção da Psiquiatria – nos asilos e fora deles – foi vista pela Medicina como uma mudança de paradigmas, haja vista a substituição daquela ação puramente negativa do isolamento pelo processo de medicalização da cura.

Por outro lado, cabe ressaltar que a concepção da população, em meados do século XX, estava voltada a sua força de trabalho, a força produtiva. Dito isso, eram considerados anormais os indivíduos improdutivos, que deveriam passar por um tratamento especial para se transformarem em elementos úteis à sociedade, afastando as “doenças sociais” que os enfraqueciam. Entre essas doenças sociais, destacavam-se o alcoolismo, a epilepsia, a sífilis – responsáveis por grande contingente de criminalidade (PORTOCARRERO, 2002, p. 113).

O que se observou na época, portanto, foi uma ampliação da psiquiatria – que, além dos alienados, também tratava dos “alienados em potencial” – em um espaço descentralizado, aberto a diversas formas de assistência.

O principal objetivo do tratamento era transformar o indivíduo rebelde e agitado em um trabalhador tranquilo. O trabalho passa a ser critério de avaliação do grau da doença mental e da sua recuperação, discernindo o indivíduo normal, socializado — que produz — e o anormal, degenerado – improdutivo.

Nessa toada, os indivíduos submetidos ao tratamento eram classificados conforme sua socialização. Os mais agitados – e, conseqüentemente, mais improdutivos – deveriam estar a todo momento submetidos ao olhar disciplinar da instituição asilar. Trata-se da “clinoterapia”, um tratamento que reproduz o modelo pineliano, por meio da vigilância e do processo de controle. Acerca do tema (PORTOCARRERO, 2002, p. 126):

A diferença entre os métodos coercitivos do hospício no século XIX — grades, camisas de força — e os do século XX consiste no fato de os primeiros se caracterizarem pela punição e não terem em si fins terapêuticos, enquanto que o pouso no leito e os banhos, substituindo a violência pelo 'deleite', propõe-se como um meio curativo e eficaz. Essa eficácia é medida pelo nível de sujeição à força da disciplina que a terapia psiquiátrica impõe.

Seguindo essa linha de recuperação, a década de 30 é marcada pela introdução de algumas técnicas cujo objetivo era curar a doença mental. Entre elas, destacam-se a eletroconvulsoterapia, a lobotomia, o choque insulínico e o choque cardiazólico (AMARANTE, 1994, p. 78).

O aparecimento desses recursos fortaleceu o processo de psiquiatrização, ampliando o número de vagas nos hospícios e incentivando a abertura de centros cirúrgicos para realização da lobotomia. Tais fatores – somados ao advento dos psicotrópicos e sua utilização com o fito de tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis – acabaram realçando a estrutura hospitalocêntrica, enfraquecendo o processo de desinstitucionalização. Na lição de Paulo Amarante (1994, p. 79):

E, a bem da verdade, a assistência psiquiátrica continua a ser prestada, nos anos que se seguem, quase que exclusivamente por estruturas manicomiais. Se as novas técnicas serviram para aumentar a demanda e produzir novos clientes, principalmente no que tange à assistência privada, em nada contribuíram seja na desospitalização, seja na desinstitucionalização.

Ainda nesse sentido, o ano de 1946 foi marcado pela promulgação do Decreto Lei n 8.550, o qual estimulou a construção de hospitais psiquiátricos pelos governos estaduais¹⁶.

Pertinente destacar que, ao contrário do Brasil, que apresentou na década de 50 um fortalecimento da internação, a Europa passava por um processo de transformação após a Segunda Guerra Mundial.

As atrocidades cometidas durante a Guerra e o processo de internacionalização dos Direitos Humanos – já mencionados no primeiro capítulo – dividiram os estudiosos entre aqueles que defendiam a psiquiatria reformada (comunidade terapêutica e psicoterapia institucional) e aqueles que vislumbravam uma ruptura radical com a psiquiatria tal como se conhecia (antipsiquiatria e psiquiatria democrática).

Em âmbito nacional, no entanto, tais experiências não refletiram de forma imediata, ora pela ausência de investimentos públicos na área da saúde mental, ora pela oposição do setor privado, sobre a qual discorre Paulo Amarante (1994, p. 79):

Na década de 60, com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos.

A pressão para a privatização dos serviços de saúde e os altos investimentos na fabricação de psicofármacos foram fatores determinantes nesse processo de acumulação capitalista privada no setor saúde.

Exemplo disso foi o Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais. O Hospital foi construído em 1903 e, ao longo do século XX, foi cenário de violência e exclusão. Na obra “Holocausto Brasileiro”, de Daniela Arbex, a jornalista relata que 60 mil pessoas morreram no Hospital, e que a sociedade sequer questionava as atrocidades ali constatadas (2013, p. 25). As mortes eram, sobretudo, um meio de

¹⁶Já em seu artigo 1º a norma dispõe: “Art. 1º Fica o Ministério da Educação e Saúde autorizado a celebrar Acôrdos com os Estados, visando a intensificação da assistência psiquiátrica nas regiões em que os estudos procedidos pelo órgão especializado do Departamento Nacional de Saúde revelarem deficiências.”

obtenção de lucro, conforme sintetiza Eliane Brum, no prefácio da obra citada (2013, p. 14):

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do municípios. Nos períodos de lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo – e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 a 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para 17 faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida.

Segundo o relato da jornalista, as décadas de 60 e 70 foram as mais críticas nas estruturas hospitalocêntricas brasileiras. Tal período coincide com a ditadura militar, cuja legitimidade foi pautada no binômio repressão-assistência. Segundo Queiroz (2009, p. 47):

Durante a ditadura militar, período compreendido entre 1964-1974, o Estado, para manter sua legitimidade, utilizou o binômio: repressão-assistência. Contraditoriamente, foi na vigência dos regimes autocráticos que ocorreu um significativo incremento das políticas assistenciais de forma burocratizada e moderna com o intuito de aumentar a acumulação capitalista privada no setor saúde. Ocorreu a expansão da oferta de leitos em hospitais psiquiátricos privados devido a uma diretriz do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que articulou aos IAP's todos os serviços de saúde e previdência.

Diante desse contexto, os movimentos reformistas somente começam a ganhar espaço no Brasil no final da década de 1970, com o fim da ditadura. Compreendeu-se, na época, que as atrocidades cometidas por essas instituições não eram compatíveis com o processo de redemocratização vivido no país, tema esse que será objeto do próximo tópico.

2.2 Movimentos reformistas e Lei 10.216/01

Conforme já mencionado, os processos de humanização do asilo e da ruptura com a psiquiatria clássica não refletiram imediatamente no modelo de assistência psiquiátrica no Brasil.

A institucionalização da loucura – constatada no Brasil há mais de cem anos – envolve uma série de particularidades, cuja compreensão requer um trabalho

conjunto de profissionais, da sociedade e do governo. Acerca do tema (BRASIL, 2005, p. 06):

A Reforma psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Diante disso, os ideais antimanicomiais e a ruptura com a psiquiatria clássica só começaram a ser discutidos quando o tema se tornou pauta de movimentos sociais e reivindicações de profissionais envolvidos com a saúde mental.

Para Paulo Amarante (1995, p. 51/52), o episódio que marca o estopim da reforma psiquiátrica brasileira ficou conhecido como a “crise do DINSAM” (Divisão nacional de saúde mental), cuja precariedade das condições de trabalho refletia na assistência prestada à população, despertando movimentos de profissionais e da sociedade.

Nessas condições, nasce no Rio de Janeiro, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O objetivo do grupo era, sobretudo, regularizar o trabalho e apresentar propostas de transformação da assistência psiquiátrica. Nesse sentido (AMARANTE, 1995, p. 52):

A pauta inicial de reivindicações gira em torno da regularização da situação trabalhista – visto que a situação dos bolsistas é ilegal – aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Ou seja, reflete um conjunto heterogêneo e ainda indefinido de denúncias e reivindicações que o faz oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa.

Uma vez constituído o Movimento, os anos seguintes foram marcados por diversos eventos na área da saúde mental. Entre eles, merece destaque o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (1978), que possibilitou uma ampliação do MTSM a nível nacional, e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que contou com a presença de Franco Basaglia, Antonio Slavich e Roberto Castel.

A visita de Franco Basaglia ao Brasil, além de impulsionar os estudos acerca do tema e instigar uma série de questionamentos, denunciou à sociedade uma realidade até então desconhecida. Durante sua estadia, o psiquiatra visitou o Hospital Colônia de Barbacena e deu visibilidade às condições de precariedade implantadas naquele local. Em um pronunciamento à imprensa, declarou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo presenciei uma tragédia como esta” (ARBEX, 2013, p. 207).

A declaração do psiquiatra italiano – somada às inúmeras críticas feitas por movimentos sociais e por profissionais da saúde – impulsionou a reforma psiquiátrica no Brasil e tornou possível a criação de um processo de reflexão e transformação nos campos assistencial, cultural e conceitual. Na lição de Paulo Amarante (1997, p. 165):

(...) retirado o manto de cientificidade da psiquiatria, torna-se possível percebê-la como instrumento técnico-científico de poder ou como saber e prática disciplinares e normalizadoras. A denúncia da realidade dos hospitais psiquiátricos tornou possível verificar sua função mais custodial que assistencial, mais iatrogênica que terapêutica, mais alienadora que libertadora. Se por um lado a psiquiatria deixava de ser questão exclusiva dos técnicos para tornar-se uma questão que diz respeito à toda a sociedade, por outro, o objeto da psiquiatria deixava de ser a doença - contra a qual ela se mostrara impotente - para tornar-se o sujeito da experiência do sofrimento. Como conseqüência, em torno do debate da Reforma psiquiátrica passava a existir um dos mais expressivos e atuantes movimentos sociais, com uma proposta radical de transformação do setor, que tem merecido um destaque sem igual na história da saúde pública do país.

Evidente que esse processo exigia certa cautela por parte dos envolvidos, especialmente porque os ideais propagados pela reforma caminhavam em sentido oposto a tudo o que se reproduzia até então em saúde mental.

Diante dessa realidade, a década de 80 foi marcada por diversos encontros, congressos e eventos, cujo objetivo maior era denunciar as atrocidades verificadas nas instituições asilares e promover uma conscientização acerca da necessidade de buscar alternativas extra-hospitalares que possibilitassem a inversão do modelo hospitalar em ambulatorial.

Entre diversos eventos realizados nesse período, o Congresso de Trabalhadores de Bauru (1987) alcança o consenso de ser o marco de articulação de diferentes movimentos sociais em torno da reforma psiquiátrica. Pactuando-se o lema “por uma sociedade sem manicômios”, o evento destacou a necessidade do envolvimento da

sociedade na discussão e encaminhamento de questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica (PITTA, 2011, p. 4.570 - 4.589).

Segundo Paulo Amarante (1997, p. 170), o lema supracitado representa a ruptura epistemológica e estratégica que marcaria os anos subsequentes, uma vez que o eixo dos debates saía dos limites meramente assistenciais para a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, constatado tanto no modelo manicomial quanto no saber médico sobre a loucura.

Diante dessa busca pela superação da instituição asilar, nasceu – ainda em 1987 – o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Criado inicialmente como uma instância intermediária entre o hospital e a comunidade, o CAPS representa uma alternativa à internação integral e imediata, visto que é uma tentativa de evitar a internação hospitalar e, ainda, de abrigar pacientes que recebiam alta mas que ainda não estavam aptos a retornar ao convívio com a comunidade.

A par desses avanços verificados tanto no âmbito social, quanto nas instituições, o Brasil também passava por um período de redemocratização, cujo respeito à integridade física e psicológica da população ganha importância. A promulgação da Constituição Federal, em 1988 realça o rol de objetivos, fundamentos, direitos e garantias fundamentais dos indivíduos, entre os quais se destacam a inviolabilidade do direito à vida, os direitos à igualdade, liberdade, saúde, assistência aos desamparados e o direito à vida digna.

Esse conjunto de fatores retratado ao longo da década de 1980 fortaleceu o movimento e possibilitou a apresentação do Projeto de Lei n. 3.657, em 1989, pelo deputado Paulo Delgado.

Referido projeto dispunha acerca da extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, bem como regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. Em que pese tenha tido apoio de parcela significativa da população, tramitou por mais de 10 anos no Congresso Nacional.

Se, por um lado, os anos de discussão na Casa Legislativa retardaram a positivação da Reforma no Brasil, por outro o Projeto de Lei impulsionou o debate acerca do tema. Na lição de Paulo Amarante (1997, p. 173):

O PL teve o mérito de introduzir a questão da assistência psiquiátrica na ordem do dia e da mídia nacional, ao mesmo tempo em que dezenas de associações de usuários e familiares, algumas já existentes anteriormente, foram constituídas em função desta debate. Um resultado importante desse contexto é que, de forma inédita e muito peculiar, o

tema da loucura, da doença mental, da assistência psiquiátrica e dos manicomios invadiu boa parte do interesse nacional.

Em âmbito internacional, a OMS e a OPAS trabalhavam na “Declaração de Caracas”, já mencionada no capítulo anterior. O documento ressalta que (BRASIL, 2004):

1. A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva; 2. O hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial dificulta a consecução dos objetivos acima mencionados por: a) Provocar o isolamento do paciente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacidade para o convívio social; b) Criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente; c) Absorver a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental; d) Fomentar um ensino insuficientemente vinculado às necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

Diante da apresentação do Projeto de Lei pelo deputado Paulo Delgado, bem como da Declaração de Caracas publicada em 1991, alguns estados brasileiros também optaram pela criação de leis que dispunham sobre a assistência psiquiátrica brasileira¹⁷.

O Estado do Paraná, por exemplo, promulgou a Lei nº 11.189/1995, cuja redação trata da substituição progressiva do sistema hospitalocêntrico por alternativas extra-hospitalares. Transcreve-se:

Art. 2º O novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares

¹⁷ A obra “legislação em saúde mental 1990-2004”, promovida pelo Ministério da Saúde, oferece um compilado de leis, decretos e portarias que envolvem o tema da desinstitucionalização e da promoção de medidas extra-hospitalares. Em âmbito estadual, ressaltam-se as Leis nº 9.716/1992 (Rio Grande do Sul), nº 11.064/1994 (Pernambuco), nº 6.758/1995 (Rio Grande do Norte), nº 975/1995 (Distrito Federal), nº 11.189/1995, nº 5.267/1996 (Espírito Santo), nº 11.802/1995 e nº 12.684/1997 (Minas Gerais).

O texto legal ressaltou, ainda, que os hospitais “gerais” devem reservar parte de sua estrutura para prestar serviço de atendimento aos pacientes que padecem de sofrimento psíquico, guardadas as necessidades de leitos psiquiátricos locais e/ou regionais.

A par de toda essa movimentação no âmbito do legislativo, a influência política e ideológica do Movimento também alcançou o Ministério da Saúde, que – por meio das portarias 189/91 e 224/92 – possibilitou o financiamento de diversas estruturas assistenciais. Acerca do tema, pontua Paulo Amarante (1997, p. 174):

Em decorrência da primeira portaria foram criados 48 hospitais-dia (29 públicos, 11 contratados e 08 universitários), 57 CAPS/NAPS (46 públicos e 11 contratados), e 1765 leitos psiquiátricos em hospitais gerais (595 públicos, 691 contratados e 434 universitários), o que parece ser suficiente para caracterizar a constituição de uma nova rede assistencial em psiquiatria. Já como consequência da segunda portaria, somada ao trabalho político de desgaste da função terapêutica do manicômio, existente desde o final dos anos 70, o número de hospitais psiquiátricos que, em 1981 era 430 (357 privados/ filantrópicos e 73 públicos), em 1991 caiu para 313 (259 privados/filantrópicos e 54 públicos) e, ainda, em 1996, para 269 (219 privados/filantrópicos e 50 públicos). De 1991 para 1996 foram fechados 17575 leitos psiquiátricos manicomialis

Ao modificar o sistema de pagamento dos hospitais, a portaria ministerial possibilitou o financiamento de outros serviços alternativos, de modo a incentivar o tratamento fora dos manicômios. Já em 1993, foi constatada a redução de quatro mil leitos de hospitais psiquiátricos e o encerramento das atividades de nove manicômios particulares. Em contrapartida, abriram-se dois mil leitos de psiquiatria nos hospitais gerais e criou-se o Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH), cujo objeto era realizar supervisões nos serviços implementados (DESVIAT, 2015, p. 146).

Além da mobilização em âmbito nacional, pertinente destacar que – durante o trâmite do Projeto de Lei n. 3.657 – foi submetido à Comissão Interamericana o caso “Damião Ximenes Lopes”, brasileiro com transtorno mental torturado e assassinado na Casa de Repouso Guararapes, no Ceará. A denúncia feita pelos familiares do paciente realçou as condições desumanas e degradantes dessas instituições, servindo como estímulo para as reformas no Brasil¹⁸ (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2006).

¹⁸ No caso em tela, o Brasil foi condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos por violação ao direito à vida, direito à integridade física, direito às garantias judiciais e direito à proteção judicial. Na

Todos esses fatores – quais sejam, a criação de leis estaduais, a atuação do Ministério da Saúde e a repercussão internacional pelo caso supramencionado – serviram para pressionar o andamento do Projeto de Lei criado em 1989, cuja aprovação se deu após 12 anos de tramitação, sob o nº 10.216.

A “Lei da reforma psiquiátrica”, publicada em abril de 2001, tornou regra os princípios e as diretrizes da nova política de saúde mental, formulados e implementados pelo Executivo desde o início da década de 90 (ALMEIDA JUNIOR, 2013, p. 672).

A proteção das pessoas com transtornos mentais vem estampada no diploma legal desde o seu primeiro dispositivo, que trata da afirmação positiva dos direitos dos pacientes sem qualquer forma de discriminação. Tais direitos vêm elencados de forma exemplificativa no artigo subsequente, a saber (BRASIL, 2001):

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Na sequência, a norma não só destaca a responsabilidade do Estado na proteção do indivíduo com transtorno mental (art. 3º), mas também estabelece uma política de saúde mental com a devida participação da sociedade e da família, a ser prestada em estabelecimento estruturado de forma a oferecer assistência integral, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (Art. 4º §2º).

Além disso, o novo diploma legal exige que a internação psiquiátrica seja realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize, de fato, os seus

sentença há um relato da médica psiquiátrica Lídia Dias Costa, que acompanhou as investigações do caso de Damião Ximenes, afirmando que as lesões encontradas no corpo da vítima são lesões consideradas pelo referido Protocolo como danos típicos de traumas, costumeiramente vistos em corpos de pessoas que foram torturadas.

reais motivos, nos termos do artigo 6º, *caput*. O artigo em questão, em seu parágrafo único, enumera ainda os tipos de internação psiquiátrica, *in verbis*:

Art. 6º (...) Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; III- internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

As restrições trazidas pela lei visam, sobretudo, proteger a liberdade e a autonomia da pessoa com transtorno mental, advertindo que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (art. 4º).

Evidente, do exposto, que a Lei 10.216/01 altera toda a estrutura da assistência psiquiátrica brasileira, razão pela qual sua implementação exige uma série de mudanças não só no tratamento clínico dispensado à loucura, mas também no modo como se convive com ela.

Diante desse cenário, os anos seguintes à aprovação da lei buscaram um fortalecimento de programas voltados à desinstitucionalização, tais como os CAPS, as residências terapêuticas e o Programa “de Volta para Casa”.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), já mencionado, é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. É um serviço de atendimento de saúde mental, criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004b), com o fim de fortalecer os vínculos familiares e comunitários, bem como oferecer atendimento psicossocial através de uma equipe multiprofissional (psiquiatra, enfermeiro, assistente social, psicólogo, monitor de oficina...). No Brasil, conforme dados governamentais, existem atualmente 2.096 (dois mil e noventa e seis) CAPS na Rede Nacional Existente.

As residências terapêuticas, por sua vez, são alternativas de moradia às pessoas que estão internadas há muito tempo nos hospitais psiquiátricos, razão pela qual perderam seus contatos familiares e seus vínculos sociais (BRASIL, 2004).

Enfim, o programa “de volta para casa” foi instituído pela Lei 10.708/03 e prevê

a contribuição de um auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas (art. 1º). Nesse sentido (BRASIL, 2005):

O Programa possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania, uma vez que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário, através de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal. Assim, cada beneficiário do Programa recebe um cartão magnético, com o qual pode sacar e movimentar mensalmente estes recursos. O município de residência do beneficiário deve, para habilitar-se ao Programa, ter assegurada uma estratégia de acompanhamento dos beneficiários e uma rede de atenção à saúde mental capaz de dar uma resposta efetiva às demandas de saúde mental. A cada ano o benefício pode ser renovado, caso o beneficiário e a equipe de saúde que o acompanha entendam ser esta uma estratégia ainda necessária para o processo de reabilitação.

As ações supracitadas demonstram, sem dúvidas, que o Brasil vem caminhando para a desconstrução do modelo asilar, por meio de tratamentos alternativos que priorizam o convívio do paciente com a sociedade.

Entretanto, é preciso ressaltar que o hospital psiquiátrico não é a única estrutura hospitalocêntrica do país. O ordenamento jurídico brasileiro prevê, ainda, uma instituição destinada a abrigar pessoas com transtorno mental que praticaram delitos e foram absolvidas, por meio de uma sentença imprópria.

Trata-se do HCTP, instituição que integra o sistema penitenciário brasileiro e, conseqüentemente, não faz parte do programa de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar. Sobre o tema prelecionam Itana Viana e Luis Eugênio de Souza (2012, p. 161 - 176):

Os Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico não integram o sistema de saúde, e sim o sistema penitenciário, como uma de suas unidades prisionais; portanto, não estão incluídos no Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar e, em consequência, não fazem parte do Sistema Único de Saúde e não recebem nenhum incentivo para a qualificação do atendimento ou para a redução de leitos. Os CAPS e os serviços de residência terapêutica, por sua vez, não preveem a atenção às pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos.

Em face da problemática aqui enfrentada, faz-se necessária uma abordagem acerca da origem e da finalidade dessas instituições, tema esse que será objeto do próximo tópico.

2.3 O louco infrator e os precedentes da medida de segurança

Depreende-se do que foi exposto até aqui que o ordenamento jurídico brasileiro permite – no âmbito da assistência psiquiátrica – dois tipos de estruturas, quais sejam: os hospitais psiquiátricos e os hospitais custódia e tratamento psiquiátrico¹⁹.

Conforme já mencionado, os primeiros decorrem de uma cultura de institucionalização do anormal e, sobretudo, do improdutivo. São locais que abrigam indivíduos com transtorno mental que não se adaptaram aos costumes e aos padrões impostos pela sociedade, razão pela qual são indiretamente levados ao isolamento.

Nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, por sua vez, a invisibilidade do indivíduo vai além da questão econômica e manifesta o caráter de repressão. A manutenção do louco infrator em um sistema asilar afasta o sentimento de insegurança e tranquiliza a sociedade, cujo convívio com a loucura e com a criminalidade é silenciado por meio da segregação. Acerca do tema, preleciona Sérgio Luis Carrara (2010, p. 17):

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

Apesar da semelhança entre o hospital psiquiátrico e o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, o último é mais contemporâneo, visto que a relação entre transtorno mental e inimizabilidade custou a ser identificada pelo Direito.

Segundo Paulo César Busato, o precedente mais remoto de reconhecimento da condição de uma alteração mental em um sujeito de direito foi o caso da morte de Jean-Paul Marat. Nas palavras do autor (2016, p. 451 – 484):

Charlotte Corday D'Armont foi acusada de matar Jean-Paul Marat, médico, filósofo, teorista político e cientista, crítico acérrimo do governo e defensor de reformas básicas para as camadas até então tidas como inferiores pela sociedade da Paris do período revolucionário. No dia 13 de julho de 1793 Charlotte teria desferido uma punhalada no peito de Marat, em uma banheira. Diante do tribunal revolucionário, Chauveau-Lagarde, seu advogado, não

¹⁹ Antes da reforma, os hospitais eram chamados de “manicômios judiciários”; entretanto, conforme será abordado em momento oportuno, a alteração na terminologia em nada modificou as condições dos estabelecimentos, que permaneceram com as mesmas características manicomial (BITENCOURT, 2009. p. 746).

teve outro meio de defende-la a não ser alegando loucura. Em sua defesa, afirmou que uma obsessão tinha se apoderado dela. A tese era de que estava convencida de que o período do Terror afundaria a recém nascida República, e que o único modo de salvar a França era matar Marat. Naturalmente, o Tribunal Revolucionário da França de então era pouco afeto a esta classe de filigrana jurídica e rejeitou a tese, condenando-a à Guilhotina apenas quatro dias depois da morte de Marat, e não tomando maior conhecimento da tese.

Busato pretendia, com o relato transcrito, evidenciar que a questão do transtorno mental era completamente ignorada pelo direito, sendo a questão psicológica irrelevante no momento da aferição da responsabilidade penal.

Foi apenas no final do século XIX e início do século XX que a medida de segurança²⁰ começou a ser suscitada no âmbito do Direito Penal²¹. O crescimento da Criminologia e da negação do livre-arbítrio ao homem-delinquente²², somados à ineficácia da pena para obstar a ação dos reincidentes implicam na necessidade de repensar o sistema tradicional. Nesse sentido (FERRARI, 2001, p. 16):

A partir do final do século XIX, entretanto, natureza diversa foi conferida à medida de segurança. Ao perceber que a pena não impedia a criminalidade, em dúvida foi colocada a eficácia da sanção-pena, refletindo-se sobre a necessidade quanto à enunciação de nova espécie de resposta jurídico-penal.

A par do apoio ideológico do positivismo italiano e da influência das escolas de defesa social, sabe-se que a teoria de Von Listz acerca da pena-fim teve relevância decisiva na evolução do instituto das medidas de segurança. Isso porque, ao afirmar que a função da sanção penal era proteger bens jurídicos, estabeleceu a base para a positivação da medida de segurança no Anteprojeto do Código Penal Suíço, em 1893.

²⁰ O termo será melhor explorado no capítulo seguinte. Por ora, basta compreendê-lo como uma sanção penal cuja finalidade é preventiva, em oposição à pena, que possui também finalidade retributiva.

²¹ Nesse ponto, pertinente destacar que a medida de segurança já existia, mas estava atrelada a ideia de periculosidade social. Dessa forma, era utilizada como meio preventivo às ações dos menores infratores, ébrios habituais ou vagabundos, dispensada a necessidade de prática delituosa para sua aplicação.

²² Evidente que, ao propor uma nova modalidade de sanção, os estudiosos careciam de uma nova escola do pensamento jurídico-penal para apoiá-los. Assim, opondo-se à visão clássica – que pregava o retributivismo e a intimidação – a nova modalidade encontrou apoio na Escola Positivista Italiana, que vislumbrava a percepção determinista existente no homem e adotava a ideologia do tratamento. Na lição de Eduardo Reale Ferrari (2001, p. 22): “Se por um lado a ausência de livre-arbítrio denotava falta de alternatividade por parte do indivíduo, por outro demonstrava incompatibilidade com o fim da retribuição; nascia a indagação de qual seria a justificativa para castigar o delinquente, se o mesmo nunca tivera possibilidade de escolha”.

O Anteprojeto de Karl Stooss traz uma forma de complementação sancionatória aos delinquentes que não foram recuperados por meio da pena de reclusão. Acerca do tema, sintetiza Miguel Reale Júnior (2012, p. 486):

Segundo o Anteprojeto, o pressuposto da medida de segurança reside na periculosidade, devendo ser imposta pelo juiz e cumprida por tempo indeterminado em estabelecimento apropriado para tratar o delinquente perigoso, buscando a sua recuperação. Dessa forma, deviam sofrer internamento, em substituição à pena, o delinquente, se o delito deriva de perversidade ou vadiagem, bem como os ébrios habituais e os vagabundos.

A medida de segurança surge, portanto, em face da necessidade de criar uma sanção penal com finalidade preventiva, visto que (GOMES; MOLINA, 2009, p. 605)

A pena retributiva, que é limitada pelo princípio da culpabilidade, não tem condições de satisfazer as mais elementares exigências de prevenção. A pena, baseada no princípio da culpabilidade, olha só o passado, o fato concreto já cometido pelo autor, enquanto que as exigências da prevenção geral e especial obrigam a se preocupar com o futuro. As medidas de segurança nasceram, portanto, para fazer frente a certas situações de periculosidade (extremamente acentuadas) que não podem ser neutralizadas com a pena. Chegam onde não pode chegar a pena e satisfazer exigências de prevenção inacessíveis à pena retributiva, complementando (ou substituindo) a resposta penal convencional.

Destarte, a segregação deixa de ser um instrumento de tortura e se torna um meio de defesa social, assumindo a finalidade de regenerar o criminoso (OLIVEIRA, 2012, p. 72).

Uma vez esclarecido o cenário mundial que viabilizou a instauração da medida de segurança, desloca-se o cerne da pesquisa ao ordenamento jurídico brasileiro.

No Brasil, a primeira menção acerca da inimputabilidade da pessoa com transtorno mental foi no Código Criminal de 1830, cuja redação dispunha (BRASIL, 1830):

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. 3º Os que commetterem crimes violentados por força, ou por medo irresistiveis. 4º Os que commetterem crimes casualmente no exercicio, ou pratica de qualquer acto licito, feito com a tenção ordinaria.

O diploma legal ainda previa que o alienado seria encaminhado aos locais para ele destinados ou entregues a sua família, como ao juiz parecer mais conveniente (artigo 12).

Ocorre que, conforme já mencionado, não havia na época locais destinados a abrigar essa parcela da população. Os doentes que praticavam delitos tinham, portanto, o mesmo destino daqueles que apenas importunavam a ordem social: eram encaminhados às prisões ou à Santa Casa.

Com a inauguração do Hospício D. Pedro II, em 1853, os magistrados passam a ter para onde encaminhar os loucos infratores. Os alienistas, no entanto, protestaram a prática, sob o argumento de que a invasão dos asilos por criminosos comprometia o tratamento. Iniciou-se, assim, um movimento para a construção de manicômios judiciários (VIANA; SOUZA, 2012, p. 161 - 176).

Ainda quanto à legislação, o ano de 1890 é marcado pela promulgação de um novo Código Penal, que reproduz a redação do Código Anterior. Transcreve-se (BRASIL, 1890): “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”.

Evidente, do exposto, que o óbice levantado pelos alienistas não foi resolvido: os infratores continuavam “invadindo” o local de tratamento dos doentes.

Em face dessa problemática, o Decreto 1.132 de 1903 inovou ao dispor que, enquanto os Estados não construíssem manicômios judiciários, deveriam ser construídos anexos especiais aos asilos públicos para recolhimento dos “alienados delinquentes”²³.

Diante do Decreto publicado, o Hospital Nacional de Alienados criou uma seção especial para abrigar os loucos infratores, batizada de “Seção Lombroso”, em homenagem a César Lombroso (CARRARA, 2010, p. 17). A seção persistiu até a criação do primeiro Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, em 1920.

O Manicômio Judicial do Rio de Janeiro²⁴ foi inaugurado em 1921 e constituiu-se como a primeira instituição desse gênero no país. Sérgio Luis Carrara, ao tratar do

²³ Dispunha o Decreto 1.132 de 1903: Art. 10. E' prohibido manter alienados em cadeias publicas ou entre criminosos. Paragrapho unico. Onde quer que não exista hospicio, a autoridade competente fará alojar o alienado em casa expressamente destinada a esse fim, até que possa ser transportado para algum estabelecimento especial. Art. 11. Emquanto não possuirem os Estados manicomios criminaes, os alienados delinquentes e os condemnados alienados sómente poderão permanecer em asylos publicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem.

²⁴ O local passou a ser chamado de “Manicômio Judiciário Heitor Carrilho”, em homenagem ao seu

tema, ressalta a dificuldade de classificar o Manicômio Judiciário, ao passo que é, ao mesmo tempo, um espaço prisional e asilar, penitenciário e hospitalar. Em suas palavras (2010, p. 19):

De um lado, há a versão que poderia ser chamada jurídico-racionalista e que vê o indivíduo como sujeito de direitos e de deveres, capaz de adaptar livremente seu comportamento às leis e normas sociais, capaz de escolher transgredi-las ou respeitá-las, capaz, enfim, de ser moral e penalmente responsabilizado por suas ações. De outro lado, há a versão que poderia ser denominada psicológico-determinista, que vê o indivíduo (principalmente o indivíduo alienado) não enquanto sujeito, mas enquanto objeto de seus impulsos, pulsões, fobias, paixões, desejos etc. Nessa última versão, as estruturas determinantes do comportamento, estando aquém da consciência e da vontade, não permitem que o indivíduo seja moralmente responsabilizado no sentido do modelo anterior, não sendo, portanto, passível de punição.

É preciso retomar, nesse ponto, os acontecimentos que permeavam o cenário mundial. Além do Anteprojeto de Karl Stooss²⁵, já mencionado, o ano de 1930 foi marcado pela promulgação do Código Penal Italiano, elaborado por Arturo Rocco, em que a medida de segurança foi apresentada como um complemento da pena.

Nesse diapasão, e fortemente influenciado pelo Código Penal Italiano, o Código Penal de 1940 adota o sistema duplo binário, tornando possível a aplicação sucessiva das duas sanções penais. No que tange à medida de segurança, verifica-se seu fundamento estava adstrito à periculosidade do indivíduo, na época muito mais ligada à periculosidade social do que à prática de um delito. Sobre o tema preleciona Paulo César Busato (2016, p. 451 – 484):

Do mesmo modo que não era necessária a prática delitiva para a constatação, reconhecimento e imposição de uma medida de segurança, bastando a constatação de sua periculosidade, a dissociação completa entre periculosidade e culpabilidade permitia, entre outras coisas, a cumulação das duas. Ou seja, era possível ao juiz, em uma sentença condenatória por uma pena determinada, impor, uma vez cumprida a pena, a aplicação também de uma medida de segurança por prazo indeterminado, até que cessasse a periculosidade, bastando, para fazê-lo, declarar esta condição do réu – de perigoso – na sentença.

O trecho transcrito revela uma das características que mais se destacou no sistema duplo-binário: a possibilidade de aplicação de uma pena de caráter perpétuo.

primeiro diretor. Após a segunda metade da década de 80, diante de reformas na legislação brasileira, tornou-se o “Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico Heitor Carrilho”.

²⁵ Em que pese seja o Anteprojeto de Stooss datado de 1893, sua redação apenas entrou em vigência no ano de 1938, com o advento do Código Penal Suíço (OLIVEIRA, 2012, p. 72).

Isto porque, concluída a pena, o delinquente continuaria no mesmo lugar para cumprir a medida de segurança, essa com prazo indeterminado. Nessa direção (BITENCOURT, 2009, p. 744):

A aplicação conjunta da pena e medida de segurança lesa o princípio do *ne bis in idem*, pois, por mais que se diga que o fundamento e os fins de uma e outra são distintos, na realidade, é o mesmo indivíduo que suporta as duas consequências pelo mesmo fato praticado [...] a hipocrisia era tão grande que, quando o sentenciado concluía a pena, continuava, no mesmo local, cumprindo a medida de segurança, nas mesmas condições em que acabara de cumprir a pena. Era a maior violência que o cidadão sofria em seu direito de liberdade, pois, primeiro, cumpria uma pena certa e determinada, depois, cumpria outra “pena”, esta indeterminada, que ironicamente denominavam de medida de segurança.

Pertinente destacar, ainda, que a medida de segurança era aplicada com base apenas na periculosidade social do agente, na “mera possibilidade de que um sujeito venha a cometer fatos socialmente danosos à coletividade, colocando em risco a tranquilidade pública” (FERRARI, 2001, P. 154).

Trata-se da ideia de periculosidade subjetiva que, se “não presumida por lei, deve ser reconhecida pelo juiz quando a personalidade e antecedentes do indivíduo, bem como os motivos e circunstâncias do fato imputado, autorizam a suposição de que venha ou torne a delinquir” (HUNGRIA, 1945, p. 141).

Assim, uma vez reconhecido o estado perigoso, seriam aplicáveis pena e medida de segurança, conjunta e sucessivamente, mesmo ao imputável e semi-imputável.

Conforme constatado, a medida de segurança sofreu diversas críticas quanto ao sistema adotado. Em razão disso, o Anteprojeto criminal de 1969 eliminou a cumulatividade entre as sanções detentivas e atribuiu ao magistrado a função de optar entre considerar o indivíduo imputável ou inimputável.

Apesar das mudanças significativas, sabe-se que o Código de 1969 sofreu diversas prorrogações e, em 1975, foi revogado, sem nunca ter entrado em vigência. Manteve-se integralmente a legislação penal de 1940, preservando o sistema duplo binário e a presunção da periculosidade.

Tais ideias, contudo, já destoavam do entendimento criminal brasileiro, razão pela qual a medida de segurança se tornou um dos temas mais relevantes da comissão constituída em 1981, responsável por importantes alterações no Código Penal (FERRARI, 2001, p. 39)

Neste contexto, a Lei 7.209 de 1984 instituiu a reforma da Parte Geral do Código, atentando-se às deficiências do sistema até então adotado e introduzindo pressupostos para aplicação da medida de segurança, tema que será objeto de estudo do próximo capítulo.

3 REFLEXÕES ACERCA DA INTERNAÇÃO SOB A PERSPECTIVA DA MEDIDA DE SEGURANÇA DETENTIVA

Em que pese a revogação do Código de 1969, sabe-se que as críticas direcionadas à presunção da periculosidade e à aplicação da medida de segurança a autores imputáveis não cessaram em 1975, mas motivaram diversas propostas com o intuito de aprimorar o instituto.

Nesse contexto, a comissão constituída em 1981 e presidida por Francisco de Assis Toledo elevou a medida de segurança a um dos temas mais relevantes que ensejariam alterações legislativas (FERRARI, 2001, p. 39).

De fato, a Reforma de 1984 alterou todo o procedimento de aplicação do instituto. Adotou-se, em substituição ao sistema duplo binário, o sistema vicariante, estabelecendo que as medidas de segurança teriam como pressupostos a periculosidade do agente e a prática de um ilícito²⁶.

A par da Reforma de 1984, verifica-se que outros diplomas legais – tais como o Código de Processo Penal (CPP) e a Lei de Execução Penal (LEP) – também tratam da aplicação desse instituto, razão pela qual indispensável o estudo da dogmática da medida de segurança e do posicionamento dos tribunais diante de casos concretos.

Enfim, esclarecidos os pontos relativos à legislação e à jurisprudência, faz-se necessária uma análise da realidade manicomial no Brasil, a fim de constatar a compatibilidade dessas fontes do direito com o sistema penal-psiquiátrico do asilamento.

3.1 A prática do ilícito-típico penal e a constatação da periculosidade do agente

Conforme já mencionado, a Reforma de 1984 foi responsável por diversas mudanças no âmbito da medida de segurança, especialmente no que tange ao sistema utilizado e aos pressupostos para sua aplicação.

Uma vez instituído o sistema vicariante, também chamado de unitário, resta vedada a aplicação sucessiva ou cumulativa da pena e da medida de segurança. A

²⁶ Saliencia-se que é possível a imposição de medida de segurança decorrente da prática de contravenção penal, visto que, não obstante ausente disposição expressa sobre o tema, o artigo 12 do Código Penal e o artigo 1º da Lei das Contravenções Penais determina a aplicação da regra penal subsidiariamente.

última será empregada apenas quando, praticado o delito, for constatada a inimputabilidade e periculosidade do agente infrator²⁷.

Depreende-se do exposto que a exigência prévia do delito é requisito indispensável à aplicação da medida de segurança. Nesse sentido preconiza Eduardo Reale Ferrari (2001, p. 137):

Em uma concepção de Estado Democrático de Direito, o ilícito-típico não consiste um mero sintoma, índice ou ensejo de averiguação à periculosidade, que viabilizaria a aplicação da medida de segurança criminal, constituindo, ao contrário, seu verdadeiro fundamento. O ilícito-típico penal consiste em uma condição *sine qua non* à incidência da medida de segurança criminal, excluindo-se da seara penal toda providência administrativa que não obstante revelar semelhança à criminal, prescindir da prática do ilícito-típico penal.

Diante disso, faz-se necessário retomar brevemente algumas questões pertinentes à Teoria Geral do Delito, sobre a qual passamos a discorrer.

Sem prejuízo das teorias acerca dos elementos do crime²⁸, compactua-se, nesse momento, com o conceito de culpabilidade como reprovabilidade da vontade típica e jurídica. A reprovabilidade, por sua vez, “pressupõe (...) que o autor tenha podido adotar uma resolução de vontade antijurídica de modo mais concreto, ou seja, conforme a norma (...) no sentido concreto que um homem nessa situação teria podido adotar (WELZEL, 2015, p. 112).

Com base nesse conceito, compreende-se que a culpabilidade é constituída pela potencial consciência da ilicitude, pela exigibilidade de conduta diversa e pela imputabilidade²⁹.

²⁷ Nesse ponto, pertinente destacar a crítica apontada por Luiz Flávio Gomes e Antonio García-Pablos de Molina, no sentido de que a doutrina brasileira chama, equivocadamente, o sistema brasileiro de vicariante. De acordo com os juristas, o sistema que vigora no Brasil seria o alternativo, ao passo que o vicariante permite – durante a execução – a alternância entre a pena e medida, conforme as condições pessoais do condenado, o que não é permitido no Brasil (2009, p. 621). Para o presente estudo, no entanto, adotar-se-á o posicionamento majoritário, qual seja, aquele que defende que o sistema adotado pela legislação brasileira é o vicariante.

²⁸ Sabe-se que a doutrina é bastante controversa no que tange aos elementos do delito, sob o ponto de vista analítico. Para alguns juristas, como Julio Frabbrini Mirabete, o crime é fato típico e antijurídico, enquanto a culpabilidade é apenas um pressuposto para aplicação da pena. Muñoz Conde e Basileu Garcia, por outro lado, compreendem o delito como um fato típico, jurídico, culpável e punível. Há quem defenda, ainda, que é fato típico e culpável, estando a antijuridicidade ínsita ao próprio tipo. Luiz Flávio Gomes, por sua vez, preleciona que o crime é fato típico, antijurídico e punível. Por fim, a corrente majoritária no Brasil – nas quais estão inclusos Assis Toledo, José Henrique Pierangeli, Nelson Hungria, Jescheck, Wessels – afirma que o delito é fato típico, antijurídico e culpável, formando o que se entende como teoria tripartite.

²⁹ A concepção atual dos elementos da culpabilidade reproduz os ideais da teoria normativa pura, influenciada pela teoria finalista da ação. De acordo com essa teoria, a culpabilidade deve ser entendida como o juízo de reprovabilidade da conduta típica e antijurídica, apresentando como inovação o fato de o dolo ser retirado da culpabilidade e inserido no tipo penal, mantendo-se como elementos da

A potencial consciência da ilicitude, retirada do dolo para constituir elemento autônomo, é a possibilidade de conhecimento da antijuridicidade do fato, isto é, para que uma ação contrária ao Direito possa ser reprovada ao autor, será necessário que o mesmo conheça ou possa conhecer as circunstâncias que pertencem ao tipo e à ilicitude (BITENCOURT, 2009. p. 375).

A exigibilidade de conduta diversa consiste na expectativa social de um comportamento diferente daquele que foi adotado pelo autor. É a possibilidade que tinha o agente de, no momento da ação ou da omissão, agir de acordo com o direito, considerando-se a sua particular condição de pessoa humana.

Por fim, a imputabilidade se refere à capacidade mental do agente de compreender o caráter ilícito do fato praticado e de determinar-se de acordo com isso. Na lição de Francisco de Assis Toledo (2007, p. 312)

Imputabilidade é sinônimo de atribuíbilidade. Imputar é atribuir algo a alguém. Quando se diz que determinado fato é imputável a certa pessoa, está-se atribuindo a essa pessoa ter sido a causa eficiente e voluntária desse mesmo fato. Mais ainda: está-se afirmando ser essa pessoa, no plano jurídico, responsável pelo fato e, conseqüentemente, passível de sofrer os efeitos, decorrentes dessa responsabilidade, previstos no ordenamento vigente.

Conforme preleciona Hans Welsel (2015, p. 131), a imputabilidade tem um elemento de conhecimento (intelectual) e um elemento de vontade (volitivo): a capacidade de compreensão do injusto e de determinação da vontade (conforme uma finalidade).

Diante da análise desses elementos, conclui-se que a imputabilidade é a condição pessoal de maturidade e sanidade mental que confere ao agente a capacidade de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se segundo esse entendimento (PONTE, 2012, p. 28).

Esclarecidas tais premissas acerca da culpabilidade e seus elementos, salienta-se que o título III do Código Penal brasileiro evidencia as situações nas quais a imputabilidade é afastada, destacando-se, para fins do presente estudo, a questão prevista no art. 26 do referido diploma legal. Transcreve-se:

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou

culpabilidade a imputabilidade, a potencial consciência da ilicitude (possibilidade de conhecimento do injusto) e a exigibilidade de conduta diversa (PONTE, 2012, p. 21).

da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Com base nesse dispositivo, as legislações se dividem em três critérios para constatar a inimputabilidade ou a imputabilidade diminuída. Em síntese (BITENCOURT, 2009. p. 379) :

O sistema biológico condiciona a responsabilidade à saúde mental, à normalidade da mente. Se o agente é portador de uma enfermidade ou grave deficiência mental, deve ser declarado irresponsável, sem necessidade de ulterior indagação psicológica. O método psicológico não indaga se há uma perturbação mental mórbida: declara a irresponsabilidade se, ao tempo do crime, estava abolida no agente, seja qual for a causa, a faculdade de apreciar a criminalidade do fato (momento intelectual) e de determinar-se de acordo com essa apreciação (momento volitivo). Finalmente, o método biopsicológico é a reunião dos dois primeiros: a responsabilidade só é excluída, se o agente, em razão de enfermidade ou retardamento mental, era, ao tempo da ação, incapaz de entendimento ético-jurídico e autodeterminação.

O Código Penal brasileiro manifesta a adoção do sistema biopsicológico³⁰ em seu artigo 26, supracitado. Assim, além da verificação de doença mental ou desenvolvimento incompleto ou retardado, será analisado se, ao tempo da ação ou omissão, o agente era capaz de entender o caráter ilícito do fato.

Segundo Luiz Flávio Gomes e Antonio García-Pablos de Molina (2009, p. 429), o dispositivo em tela prevê quatro requisitos para a verificação da inimputabilidade, quais sejam: causal (doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado); temporal ou cronológico (no tempo da ação ou omissão); consequencial (incapacidade de entender e de querer); e, quantitativo (inteiramente incapaz). Ainda, quanto ao primeiro requisito, os juristas destacam:

A locução doença mental abarca todas as que provocam alterações na saúde mental do agente (esquizofrenia, psicose, epilepsia, síndrome paranoide, senilidade, embriaguez patológica etc.). Desenvolvimento mental incompleto alcança alguns silvícolas, surdos-mudos, etc.; desenvolvimento retardado abrange a debilidade mental, idiotice, imbecilidade etc.

A verificação do estado mental do agente pode se dar em quaisquer das fases da persecução penal, e se materializa por meio do incidente de insanidade mental, o qual possui previsão expressa no título VIII do CPP. Sobre o tema:

³⁰ Em relação aos menores de 18 anos adotou-se, excepcionalmente, o sistema biológico, conforme se depreende dos artigos 228 da CF e 27 do CP.

Art. 149. Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal.

Tratando-se de dúvidas provenientes do inquérito policial, poderá a respectiva autoridade representar ao magistrado, pugnando pela realização do exame de insanidade mental nos termos do artigo 149 §1º do CPP. Aqui, em contraponto à interpretação meramente literal do dispositivo citado, entende-se que a solicitação do exame fica sujeita a uma análise discricionária do juiz de direito, o qual observará a existência real de suspeita ou desconfiança em relação à higidez mental do acusado (PONTE, 2012, p. 62)

Determinada a perícia psiquiátrica, o inquérito policial terá seu curso regular, excluindo-se apenas os atos que dependam de presença ou colaboração do indiciado. Concomitantemente, tramitará o incidente perante o juízo criminal natural da futura ação, sendo nomeado um curador ao indiciado e formulados quesitos pelo Ministério público e pelo juiz da causa, a serem respondidos pelo perito judicial.

Findo o inquérito, os autos serão remetidos ao Ministério Público. Comprovada por perícia a insanidade mental do acusado, poderá o promotor pugnar pela absolvição imprópria, nos termos do artigo 386, VI, e parágrafo único, III, do CPP ou, em se tratando de semi-imputável, pela procedência da ação, com a imposição de pena reduzida ou medida de segurança. Optando o representante do *Parquet* pelo oferecimento da denúncia, o processo terá tramitação normal. Uma vez recebida a peça vestibular, o curador do acusado será citado formalmente para oferecer a defesa prévia e atuar nas demais fases do processo judicial.

Outrossim, em se tratando de suspeita de inimputabilidade no curso de processo regular, o incidente será ordenado de ofício pelo juiz ou por requerimento das pessoas elencadas no art. 149 do CPP, transcrito acima. Nomeado um curador, os autos principais permanecem suspensos – sem a suspensão da prescrição – até a conclusão do incidente, que se submete à elaboração de um laudo pericial, sujeito a formulação de quesitos pelo Ministério Público, pelo juiz da causa e, ainda, pelo acusado.

Em consonância ao disposto no artigo 150 §1º do diploma processual já mencionado, o laudo terá o prazo de 45 dias para conclusão, podendo ser homologado ou impugnado pelo magistrado. Isso porque, com a adoção do critério biopsicológico, o

julgador não fica adstrito ao laudo psiquiátrico, como ocorre no sistema biológico puro (PONTE, 2012, p. 39).

O incidente será apenso ao processo principal e, encerrada a instrução³¹, o juiz sentencia a causa. Verificada a imputabilidade do agente, o juiz procederá com a imposição de pena. Em caso de semi-imputabilidade, será aplicada a pena reduzida, salvo se comprovada a necessidade de tratamento específico, hipótese na qual a medida de segurança a substituirá por completo, conforme prevê o art. 98 do CP. Por fim, constatada a inimputabilidade do agente, o mesmo será absolvido, nos termos do inciso VI do artigo 386 do CPP, ficando a critério do magistrado a aplicação da medida de segurança, conforme dispõe o parágrafo único, inciso III do mesmo dispositivo.

O que se pode concluir até o momento é que, no que tange ao inimputável, o delito será um fato típico e ilícito, mas não culpável, razão pela qual a ele não poderá ser aplicada uma pena.

Por outro lado, em consonância com o artigo supracitado, cabe ao magistrado decidir acerca da aplicação da medida de segurança, que, além da prática do injusto penal por um inimputável, tem como pressuposto a periculosidade do agente.

Em contraponto à culpabilidade, fundamento da pena, a medida de segurança encontra sua justificativa na periculosidade, que substitui o elemento subjetivo do tipo e supre a ausência de culpabilidade do inimputável (CARDOSO; PINHEIRO, 2012. p. 48).

Segundo Luiz Flávio Gomes e Antônio García-Pablos de Molina (2009, p. 420), a periculosidade consiste no

(...) conjunto das condições objetivas e subjetivas que revelam a probabilidade de que o sujeito venha a cometer fatos socialmente danosos. A periculosidade, como se vê, funda-se em um prognóstico, em um juízo de probabilidade relacionado com um ato futuro que o indivíduo possa praticar. O juízo de reprovação da culpabilidade volta-se para o passado; o juízo de probabilidade da periculosidade orienta-se para o futuro. A culpabilidade é retrospectiva, a periculosidade é prospectiva.

Assim, enquanto a culpabilidade é observada mediante um juízo passado, a periculosidade diz respeito a um juízo futuro. Não fica adstrita à conduta típica já praticada, mas vislumbra a probabilidade do agente voltar a delinquir.

³¹ Na lição de Antônio Carlos da Ponte: “O exame psiquiátrico do réu, mesmo concluindo pela sua inimputabilidade, não representa um incidente processual de molde a determinar o encerramento da instrução. Constitui, sim, um dos elementos de prova, a ser apreciado em conjunto com os demais (...)”

A prática de um ato delituoso, portanto, não implica imediatamente na imposição da medida de segurança, a qual fica condicionada à probabilidade de reiteração criminal. Nesse sentido (CARDOSO; PINHEIRO, 2012. p. 50):

(...) Após a constatação de incidência do art. 26 do CP, isentando-se de pena o agente acometido por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não é imediata a aplicação do art. 97 do CP, não podendo o juiz determinar a internação ou submissão do inimputável a tratamento ambulatorial sem, antes, verificar cuidadosamente a probabilidade de o mesmo tornar a delinquir.

Ainda sobre a periculosidade, a Lei de Execução Penal (Lei n. 7.210/84) dispõe acerca da sua cessação, afirmando que ao final do prazo mínimo estipulado para a medida de segurança o inimputável será submetido a um exame para fins de averiguação de suas condições pessoais. O exame poderá ser realizado antes do prazo mínimo, se assim requerer o Ministério Público, o interessado, seu procurador ou defensor, nos termos do artigo 176 do diploma legal supramencionado.

3.2 A medida de segurança na dogmática penal

Superada a questão dos pressupostos para a aplicação da medida de segurança, é preciso realçar a finalidade do instituto e os princípios que devem ser observados no momento da sua aplicação.

A priori, destaca-se que a doutrina majoritária reconhece a predominância da finalidade de prevenção especial da medida de segurança³² (GOMES; MOLINA, 2009, p. 604).

Com base nisso, a sanção penal em tela é aplicada com o escopo de promover um tratamento psiquiátrico adequado e eficaz ao inimputável, possibilitando

³² A dogmática preventista opõe-se ao retributivismo e interpreta a sanção penal como uma forma de controle social do crime. Nesse contexto, pode ser observada sob dois prismas, a prevenção geral e especial. A prevenção geral é dirigida à generalidade das pessoas. A princípio, era observada apenas sob a ótica negativa, idealizada por Feuerbach e sua teoria psicológica das normas. Atribuía-se à pena um caráter pedagógico, ou seja, a pena era utilizada como uma espécie de exemplo a “potenciais delinquentes”, os quais, intimidados, deixariam de praticar a conduta ilícita. Posteriormente, a escola funcionalista, através de Émile Durkheim, passou a observar a prevenção geral sob seu aspecto positivo, servindo de garantia à eficácia e vigência do ordenamento jurídico. Por outro lado, a prevenção especial é voltada à esfera particular do infrator. Sob a ótica *positivista*, a finalidade da sanção se pauta na recuperação do delinquentes, analisada como meio corretivo. Excepcionalmente, admite-se a segregação (prevenção especial *negativa*), voltada aos delinquentes habituais, considerados incorrigíveis.

sua reinserção social. A segregação deve se manter em segundo plano, admitida apenas em caráter excepcional e subsidiário. Nesse sentido (FERRARI, 2001, p. 61):

No âmbito das medidas de segurança criminais, o propósito socializador deve sempre que possível prevalecer sobre a intenção de segurança, orientando-se pelos princípios de sociabilidade e da humanidade. O alicerce que norteia a aplicação da medida de segurança constitui o fim de tratamento ressocializador, admitindo, excepcionalmente e de forma subsidiária, o fim da segregação. Denota-se, assim, que, dentre as finalidades preventivas especiais, existe preferência pela positiva em detrimento da negativa.

Apesar da finalidade exclusivamente preventiva, a medida de segurança não deixa de ser uma restrição à liberdade do indivíduo e, como tal, deve se atentar a alguns princípios e garantias elencados no ordenamento jurídico brasileiro, ora em âmbito constitucional, ora infraconstitucional.

3.2.1 Dignidade da pessoa humana e Política Criminal: Reflexos da Constituição de 1988 na aplicação da medida de segurança

A priori, salienta-se que o Estado Democrático de Direito, instituído pela Constituição de 1988, atribuiu à preservação da dignidade da pessoa humana um valor essencial e inviolável, o qual confere legitimidade ao Estado por meio da limitação de seus poderes em face da pessoa. Nesse ínterim, destaca Flávia Piovesan (2009, p. 328):

O valor da dignidade humana impõe-se como núcleo básico e informador do ordenamento jurídico brasileiro, como critério e parâmetro de valoração a orientar a interpretação e compreensão do sistema constitucional instaurado em 1988. A dignidade humana e os direitos fundamentais vêm constituir os princípios constitucionais que incorporam as exigências de justiça e dos valores éticos, conferindo suporte axiológico a todo sistema jurídico brasileiro. Na ordem de 1988 esses valores passam a ser dotados de uma especial força expansiva, projetando-se por todo o universo constitucional e servindo como critério interpretativo de todas as normas do ordenamento jurídico nacional.

Para Luís Roberto Barroso (2001, p. 31), o princípio em apreço “representa a superação da intolerância, da discriminação, da exclusão social, da violência, da incapacidade de aceitar o outro, o diferente, na plenitude de sua liberdade de ser, pensar e criar”.

A descrição trazida pelo Ministro ressalta a posição da dignidade como um fundamento da República Federativa do Brasil, que deve ser observado, inclusive, no processo de aceitação do discrepante, do anormal.

Nessa linha de raciocínio, uma vez compreendida a dignidade como um atributo inerente a todo ser humano, independente de raça, sexo, condição social ou outras condições pessoais, é cediço que o cometimento de um delito não pode ensejar em seu afastamento.

Ao contrário, em se tratando de razão fundamental da estrutura da organização do Estado e do Direito, o princípio em tela deve integrar a interpretação das normas de Direito Penal e Processual Penal, visando, sobretudo, a humanização da pena e a vedação de penas e medidas de segurança cruéis, humilhantes, infamantes, degradantes e perpétuas (OLIVEIRA, 2012, p. 33).

É nesse sentido que Jorge Figueiredo Dias, ao destacar a evolução do estatuto da Política Criminal perante a dogmática jurídico-penal e a criminologia, ressalta a mudança de perspectiva durante o Estado de Direito Formal, o Estado Social e o Estado Democrático. Afirma o autor que, no último (2001, p. 15):

(...) quer-se compreender todo o Estado democrático e social que mantém intocada a sua ligação ao direito, e mesmo a um esquema rígido de legalidade, e se preocupa por isso antes de tudo com a consistência efectiva dos direitos, das liberdades e das garantias da pessoas; mas que, por essa razão mesma, se deixa mover, dentro daquele esquema, por considerações de justiça na promoção e na realização de todas as condições – políticas, sociais, culturais, económicas – do desenvolvimento mais livre possível da personalidade ética de cada um.

A política criminal não pode ir de encontro aos objetivos e alicerces da Constituição, mas deve, sim, fomentá-los. Michele Cia atribui à essa ciência, inclusive, a responsabilidade por garantir direitos dos indivíduos ofendidos sem ferir a dignidade dos ofensores. Em suas palavras (2011, p. 42):

A política criminal, enquanto racionalidade dirigida à contenção da violência, sendo, pois, uma obrigação a que se vincula o estado, já dito, restringe determinados direitos (como a liberdade, por exemplo) dos indivíduos ofensores dos bens jurídicos essenciais de determinada comunidade, com a finalidade de efetivar a dignidade e os direitos dos demais cidadãos. No entanto, nessa importante missão, a política criminal e os aparatos do controle social não podem sacrificar a dignidade das pessoas a ele submetidas, sob pena de clara ofensa aos valores considerados fundamentais para nosso Estado Democrático Social de Direito Material. Assim, percebe-se a delicada função dessa Ciência: fomentar a dignidade de todos sem violar a dignidade dos

submetidos à sanção penal. Ao contrário, deve-se promover a dignidade também desses indivíduos, de forma a atingir certas finalidades que fundamentam a intervenção penal, isto é, a reinserção e a ressocialização do indivíduo, verdadeiras finalidades político-criminais.

O ordenamento jurídico brasileiro caminha, também, nesse sentido. A Lei 9.455/97 (Lei da Tortura), por exemplo, prevê a aplicação de pena cominada ao crime de tortura a quem submete pessoa presa ou sujeita a medida de segurança a sofrimento físico ou mental, por intermédio da prática de ato não previsto em lei ou não resultante da medida legal (art. 1º).

O dispositivo supracitado materializa o direito fundamental previsto no art. 5º, XLIX da Constituição Federal³³ e reforça o entendimento de que direitos e princípios atribuídos à pena devem ser aplicados, também, à medida de segurança. Nesse sentido se manifesta Eduardo Reale Ferrari (2001, p. 168):

Partindo da concepção de que a Constituição Federal de 1988, no *caput* do art. 5º, exige que todos sejam iguais perante a lei, bem como de que, analogicamente, necessária será a individualização de qualquer sanção (art. 5º, inc. XLVI), indubitável constitui a afirmação no sentido de que todos os direitos existentes no inimputável estendam-se aos inimputáveis e semi-imputáveis, existindo regras obrigatórias, tanto no instante da enunciação, da aplicação como no da execução da sanção-medida.

Tal posicionamento está em consonância com o ordenamento jurídico brasileiro³⁴, razão pela qual Michele Cia afirma que interpretação diversa colidiria com os próprios fundamentos do Estado Social e Democrático de Direito Material (2011, p. 60).

Uma vez esclarecido que os princípios constitucionais devem ser estendidos a qualquer consequência jurídica do delito, faz-se necessário destacar alguns deles para fins do presente estudo, quais sejam, os princípios da legalidade, da Intervenção mínima, da Individualização da medida de segurança e da Proporcionalidade.

Conforme já esclarecido, a Reforma de 1984 afastou a presunção de periculosidade, realçando a necessidade de um ilícito-típico para a aplicação da medida de segurança. Uma vez estipulada a exigência prévia de um delito, voltam-se os olhos ao disposto no art. 5º, XXXIX da CF e no ar. 1º do CP, os quais afirmam que “não há

³³ *In verbis*: “XLIX - é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral”.

³⁴ Especialmente com o princípio da igualdade, visto que, para não ferí-lo, a lei deveria diminuir as desigualdades características dos inimputáveis, e não as crescer. Na prática, constata-se exatamente o contrário: o inimputável recebe tratamento muito mais gravoso que o inimputável, apenas de não ser considerado culpado (CIA, 2011, p. 64).

crime sem lei anterior que o defina. Não há pena sem prévia cominação legal”. Em relação ao referido princípio, ainda, aduz Ferrari (2001, p. 93):

O princípio da legalidade consiste numa rígida limitação ao jus puniendi estatal, configurando-se exigência da lei formal uma garantia indispensável à conservação dos valores do Estado Democrático de Direito. Espécie de sanção, a medida de segurança criminal priva ou restringe bens jurídicos individuais, constituindo imperiosa obediência ao princípio da legalidade, evitando que o juiz por seu arbítrio imponha medidas não expressamente previstas em lei.

Diretamente relacionado ao princípio da legalidade está o princípio da intervenção mínima, que consiste em um postulado constitucional cujo fundamento se pauta no caráter subsidiário no Direito Penal, sustentando que o Direito Penal só se legitima quando insuficiente a tutela de outros ramos do Direito. No que tange à medida de segurança, a utilização do Direito Penal como *ultima ratio* é ainda mais específica, ao passo que (CARDOSO; PINHEIRO, 2012. p. 28)

Primeiro, comprova-se a prática de um fato ilícito-típico pelo doente mental. Perfilha-se, então, a possível periculosidade do indivíduo, já que a prática de crime não conduz obrigatoriamente a uma dedução positiva acerca da futura reiteração delitiva. Existindo a periculosidade, devem ser investigadas alternativas não penais de tutela jurisdicional, como o tratamento psiquiátrico disponibilizado pelo SUS. Em seguida, mesmo que haja o binômio necessidade e idoneidade demandando a aplicação da medida de segurança, em detrimento da terapia pelo SUS, empregar-se-á somente em último caso a medida de internação, preferindo-se, sempre que as necessidades terapêuticas dos pacientes permitirem, a medida ambulatorial. Finalmente, ainda que a internação seja a medida mais recomendada no caso concreto, o princípio da intervenção mínima impõe que o inimputável tenha o seu estado de saúde mental constantemente monitorado, com vistas à progressão para uma medida menos gravosa, consagrando-se, portanto, o princípio da intervenção mínima.

A análise minuciosa das condições do agente e a constatação de suas necessidades terapêuticas também atendem ao princípio da individualização da medida de segurança. Isso porque, o princípio em tela – previsto na primeira parte do artigo 5º, inciso XLVI da Constituição Federal³⁵– pressupõe um tratamento médico-psiquiátrico individualizado, com foco no distúrbio específico que o agente apresenta. Para Michele Cia (2011, p. 68), a inobservância do princípio da individualização da medida de segurança está intimamente relacionada à frustração de suas finalidades.

³⁵ “XLVI: a lei regulará a individualização da pena”. Aqui, mais uma vez, salienta-se a interpretação extensiva do termo “pena”, a fim de alcançar todas as consequências jurídicas do delito.

Enfim, o princípio da proporcionalidade “proíbe resposta penal insuficiente ou excessiva à salvaguarda de um determinado bem ou interesse” (PONTE, 2012, p. 81). Segundo Ferrari (2001, p. 100) referido princípio limita as arbitrariedades do Poder Legislativo e do Poder Judiciário, ao passo que afasta a imposição judicial de sanções desajustadas à gravidade do delito ultimado.

Ainda sobre a proporcionalidade, Jorge Figueiredo Dias apresenta parecer singular sobre sua incidência no âmbito das medidas de segurança. Para o jurista português, a proporcionalidade está para as medidas de segurança tal como a culpabilidade está para as penas. Em síntese (CIA, 2011, p. 96):

O pensamento defendido por Dias traz uma contribuição importante ao direito das medidas de segurança. Enquanto a doutrina tradicional substituiu a culpabilidade pela periculosidade, como fundamento e limite da medida de segurança (...), Dias superpõe no espaço deixado pela culpabilidade – que não se aplica à medida de segurança – o próprio princípio da proporcionalidade. Juízo que deve levar em conta não apenas a periculosidade, mas também a gravidade do ilícito-típico cometido pelo agente.

Em contraponto, Michele Cia menciona o posicionamento de Gracia Martín, o qual afirma que o fato praticado não deve ser levado em conta no juízo da proporcionalidade, mas sim a gravidade dos delitos que se espera que o agente cometa no futuro, visto que o fundamento da medida de segurança é a periculosidade. Em razão disso, o autor sustenta que a duração das medidas de segurança não podem ser determinadas previamente, pois não tem como precisar o término exato da periculosidade, momento em que a medida de segurança não seria mais necessária (GRACIA MARTÍN apud CIA, 2011, p. 96/97).

Independente do viés adotado, o que se pretende com a presente análise é denunciar as arbitrariedades de uma medida de segurança que não observa o princípio da proporcionalidade. Isso porque, ainda que o fundamento da respectiva sanção penal seja a periculosidade, já foi esclarecido que o Direito Penal tem caráter subsidiário, a ser aplicado tão somente quando insuficientes outros campos do Direito. Nesse ponto, defende-se a incidência de uma sanção penal proporcional ao delito praticado, atribuindo a alternativas de tutela não penais (tratamento em hospitais comuns, CAP's...) a responsabilidade pela pessoa com transtorno mental que já cumpriu o tempo proporcional à infração penal, mas que ainda é diagnosticado como “perigoso”.

Verificada a função preventiva da medida de segurança, bem como elencados os princípios de observância obrigatória em sua execução, necessária se faz uma análise dos dispositivos legais que tratam do tema, a fim de constatar sua compatibilidade com o que foi exposto até agora com a legislação e com o posicionamento dos Tribunais Pátrios.

3.2.2 Aspectos legais acerca da reforma de 1984 e da Lei da Execução Penal

Destaca-se, inicialmente, o artigo 96 do CP³⁶, cuja redação prevê as espécies da medida de segurança, quais sejam: A internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (ou, à falta, em outro estabelecimento adequado) e a sujeição a tratamento ambulatorial.

A internação psiquiátrica, também denominada medida de segurança detentiva, determina o cumprimento da medida de segurança nos chamados hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico ou, na ausência destes, em estabelecimentos adequados com características similares.

O tratamento ambulatorial, por sua vez, enquadra-se na medida de segurança restritiva, e pode ser conceituado como a “imposição do acompanhamento médico psiquiátrico sem a obrigatoriedade de que o paciente permaneça recluso na instituição” (CARVALHO, 2013. p. 507).

O artigo 97 do mesmo diploma legal ressalta o critério para definição da espécie da medida de segurança, qual seja, a gravidade do delito. Prevê o dispositivo em análise: “Se o agente for inimputável, o juiz determinara sua internação (artigo 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial”.

A incidência do critério da gravidade do delito em uma sanção cuja finalidade é exclusivamente preventiva tem fomentado diversas críticas. Na lição de Salo de Carvalho (2013. p. 508, grifo do autor):

A previsão em abstrato da forma reclusiva ou detentiva como critério único de definição da espécie de medida de segurança a ser cumprida não parece

³⁶ O dispositivo em apreço foi também alterado pela Reforma de 1984. Acerca do tema preleciona Eduardo Reale Ferrari (2001, p. 40): “Com a finalidade de simplificar os tipos de medidas profiláticas, o Código Penal de 1984 enunciou apenas duas espécies de medidas de segurança, sendo uma de cunho privativo e a outra de cunho restritivo, denominando-as de internação em hospital de custódia e tratamento ambulatorial”

estar adequada ao postulado constitucional que determina ao julgador a *individualização da sanção penal (medida de segurança)*. Note-se que, em relação às penas, a fixação do regime ou a possibilidade de substituição por pena restritiva de direitos independe da espécie de privação de liberdade prevista em lei. Assim, o tipo de regime (aberto, semiaberto ou fechado) e a espécie de sanção (privativa de liberdade, restritiva de direito ou multa) estarão subordinados aos critérios judiciais expostos motivadamente na sentença (individualização da pena). A definição das espécies de medida a partir de um critério abstrato parece, portanto, estar em oposição à estrutura principiológica (constitucional e legal) que orienta a aplicação das sanções.

Nesse sentido, Michele Cia (2011, p. 64) também destaca a necessidade de revisão do artigo 97 do Código Penal. De acordo com o posicionamento da jurista, o dispositivo citado se baseia na finalidade preventivo-geral, enquanto deveria prevalecer a finalidade preventivo-especial positiva, protegendo sempre as particularidades psicológicas dos inimputáveis.

Ao seguir com a análise dos dispositivos expressos no Código Penal, verifica-se que o mesmo artigo 97 dispõe, em seu parágrafo 1º: “A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos.”

O texto legal disciplina o prazo mínimo da duração da medida de segurança e condiciona o prazo máximo à cessação da periculosidade do agente. O tema também incita diversas críticas doutrinárias, dividindo estudiosos entre aqueles que defendem o disposto no texto legal e aqueles que alegam sua inconstitucionalidade.

Entre os defensores da ausência de limites máximos e da obrigatoriedade de limites mínimos, predominam dois principais argumentos (FERRARI, 2001, p. 181):

a) O primeiro parte da premissa de que os enfermos mentais são diferentes dos condenados imputáveis e, por isso, devem ser tratados de modo diferente, configurando-se a indeterminação dos prazos máximos de duração das medidas de segurança e a obrigatoriedade dos prazos mínimos como elementos essenciais de distinções; b) O segundo argumento conduz a ideia de que a ausência de limites máximos quanto aos prazos de duração das medidas de segurança e a obrigatoriedade de mínimos funda-se no fato de que o enfermo mental é pessoa perigosa para sociedade e, como tal, possui grande probabilidade de reiterar o ilícito-típico praticado, a justificar a presença dos limites mínimos bem como a ausência dos limites máximos às medidas de segurança, constituindo suficiente a hipotética e abstrata cessação de periculosidade.

Luiz Flávio Gomes, ao discorrer sobre o tema, denuncia a natureza discriminatória dos argumentos lançados, visto que tratam o enfermo mental como um criminoso de qualidade inferior aos demais. Na lição do autor (1991, p. 1075):

O correto, em suma, é acabar com a indeterminação máxima das medidas de segurança. Não é compatível com o Estado de Direito, declarado no art. 1º da CF, essa situação. O Código Penal, em conclusão, neste ponto, viola a Constituição Federal, contraria seus princípios fundamentais. A solução está em reconhecer a inconstitucionalidade dos dispositivos penais que cuidam da indeterminação das medidas de segurança.

Nessa mesma direção preconizam Pierangeli e Zaffaroni (2011. p. 731):

De acordo com as regras legais expressas, as medidas de segurança não teriam limite máximo, ou seja, poderiam, por hipótese, perdurar durante toda a vida da pessoa a elas submetidas, sempre que não advenha urna perícia indicativa da cessação da periculosidade do submetido. Esta consequência deve chamar a atenção dos intérpretes de qualquer lei penal, por menos que reflexionem sobre urna medida de segurança significar limitações da liberdade e restrições de direitos, talvez mais graves do que os dotados de conteúdo autenticamente punitivo. Se a Constituição Federal dispõe que não há penas perpétuas (art. 5.º, XLVII, *b*), muito menos se pode aceitar a existência de perdas perpétuas de direitos formalmente penais. A periculosidade de uma pessoa que tenha cometido um injusto ou causado um resultado lesivo a bens jurídicos pode não ser maior nem menor do que a de outra que o tenha causado, se a mesma depende de um padecimento penal.

Em relação à obrigatoriedade de um prazo mínimo, a Lei da Execução Penal resolve bem a questão, na medida em que prevê, em seu art. 176:

Art. 176. Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.

Por outro lado, no que tange ao prazo indeterminado, não há dispositivo correspondente que atenuie sua aplicação.

Diante desse cenário, e sendo evidente a incompatibilidade do prazo indeterminado à medida de segurança em face dos artigos 5º, XLVII “b” da Carta Maior (que veda a perpetuidade da pena) e 75 do Código Penal (que limita o tempo de cumprimento da pena privativa de liberdade a 30 anos), os Tribunais Pátrios começaram a se manifestar acerca do tema.

O Supremo Tribunal Federal firmou entendimento no sentido de que o limite para aplicação da medida de segurança deve ser de 30 (trinta) anos, em observância ao artigo 75 do Código Penal³⁷.

³⁷ RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E PENAL. MEDIDA DE SEGURANÇA.

O Superior Tribunal de Justiça, por sua vez, atribuiu como limite o delito praticado³⁸. Nesse sentido é a redação da súmula 527: “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”³⁹.

Em que pese estejam os Tribunais atrelados à limites temporais diversos, coadunam no sentido de que o prazo indeterminado, trazido pelo artigo 97 §1º do CP, não condiz com os princípios e garantias elencados no sistema jurídico brasileiro, razão pela qual ultrapassada sua redação.

Seguindo a análise dos dispositivos do Código Penal, os demais parágrafos do art. 97 dispõem acerca da realização da perícia médica ao termo do prazo mínimo fixado e de ano em ano⁴⁰ (§2º); da liberação do paciente, que deve ser restabelecido à situação anterior se, antes do decurso de 1 (um) ano, praticar fato indicativo de persistência de sua periculosidade (§3º); e da possibilidade do juiz, em qualquer fase do tratamento ambulatorial, determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos (§4º).

O artigo 98 traz a hipótese da aplicação da medida de segurança ao semi-imputável, indivíduo que, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

De acordo com o artigo 26, parágrafo único, a pena poderá ser reduzida de um a dois terços quando o agente for semi-imputável. O artigo 98 dispõe, no entanto,

NATUREZA PUNITIVA. DURAÇÃO MÁXIMA DE 30 ANOS. VEDAÇÃO CONSTITUCIONAL ÀS PENAS PERPÉTUAS. JULGADO RECORRIDO EM DESARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. RECURSO PROVIDO. (STF – RE: 628646 DF, Relator: Min. CÁRMEN LÚCIA, Data de Julgamento: 26/08/2010, Data de Publicação: DJe-166 DIVULG 06/09/2010 PUBLIC 08/09/2010).

³⁸ Tal perspectiva é adotada, inclusive, pelo Código Penal Espanhol, o qual estabelece que as medidas de segurança não podem ser nem mais gravosas nem de maior duração que a pena abstratamente aplicável ao delito cometido, nem exceder o limite necessário para prevenir a perigosidade do autor. Transcreve-se: ‘Artículo 6 1. Las medidas de seguridad se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto (...) 2. Las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor’.

³⁹ Parte da doutrina critica referido posicionamento, visto que desconsidera as necessidades de tratamento psiquiátrico tanto com relação ao caso concreto, como com relação à evolução das ciências que realizam esse tratamento, que atualmente tem conseguido resultados mais céleres que os de outrora. Por outro lado, considerando que não há no direito penal brasileiro qualquer delimitação máxima da medida de segurança, essa disposição ainda é mais satisfatória do que manter a indeterminação do prazo.

⁴⁰ Também nesse sentido dispõe o artigo 100 da LEP: “O exame psiquiátrico e os demais exames necessários ao tratamento são obrigatórios para todos os internados”.

que necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos. Acerca do tema (BITENCOURT, 2009, p. 744 – 745):

Atualmente, o *imputável* que praticar uma conduta punível sujeitar-se-á somente à pena correspondente; o *inimputável*, à medida de segurança, e o *semi-imputável*, o chamado “fronteiriço”, sofrerá pena ou medida de segurança, isto é, ou uma ou outra, nunca as duas, como ocorre no sistema *duplo binário*. As circunstâncias pessoais do infrator semi-imputável é que determinarão qual a resposta penal de que este necessita: se o seu estado pessoal demonstrar a necessidade maior de tratamento, cumprirá medida de segurança; porém, se, ao contrário, esse estado não se manifestar no caso concreto, cumprirá a pena correspondente ao delito praticado, com a redução prevista (art. 26, parágrafo único). Cumpre, porém, esclarecer que *sempre será aplicada a pena correspondente à infração penal cometida* e, somente se o infrator necessitar de “especial tratamento curativo”, como diz a lei, será aquela *convertida* em medida de segurança. Em outros termos, se o juiz constatar a presença de periculosidade (*periculosidade real*) submeterá o semi-imputável à medida de segurança.

Concluindo os dispositivos que tratam da medida de segurança no Código Penal, o artigo 99 trata dos direitos do internado, dispondo acerca do seu recolhimento em estabelecimento dotado de características hospitalares e da submissão do mesmo a tratamento.

Nesse contexto, pertinente destacar o artigo 4º §3º da Lei 10.216/01, já mencionada. O dispositivo em tela veda a internação de pacientes com transtorno mental em instituições com características asilares, ou seja, instituições desprovidas de serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, entre outros.

O que se pretendeu até aqui foi apresentar o que a legislação e a jurisprudência determinam no âmbito da imposição, aplicação e execução da medida de segurança.

O próximo tópico será direcionado ao estudo de situações constatadas nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, a fim de contrastar as realidades e discutir a necessidade de mudanças.

3.3 A realidade manicomial nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico do Brasil

Uma vez classificada como consequência jurídica do delito, evidente que a medida de segurança atua na restrição da liberdade do indivíduo, mormente quando aplicada em sua modalidade detentiva.

Isso porque, ao determinar o recolhimento do infrator a um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ainda que com finalidades terapêuticas, o Estado impede o exercício de um direito constitucionalmente garantido, qual seja, o direito de locomoção. Sobre o tema discorrem Danilo Almeida Cardoso e Jorge Augusto de Medeiros Pinheiro (2012, p. 18):

(...) a intervenção penal, por si só, constitui potencial mitigação da dignidade da pessoa humana. Isso se deve a que, sendo a liberdade um direito fundamental inerente a toda criatura humana (CF/88, art 5º, *caput*), a medida de segurança do tipo detentiva, cuja predominância o próprio código penal recomenda, vem representar para o inimputável, positivamente, um meio de cura de determinada psicopatologia, mas, negativamente, uma constrição à sua liberdade de locomoção e de livre exercício da sua cidadania. Tal barreira é criada com o escopo de proteger os direitos dos demais cidadãos, pressupondo-se sempre, *juris et de jure*, a periculosidade do louco que praticou um fato ilícito-típico.

Além disso, uma breve análise dos dispositivos acerca do tema no Código Penal, realizada no tópico anterior, possibilita a constatação de algumas incompatibilidades no ordenamento jurídico atual.

Conforme já mencionado, o artigo 96 do CP traz as espécies da medida de segurança. O artigo subsequente, por sua vez, ressalta que a internação é a regra, sendo facultada a aplicação do tratamento ambulatorial apenas nos casos em que o delito for punível com detenção.

Em contraponto, o artigo 4º da Lei 10.216/01 estabelece que a internação deve ser medida excepcional, aplicada apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Não bastasse isso, o CP ainda vai na contramão da própria Constituição Federal, ao dispor sobre um prazo indeterminado para a medida de segurança, destoando dos princípios da legalidade e da vedação à pena perpétua, previstos expressamente na Carta Maior.

Tais incompatibilidades revelam a necessidade de uma revisão das medidas de segurança a fim de harmonizar os dispositivos do Código Penal com a Lei 10.216/01 e com a Constituição Federal.

Com base nisso, os Ministérios da Justiça e da Saúde promoveram, em 2002, o Seminário Nacional para reorientação dos hospitais de Custódia. Na ocasião, evidenciou-se que o tratamento do internado deve ser de responsabilidade tanto do sistema penitenciário quanto do Sistema Único de Saúde, buscando a desinstitucionalização e a integração do doente na rede de saúde mental da própria comunidade (BRASIL, 2002).

Ocorre que, não obstante a legislação e os Ministérios tenham se movimentado no sentido de garantir direitos aos internos, a realidade custou a acompanhar tais avanços.

No ano de 2004, a Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), em parceria com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e com Conselhos Regionais de Psicologia, promoveu uma Inspeção em Unidades Psiquiátricas no Brasil, cujo relatório apontou visitas realizadas em 16 estados brasileiros e no Distrito Federal, no dia 22 de julho de 2004.

A inspeção foi materializada por meio da obra “Direitos Humanos: uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras”, cujo prefácio alerta (CFP; OAB, 2004, p. 12):

(...) O que poderemos confirmar, neste relatório (...) é a revelação de uma realidade absurdamente semelhante em grande parte dos relatos. De fato, o que verificamos é que a gravidade das circunstâncias asilares encontradas pelas equipes nos estados, acompanhadas, em regra, pelas práticas de abuso medicamentoso, negligência, abandono e negação dos direitos civis dos pacientes são tão estridentes que terminaram conferindo aos textos enviados pelos estados uma impressionante e perturbadora uniformidade. Nem todas as unidades visitadas foram descritas como masmorras; nem todas as instituições reproduzem os mesmos métodos de exclusão ou cedem diante das praxes tipicamente manicomiais. Todas elas, não obstante, apresentam carências graves e em todas é possível sentir a forte presença de uma tradição fundada na negação dos Direitos Humanos dos pacientes psiquiátricos.

O relatório divide as instituições por regiões e, ainda, por estados. Entre os relatos apresentados, destaca-se o hospital de custódia e tratamento de Salvador/BA, sobre o qual declarou-se (CFP; OAB, 2004, p. 18/19):

(...) ambientes fétidos e sem condições básicas de funcionamento foram constatados durante toda a visita. Os pacientes não dispunham ao menos de

lençóis para as camas ou água potável para uso diário: a água de que dispunham estava acondicionada em garrafões sujos e de coloração suspeita, ao lado dos leitos. As instalações são, no geral, muito precárias. (...) Os pacientes passam o tempo todo ociosos: não há um projeto terapêutico definido pela instituição, nem cuidados perceptíveis com a ressocialização e a reintegração à sociedade. Recolhemos relatos de vários pacientes quanto a ações abusivas dos agentes penitenciários e seguranças (...) Segundo foi possível apurar, são comuns as sessões de espancamento dos pacientes em quarto fechado, por parte dos agentes. Esta violação inaceitável dá-se, muitas vezes, em represália aos quadros de intercorrências clínicas apresentadas por alguns pacientes, como dificuldade de caminhar, de emitir respostas quando solicitadas, o próprio mutismo e as alterações de consciência.

A inspeção também visitou o Instituto Psiquiátrico Forense de Porto Alegre/RS. Constatou-se, no local, a falta de estrutura para abrigar os pacientes, os quais sequer apresentavam condições mínimas de higiene. Transcreve-se (CFP; OAB, 2004, p. 73/74):

Não foi possível saber o número exato de pacientes asilares, mas sabe-se que há caso de pacientes internados na instituição há mais de 20 anos. Muitos dos pacientes, quando de nossa visita, não apresentavam condições mínimas de higiene. As roupas que usavam não eram individualizadas. Na unidade F, os pacientes estavam com “chinelas havaianas”, quando a temperatura era de cerca de 15 graus. (...) Na sua totalidade, a instituição apresenta instalações bastante precárias, unidades muito sujas, com falta de manutenção, falta de higiene de toda espécie e muito lixo acumulado, gerando focos de insetos. Na unidade F, fezes nas paredes. Nas duas unidades abertas há falta de banheiros e os pacientes estão alojados em grandes dormitórios (mais de quarenta camas). Há infiltrações e umidade, bem como janelas quebradas permitindo a entrada de frio. Identificamos banheiro sem aquecimento para o banho e a unidade feminina estava particularmente muito suja.

O documento apresentado evidencia que, apesar da promulgação da Constituição Federal em 1988 e da Lei 10.216/01, a proteção à dignidade da pessoa com transtorno mental ainda encontra diversos óbices, ora em razão da escassez de recursos, ora em função da invisibilidade que ainda perdura nessa parcela da população.

A situação foi constatada pelo Ministério da Justiça, que reconheceu a necessidade de um levantamento de dados acerca dos estabelecimentos de tratamento e custódia. Sob essa ótica, formulou-se o documento “Sistema penitenciário no Brasil: dados consolidados”, indicando 28 (vinte e oito) hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no país e um número de 3.845 (três mil oitocentos e quarenta e cinco pessoas) pessoas submetidas à medida de segurança, em dezembro de 2005, e 3.595 (três quinhentos e noventa e cinco) na mesma situação,

em dezembro de 2006 (BRASIL, 2007). Os dados referentes à dezembro de 2007 foram expostos por meio de um novo documento, publicado em 2008, que apontou 31 (trinta e um) hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e 3.760 (três mil setecentos e sessenta) indivíduos cumprindo medida de segurança (BRASIL, 2008).

Conforme observado, as informações obtidas apenas evidenciam o número de hospitais de Custódia e a quantidade de inimputáveis submetidos à sanção penal. Não há qualquer referência às condições, à estrutura e a efetividade da função preventiva especial na execução da medida.

Nesse contexto, em 2009, um documentário dirigido por Débora Diniz retratou a realidade em que vivem os indivíduos que integram os hospitais de Custódia na maior parte do país. “A Casa dos Mortos” conta a história de Jaime, Antônio e Almerindo, homens anônimos, considerados perigosos para a vida social, cujo castigo será a tragédia do suicídio, o ciclo interminável de internações, ou a sobrevivência em prisão perpétua. Em relação ao último, o documentário ressalta que cometeu um delito apenado com detenção e, portanto, a ele poderia ter sido imputado tratamento ambulatorial. No entanto, a sentença e o laudo que atestou sua incapacidade mental saíram em 1982 e, desde então, nunca foi submetido a novo laudo. (DINIZ, 2009).

Esse cenário contribuiu para que o Departamento Penitenciário Nacional (Depen) celebrasse, nesse mesmo ano de 2009, um Termo de Convênio com a Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, a fim de realizar um estudo censitário da população submetida a medida de segurança no país.

O projeto resultou na publicação do livro “a custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011”, que esquematizou dados colhidos entre 31 de janeiro e 16 de dezembro de 2011, cuja fonte de pesquisa foram os dossiês das 3.989 (três mil novecentos e oitenta e nove) pessoas que viviam nos 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs).

Acompanhado, também, por Débora Diniz, o censo de 2011 levantou dados sociodemográficos (sexo, idade, cor, escolaridade e profissão); dados sobre o itinerário jurídico (infração penal, motivo da internação, execução penal, permanências, desinternações e recidivas); e, dados sobre saúde mental (diagnósticos psiquiátricos, topo de responsabilidade penal, exames de cessação de periculosidade, laudos médico-periciais e prazos).

Em um primeiro momento, abordou-se a metodologia utilizada, expondo o número de ECTPs no país e a distribuição destes por região (DINIZ, 2013, p. 22).

Em 2011, no Brasil havia 23 Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico localizadas em presídios ou penitenciárias (...) Os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo continham 3 ECTPs cada um. Os estados de Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Sergipe e Santa Catarina, além do Distrito Federal, tinham um único ECTP. Os estados de Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins não possuíam ECTP em 2011. Em Goiás, há uma particularidade na execução das medidas de segurança. Elas são cumpridas por meio de acompanhamento do Programa de Atenção Integral ao Louco-Infrator (Paili) (...) inserindo os inimputáveis por doença e deficiência mental em serviços assistenciais de saúde de acordo com a Lei da Reforma psiquiátrica, a Lei 10.216, de 2001 (...).

O estudo apontou que, dos 3.989 (três mil novecentos e oitenta e nove) indivíduos que viviam nos 26 ECTPs, 2.839 (dois mil oitocentos e trinta e nove) estavam em medida de segurança, 117 (cento e dezessete) estavam em medida de segurança por conversão de pena e 1.033 (mil e trinta e três) estavam em situação de internação temporária. A população total era formada por 92% (3.684) de homens e 7% (291) de mulheres. Ressalta-se, ainda, que pelo menos 25% (741) dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados, uma vez que dispõem de periculosidade cessada, possuem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial, ou receberam o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva (DINIZ, 2013, p. 37).

Entre os dados apontados pelo estudo, destacam-se alguns mais relevantes para a pesquisa em tela.

No tocante à escolaridade dos indivíduos, constatou-se que 23% (933) eram analfabetos e 43% (1.713) tinham ensino fundamental incompleto, 13% (534) ensino fundamental completo, 6% (226) ensino médio e 0,8% (33) ensino superior; um único indivíduo tinha pós-graduação. Em relação à profissão, observou-se uma concentração de indivíduos em profissões que exigem pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional, e 17% da população total é definida como “sem profissão” (p. 41).

Quanto à regularidade da situação da população em medida de segurança, 1% (39) das pessoas internadas cumpria medida de segurança de tratamento ambulatorial e, portanto, não deveriam estar em regime de internação hospitalar. Além disso, 2% (54) possuíam a medida de segurança extinta, mas continuavam internados (p. 42).

Em relação ao tempo de cumprimento da medida, 9% (247) tinham menos de um ano de cumprimento da medida de segurança, 33% (937) tinham entre um e três anos, 15% (420) tinham entre quatro e cinco anos, 18% (521) tinham entre seis e dez anos, 8% (217) tinham entre onze e quinze anos, 4% (117) tinham entre dezesseis e vinte anos, 2% (63) tinham entre 21 e 25 anos, 0,9% (25) tinha entre 26 e 30 anos, e 0,3% (9) tinha acima de trinta anos (p. 48/ 50).

Quanto à realização anual do exame de cessação de periculosidade, 51% (1.447) das pessoas em medida de segurança no Brasil estavam em dia, e 41% (1.153) estavam em atraso. O exame já havia sido feito com 68% (1.931) desses indivíduos, dos quais em 28% (537) a periculosidade havia cessado. 7% (187) das medidas de segurança tinham sentença de desinternação.

No que concerne aos dados específicos de cada estado, sobressaíram-se os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro, e II de Franco da Rocha, em São Paulo, nos quais foram constatados que, respectivamente, 63% (72) e 87% (150) dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados, por terem sua periculosidade cessada, sentença de desinternação, medida de segurança extinta, internação sem processo judicial, ou por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva (p. 253, p. 333).

Por fim, destaca-se que 21% (606) das pessoas internadas cumpriam medida de segurança há mais tempo que a pena máxima em abstrato para a infração penal cometida. A título de exemplo (p. 56/57), a jornalista aponta alguns crimes, seguidos do tempo da medida de segurança imposta e da sua pena máxima em abstrato. Em um caso de tentativa de furto, o infrator já estava submetido à medida de segurança há 32 anos, enquanto a pena máxima em abstrato para o delito seria 2 anos e 8 meses. Em casos de lesão corporal, cuja pena máxima em abstrato é de 1 ano, foram constatados pacientes que estavam internados há 26, 25, 23 e 22 anos. Quanto ao homicídio culposo, cuja pena máxima em abstrato é 3 anos, a medida de segurança imposta já alcançava 31 anos.

Sem qualquer intenção de esgotar os dados apresentados pelo estudo censitário, as informações transcritas coadunam com o principal foco deste trabalho, qual seja, apontar as falhas do modelo penal-psiquiátrico do asilamento e os motivos que envolvem o abandono e segregação desses indivíduos.

Ao seguir com esse propósito, cumpre observar que os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico frequentemente são citados em revistas e jornais de cobertura regional.

O jornal “Correio 24 horas” publicou, em 02 de setembro de 2012, uma reportagem voltada ao hospital de custódia e tratamento psiquiátrico em Salvador, cujo título denunciava “Alvo de vistoria do CNJ, Hospital de Custódia está com estrutura precária”. Transcreve-se (LYRIO; UCHÔA, 2012):

O problema mais evidente do HCT é de ordem física. Um incêndio ocorrido em maio destruiu a Ala-E, no segundo andar, onde funcionava a enfermaria. A estrutura está comprometida e ninguém pode entrar ali. Sem manutenção, o telhado do prédio está deteriorado. O relatório do CNJ destaca que o primeiro andar vive com o piso molhado devido às chuvas. As infiltrações provocam curtos-circuitos e as lâmpadas queimam com frequência. (...) De acordo com o levantamento do CNJ, as tentativas de fuga são constantes. Oxidadas, as grades das janelas não resistem às serras improvisadas pelos internos. Mas, em vez de trocar as grades, a administração do HCT assenta tijolos no vão das janelas, fechando as entradas de luz e de vento. “Só não tem mais fuga porque os internos vivem dopados”, observou um agente. (...) Para além do desgaste do prédio, faltam médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Há apenas um psiquiatra por turno para atender os quatro pavilhões. O único médico clínico do HCT é responsável pelos 122 internos. Um funcionário disse que há só uma enfermeira por turno para todas as alas.

Em dezembro do mesmo ano, uma matéria publicada pelo sítio eletrônico do próprio Conselho Nacional de Justiça (CNJ) ressaltou que, em Belém, dos 122 internos, mais de 50% não possuía laudo de insanidade mental. Em Salvador, dos 156 internos, 88 aguardavam o documento; 31 continuavam internados por não terem para onde ir (BANDEIRA, 2012).

No ano de 2014, o Jornal “Notícias do Dia” publicou matéria cuja manchete anunciava: “Pacientes de hospitais de custódia vivem drama em Santa Catarina”. Conforme relatado (TORRES, 2014):

Na rua Delminda Silveira, Agrônômica, vivem 130 homens, ditos loucos judiciais. Metade deles já cumpriu sua pena. Alguns estão no Hospital de Custódia porque em surto mataram, outros simplesmente se tornaram um incômodo para alguém. Poucos têm aonde ir. Foram renegados pelas famílias e ignorados pelos municípios catarinenses, legalmente responsáveis pela construção de residências terapêuticas. Mas em todo o Estado só existem oito vagas públicas, obviamente ocupadas. A ausência de abrigo fez com que muitos homens envelhecessem dentro de poucos metros quadrados, sem casar ou ter filhos. Diariamente são dopados para não transformar a percepção da vida líquida, que esvai pelo ralo, em ansiedade (...)

Em São Paulo, as Instituições de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (duas unidades em Franco da Rocha, na Região Metropolitana, e uma em Taubaté, no

interior) passaram pela fiscalização do Conselho Regional de Medicina. Os resultados da vistoria deram origem ao livro “Hospital de Custódia: Prisão sem Tratamento”, que evidencia, mais uma vez, a condição desumana e asilar que contribui para maior degradação física e mental do inimputável. Nesse sentido (CREMESP, 2014, p. 89):

A condição de portadores de transtornos mentais, em sua vulnerabilidade, agregada à falta de profissionais especializados na abordagem a tais pacientes, tanto em número quanto em qualificação, juntamente com a estrutura física inadequada e condições sanitárias precárias, caracterizam o cenário de desassistência a que é submetida esta população de pacientes. Adicionalmente, a falta de autonomia devido à privação de liberdade pelos delitos também contribui para a exclusão desta população do acesso a recursos terapêuticos externos, além daqueles que são oferecidos pelo Estado. Sendo assim, essa população de pacientes em medida de segurança de internação encontra-se bastante desassistida, sendo os HCTPs estruturas que estão longe de serem verdadeiramente unidades de saúde.

A referida obra compara: “Se para o preso comum, a cadeia é muitas vezes 'uma escola para o crime', para o doente mental infrator o hospital de custódia é um 'estágio a mais na escala da loucura” (CREMESP, 2014).

Em 2015, o Conselho Federal de Psicologia, novamente em parceria com a Ordem dos Advogados do Brasil, publicou a obra “Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015”. Na oportunidade, relatou-se que os avanços trazidos pela reforma psiquiátrica e pela luta antimanicomial ainda convivem lado a lado com violações de Direitos Humanos constatadas nos HCTP's no Brasil, evidenciados por problemas como estruturas precárias e maus tratos aos pacientes.

A título de exemplo, destaca-se o hospital de custódia e tratamento de Salvador/BA, que foi também objeto do relatório do Conselho Federal de Psicologia em 2004. Mais de dez anos depois, verificou-se que (CFP, 2015, p. 25/26):

1. O HCT permanece localizado na região limítrofe do subúrbio ferroviário da cidade de Salvador, (...) e em nada lembra um estabelecimento hospitalar. 2. As instalações de circulação dos internos são guarnecidas com grades de ferro, no feitio dos estabelecimentos penitenciários. 3. A inadequação das instalações, bem como a ausência de ações e serviços terapêuticos estabelecidos na legislação específica denotavam a submissão compulsória dos internos a condições impróprias aos tratamentos de saúde. (...) 5. Não são desenvolvidas atividades que visem a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, reinserção na família, no trabalho e no meio comunitário, consoante determina a legislação vigente. 6. O fluxo burocrático de lenta operacionalidade mantém os internos, sob restrição de liberdade por tempo sempre muito superior aos prazos legalmente estabelecidos. (...) o longo tempo de internação, distante de familiares, amigos e do seu meio social resulta no esgarçamento dos laços afetivos e, não raro, em situação de abandono sociofamiliar.

O HCTP de Salvador é apenas um dos estabelecimentos que apresentou essas condições. Na maior parte das instituições visitadas, verificou-se a falta de recursos, a escassez de profissionais habilitados, e a ausência de um projeto de desinstitucionalização, de modo que a internação de pacientes sem laudo ou há muito mais tempo que a pena cominada em abstrato ainda é uma realidade comum.

No que tange aos serviços terapêuticos, observou-se que algumas instituições começaram a realizar atendimento individual aos pacientes e familiares. Essas, no entanto, sofrem pela ausência de recursos e pela carência no número de profissionais disponíveis. Nesse sentido é o relatório do HCTP de Pernambuco (CFP, 2015, p. 24):

A estrutura física dificulta a operacionalização da dinâmica do serviço, que, além de precária, não tem manutenção. O quantitativo de usuários (584) é incompatível com o quantitativo de cinco psicólogos, bem como de toda equipe interdisciplinar para desenvolver o trabalho condizente com a necessidade da instituição. Não existem estagiários de Psicologia; não existe sala para os atendimentos da Psicologia; o registro documental específico da Psicologia não é frequente, a forma de evoluir no prontuário coletivo não caracteriza a especificidade da Psicologia; não existe armário/arquivo com chave.

Em capítulo dedicado ao “resumo das inspeções em números e discussão”, o estudo enfatizou alguns tópicos relevantes para análise. Entre eles, constatou-se que a maior parte dos HCTP’s estão superlotados, utilizando-se, como exemplo, o HCTP de Pernambuco, cujo número de vagas era 320, mas o hospital abrigava 584 pacientes; e, o Hospital Nina Rodrigues, no Maranhão, que possuía 20 vagas, mas abrigava 82 pacientes (CFP, 2015, p.89).

Verificou-se, ainda, que 70% das instituições não possuíam projeto terapêutico, e 65% não realizavam programas com as famílias dos internos. No que tange ao cumprimento da periodicidade mínima dos exames de sanidade mental, 18% das instituições cumprem, 35% não cumprem, e 47% não responderam.

Dos dados apresentados, depreende-se que os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil permanecem com a estrutura de uma prisão, ainda que a finalidade da medida de segurança seja exclusivamente preventiva. Outrossim, a violação a direitos e garantias fundamentais é evidente, especialmente pela ausência de individualização da sanção penal e pela possibilidade de sanção perpétua, em total desconformidade com o ordenamento jurídico brasileiro.

A internação, além de restringir a liberdade e autonomia do indivíduo, tem como consequência, a longo prazo, a perda do contato com a realidade externa, a

submissão às atitudes autoritárias do corpo técnico, o ócio forçado, a sedação medicamentosa, a perda da perspectiva de vida para além da instituição, a perda de amigos e do contato com familiares e a desqualificação permanente do discurso e das atitudes dos internos (DELGADO, 2007, p. 191/192).

O paciente, portanto, vai aos poucos se tornando parte de um número, de uma estatística. Perde sua individualidade para fazer parte do grupo de indivíduos que lota as estruturas hospitalocêntricas do país, sem grandes expectativas de reinserção ou retorno ao meio social. Nesse sentido é o relatório realizado no HCTP do Espírito Santo (CFP, 2015, p. 55):

Percebe-se que as instalações e acomodações são extremamente adoecedoras, cheias de grades e sem nenhuma expressão das individualidades dos sujeitos. Os únicos pertences presentes nas celas são: um colchão, uma colcha, um lençol, uma toalha de banho e um rolo de papel higiênico. E todas as pessoas estavam uniformizadas. Vale destacar que os métodos tendentes a anular a personalidade da pessoa humana, ou diminuir a sua capacidade física ou mental, também podem ser considerados como tortura.

A situação aqui apresentada materializa o discurso de Michel Foucault, exposto no início dessa pesquisa, e realça o processo regressivo da doença. Na medida em que os comportamentos mais complexos vão sendo substituídos por comportamentos simples e automáticos, o paciente vai se afastando das coisas que o uniam à comunidade, de modo que, aos poucos, vai perdendo seus laços afetivos e sua identidade.

As consequências da medida de segurança vão, portanto, revelando uma sanção muito mais próxima à retribuição do que à prevenção, finalidade pela qual foi criada. Sobre o tema, discorre Virgílio de Matos (2006, p. 101):

A prática dos anos demonstrou que a medida de segurança (...) não passou de uma pena privativa de liberdade piorada, sem possibilidade de libertação ao cabo de alguns anos de cumprimento. Sem possibilidade de “cura”. Sem possibilidade de vida digna. Sem saída. O “tratamento” resumia-se a eletrochoques, choque convulsivantes à base de cardiazol, lobotomias e a clássica “madeira de dar em doido”. (...) Na prática, os manicômios representavam – e seguem representando ainda hoje – uma segregação especial dentro do modelo prisional. Uma segregação de segundo grau.

Não se vislumbra, diante da realidade dos hospitais de custódia no Brasil, uma real possibilidade de reinserção, tampouco existem profissionais suficientes para examinar os pacientes cuja periculosidade foi cessada.

Por outro lado, o ordenamento jurídico brasileiro não traz outras alternativas ao indivíduo com transtorno mental que pratica delitos, razão pela qual a medida de segurança ainda é instituto necessário no âmbito do Direito Penal⁴¹. Luiz Flávio Gomes e Antonio García-Pablos de Molina, ao tratar do tema, sintetizam (2009, p. 618):

As medidas de segurança não geraram, até hoje, todos os frutos que se esperavam delas, mas continuam sendo necessárias. Nesse sentido, não deveria se esquecer que a efetividade das medidas depende muito mais da evolução dos conhecimentos científico-empíricos gerais, assim como da adequação e suficiência dos meios e infra-estrutura imprescindíveis para convertê-los em realidade, do que do rigor lógico-formal de uma categoria jurídico-normativa ou mesmo de abstratas decisões político-criminais. Falar, pois, do êxito ou do fracasso das medidas de segurança é, destarte, falar do êxito ou do fracasso do tratamento.

No mesmo sentido trazido pelos doutrinadores, entende-se que, muito mais do que uma incompatibilidade na legislação⁴², a real efetividade da função preventiva na medida de segurança depende de uma atuação conjunta do Estado, da sociedade e de classes profissionais envolvidas no tratamento da saúde mental, de forma que a reinserção social do louco infrator deixe de ser uma utopia e se torne uma atividade comum nas instituições destinadas para tanto.

O próximo capítulo será, então, dedicado a análise de institutos e políticas que coadunam com esse posicionamento, não com o escopo de solucionar integralmente o problema, mas, sim, de buscar na desconstrução do modelo penal-psiquiátrico do asilamento uma alternativa à inclusão social do imputável.

⁴¹ Nesse ponto, pertinente destacar o posicionamento de Virgílio de Mattos (2006). Para o doutrinador, não havendo culpabilidade não há que se falar em crime e, portanto, não caberia ao direito penal tratar do louco infrator. Propõe, portanto, que se descarte a categoria de inimputabilidade por doença mental, devendo ser a pessoa com transtorno mental responsável por seus atos, de modo que sejam garantidos a ela todos os direitos previstos ao imputável, até então sonogados.

⁴² Incompatibilidades cujo posicionamento da doutrina e dos tribunais foi apresentado no tópico 3.2.

4 DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA E INCLUSÃO SOCIAL: MECANISMOS E DESAFIOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A reforma psiquiátrica materializa anseios provenientes de séculos de exclusão, discriminação e invisibilidade. Com base nisso, seus ideais ganham espaço gradativamente, razão pela qual a aprovação de leis, a implementação de políticas públicas e a conscientização da sociedade ocorrem de forma simultânea, mas não imediata.

Em análise à reestruturação da Política Nacional de Saúde Mental, mencionada no segundo capítulo, verifica-se a busca por um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Surgem, assim, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Programa de Volta para Casa, entre outros. Tais serviços proporcionaram um retorno progressivo do indivíduo com transtorno mental à comunidade, de forma a incentivar sua independência e reinserção social.

A par da importância desses programas no âmbito da saúde mental, sabe-se que muitos internos são impedidos de usufruir desses benefícios. Isso ocorre, via de regra, pelos mesmos motivos: falta de documentação para cadastramento, carência de residências terapêuticas ou acolhimento por parte dos familiares, e dificuldades para a continuidade do tratamento em alguns CAP'S.

A situação é ainda mais complexa quando o sujeito pratica um delito. Isso porque, além de todo o estigma social construído a partir da pessoa com transtorno mental, verificado no início da pesquisa, a inserção no sistema penitenciário ressalta o estigma social da pessoa do criminoso, de modo que o louco infrator seja visto como um sujeito perigoso, à margem da sociedade. Nesse sentido, preconiza Sérgio Carrara (2010, p. 27): “Por fazer parte do sistema penitenciário, não é de surpreender que manicômios judiciais sejam um dos espaços mais impermeáveis às transformações pautadas na defesa dos direitos humanos dos pacientes e na sua desospitalização”.

Tal constatação foi, inclusive, demonstrada no capítulo anterior. Os dados e relatórios apresentados revelam uma realidade manicomial incompatível com direitos e garantias trazidos pela Constituição Federal, e uma medida cuja finalidade – exclusivamente preventiva – está longe de ser alcançada.

Diante disso, o presente estudo propõe uma desconstrução do modelo penal-psiquiátrico do asilamento, de modo que o art. 97 do Código Penal – cuja redação pressupõe que a medida de segurança detentiva deve ser a regra no momento de aplicação da sanção penal –, seja reinterpretado e executado de acordo com os preceitos da Lei 10.216/01, determinando que as medidas alternativas sejam sobrepostas à internação, que deve ser sempre excepcional.

Para tanto, necessária se faz uma discussão acerca dos reflexos e óbices enfrentados pelo sistema penitenciário quando implementados ideais reformistas, mormente em razão da insuficiência de recursos econômicos no desenvolvimento dos programas comunitários e da resistência direcionada aos recursos alternativos. Outrossim, é preciso voltar os olhos a questão do agente institucionalizado há um período longo, que sofre com as consequências da internação prolongada e que, muitas vezes, não possui condições sociais e psicológicas para retornar à sociedade de imediato, razão pela qual será destacada a importância do instituto da desinternação progressiva como meio de efetivação das medidas alternativas.

4.1 Reflexos da reforma psiquiátrica na medida de segurança e obstáculos para sua implementação

A promulgação da Lei 10.216, em 2001, deu início a uma série de discussões acerca de sua aplicação no âmbito da medida de segurança, visto que, em sua modalidade detentiva, a respectiva sanção também representa a institucionalização do indivíduo com transtorno mental.

Atentos a essa realidade, os Ministérios da Justiça e da Saúde, bem como o Conselho Nacional de Justiça e o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, posicionaram-se sobre o tema, afirmando que também no sistema penitenciário deveriam ser promovidas políticas de desinstitucionalização e integração do doente na rede de saúde mental da própria comunidade. Tal posicionamento está em consonância com o primeiro artigo do diploma legal em epígrafe, cuja redação dispõe (BRASIL, 2001):

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

Nesse sentido, a Portaria Interministerial n. 628, de 2002, realçou o desenvolvimento de programa de atendimento em saúde mental centrado na reabilitação psicossocial para os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. A respectiva portaria, oriunda dos Ministérios da Justiça e da Saúde elencava, como metas, a (BRASIL, 2002):

Criação de estruturas intermediárias que beneficiem a reintegração dos portadores de distúrbios psíquicos, segundo reorientação do modelo de atenção nos Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico em 40% dos Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano; Implantação de Programas Permanentes de Reintegração Social junto à 40% dos Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano;

Em 2004, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária também se manifestou a respeito das diretrizes no cumprimento das medidas de segurança sob a ótica da Lei 10.216/01. Na ocasião, foram mencionadas algumas propostas, entre as quais se destacam (BRASIL, 2004):

1. O tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar. 2. A atenção prestada aos pacientes inimputáveis deverá seguir um programa individualizado de tratamento (...) 4. Os pacientes inimputáveis deverão ser objeto de política intersetorial específica, de forma integrada com as demais políticas sociais, envolvendo as áreas de Justiça e Saúde (...) 6. A atenção deverá incluir ações dirigidas aos familiares (...) 12. A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique.

Enfim, a Resolução n. 113 do CNJ, que tratou do procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, manifestou-se expressamente (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010): “Art. 17. O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001”.

Não há dúvidas, portanto, que os preceitos ditados pela Reforma devem ser observados no momento da aplicação e execução da medida de segurança, especialmente em sua modalidade detentiva.

Ocorre que, em observância aos dados trazidos no terceiro capítulo, resta evidente que a concretização desses preceitos ainda é prejudicada, ora pela redação equivocada do artigo 97 do Código Penal, ora pela insuficiência de recursos financeiros e humanos que viabilizem a admissão de recursos extra-hospitalares como medidas alternativas à internação.

No que tange ao disposto no Código, constatou-se, em momento oportuno, que a redação em tela viola o princípio da individualidade da sanção penal, na medida em que aponta a gravidade do delito como único critério no momento de definição da espécie da medida de segurança, e vai de encontro com o processo de reconversão do modelo manicomial psiquiátrico, visto que trata da internação como regra, e não exceção.

À vista disso, manifesta a necessidade de interpretação do artigo de acordo com a Constituição e com os princípios norteadores da sanção penal, independentemente de uma alteração formal na legislação. Michele Cia (2011, p. 72), ao discorrer sobre o tema, afirma que o magistrado deverá

(...) reconhecer a inconstitucionalidade (ou, ao menos, realizar uma interpretação constitucional, adaptando o dispositivo aos ditames da Carta Maior) de tais disposições quando da individualização concreta da medida, decidindo com base nas exigências preventivo-especiais, sobretudo positivas, e nos princípios constitucionais pertinentes.

Situação mais complexa, contudo, é a insuficiência de recursos financeiros e humanos que possibilitem a implantação de meios alternativos à internação. A prática demonstra que a falta de profissionais e de tratamento adequado prolonga o tempo de internação dos pacientes, de modo que, ao retornar à sociedade, o indivíduo muitas vezes já perdeu seus vínculos afetivos e seus costumes sociais, o que pode implicar, inclusive, no agravamento do diagnóstico e na ocorrência de novos surtos.

Em face dessa problemática, o presente estudo fragmenta a situação da pessoa com transtorno mental submetida a medida de segurança detentiva em dois diferentes momentos, quais sejam: o período de execução da medida de segurança e o retorno à sociedade.

Nos termos do artigo 171 da LEP, uma vez transitada em julgado a sentença que aplica a medida de segurança, será ordenada a expedição de guia para a execução e o agente será encaminhado a um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, até ulterior cessação de sua periculosidade.

O mesmo diploma legal ressalta, em seus artigos 175 e 176, que a cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança ou, a qualquer tempo, se houver requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor.

A cessação da periculosidade mencionada nesses dispositivos implica, necessariamente, na elaboração de um laudo por um profissional especializado, o qual será encaminhado ao juízo competente para fins de desinternação. Evidente, portanto, a necessidade de um quadro de funcionários qualificados para a atividade, a fim de que a condição do paciente seja constantemente verificada e a internação perdure apenas durante a situação de risco. Acerca do tema (CARDOSO; PINHEIRO, 2012, p. 70):

(...) a cessação da periculosidade não está, necessariamente, vinculada à cura da doença mental, para fins de desinternação, uma vez que são doenças de natureza crônica. Elas não têm cura, mas são passíveis de controle. A evolução do paciente se resume à redução das crises e dos surtos psicóticos. Se os sintomas tiverem sido atenuados e toda a condição social e familiar se afigurar favorável, o paciente poderá ser desinternado.

No entanto, dados governamentais e relatórios de diferentes HCTP's no Brasil denunciam uma realidade incompatível com o disposto em lei. Com efeito, as estruturas hospitalocêntricas em questão carecem de profissionais que ofereçam assistência jurídica e que elaborem laudos, o que retarda a avaliação dos internos e prolonga seu tempo de isolamento.

A obra “Inspeção aos manicômios – Relatório Brasil 2015”, já mencionada em momento oportuno, aponta os defeitos do sistema penal-psiquiátrico e justifica, desde o início, a necessária intervenção de órgãos federais que verifiquem irregularidades e resguardem a dignidade das pessoas com transtorno mental. Transcreve-se (CFP, 2015, p. 08, grifo nosso):

O processo democrático proclamado pela Constituição da República é contrariado pelo histórico de desrespeito aos direitos humanos nos manicômios judiciários brasileiros. **Essas instituições de tratamento, cujo propósito é zelar pela saúde dos doentes mentais que cometeram crimes, acabam se desvirtuando de sua função e submetendo-os a uma espécie de prisão perpétua:** após a entrada, poucos conseguem sair, mesmo quando cessa sua periculosidade. Os principais fatores que contribuem para o quadro desolador dos manicômios judiciários são a falta de avaliação psicológica regular, a ausência de política estatal de reinserção dos doentes e a grave omissão do Judiciário em autorizar a saída dessas pessoas. As inspeções, portanto, surgem como ferramenta fundamental para

a verificação de irregularidades nos estabelecimentos, a fim de que seja resguardada a dignidade dos seres humanos que sofrem por transtornos mentais e são submetidos a tratamento em razão da prática de infração penal.

Nesse ponto, o relatório ressalta a importância de um trabalho realizado por profissionais de diversas áreas em conjunto, a fim de garantir que o período de isolamento seja apenas o suficiente para promover a reinserção do sujeito.

O advogado, como se sabe, é elemento fundamental na concretização dos direitos do internado, sendo indispensável à administração da justiça, conforme disposto no art. 133 da Constituição Federal. Todavia, em análise às instituições aqui mencionadas, verifica-se a insuficiência de profissionais atuando nessa área, o que dificulta a fiscalização e a regularização desses locais. Nesse sentido (CFP, 2015, p. 16):

Em um equipamento no qual se reúnem o pior da segregação, com o pior do estigma, de todo o universo pesquisado, em apenas três deles (Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Sul) temos a presença de um advogado no universo das 18 (dezoito) unidades inspecionadas nos estados. Logo, torna-se ainda mais difícil para o chamado louco infrator o vetor de saída do sistema prisional/manicomial se não se pode contar com o acesso à justiça.

Além da questão jurídica, verificou-se no capítulo anterior que a medida de segurança tem finalidade exclusivamente preventiva, de modo que sua execução deve priorizar o tratamento e a recuperação do indivíduo. Não obstante, dados apresentados pela Inspeção de 2015 revelam que o número de psicólogos e psiquiatras é desproporcional ao número de internos, o que prejudica o processo de reinserção. Veja-se (CFP, 2012, p. 16):

Pouquíssimos são os psicólogos, tanto em números absolutos 45 no total, contabilizando-se as 18 unidades inspecionadas), quanto em percentual frente ao total de trabalhadores, o que deve fazer acender uma luz de alerta no Conselho Federal e sua Comissão de Orientação e Fiscalização, uma vez que na unidade em que há a menor relação psicólogo/paciente, temos um profissional da psicologia para cada 21 presos/pacientes e, na maior relação temos, inacreditáveis 104 presos/pacientes por profissional da psicologia. Esse fato inviabiliza uma escuta e um cuidado minimamente decentes. Há casos de psicólogos trabalhando por meio do “sintomático” contrato verbal, nada por escrito (CRP-15) e, noutros (CRP-16), o cargo de psicólogo é comissionado – livre nomeação e exoneração – em todas as unidades prisionais do Estado. A Secretaria de Justiça nunca promoveu concurso para essa função. Até mesmo psicóloga concursada como agente penitenciária, com desvio de função.

O relatório também constatou que os registros em prontuário são praticamente inexistentes, excetuando-se fatos pontuais. A prática diária é registrada em livro ata de passagem de plantão e muitos prontuários sequer têm os dados completos dos usuários. Não há qualquer conhecimento do plano terapêutico dos pacientes, tampouco qual a previsão de saída da unidade (CFP, 2015, p. 18).

A situação resulta, evidentemente, no atraso dos laudos psiquiátricos e dos exames de cessação de periculosidade nos internos, que ficam sujeitos à disponibilização do profissional e às condições estruturais da instituição. Tais dados foram colhidos também no Censo de 2011, oportunidade em que relatou Débora Diniz (2013, p. 17):

Os dados são reveladores do que classifico como “estrutura inercial” do modelo psiquiátrico-penal no Brasil: 41% dos exames de cessação de periculosidade estão em atraso, o tempo médio de permanência à espera de um laudo psiquiátrico é de dez meses (o artigo 150, § 1º do Código de Processo Penal determina 45 dias) e o de espera para o exame de cessação de periculosidade é de 32 meses (...)

A antropóloga ressalta, ainda, que essa situação aumenta o número de indivíduos internados em situação temporária, e que a falta de informação nos prontuários dos pacientes impossibilita uma análise mais apurada do tempo de internação. Em suas palavras (2013, p. 17):

Dos 1.033 indivíduos em situação temporária, 34% (353) estavam internados para realizar exame de sanidade mental (...). A previsão legal é de que a internação para a realização do exame de sanidade mental não ultrapasse 45 dias, salvo se os peritos psiquiátricos demonstrarem a necessidade de maior prazo para internação. Dos 353 indivíduos à espera do laudo de sanidade mental, 27% (97) aguardavam dentro do prazo legal previsto pelo Código de Processo Penal e 69% (244) aguardavam por um período superior a esse prazo. Da população em situação de internação temporária que aguardava laudo de sanidade mental, a média de espera era de dez meses. Dos indivíduos que aguardavam laudo de sanidade mental, 3% (12) não possuíam a informação da data da internação no ECTP, o que impossibilitava o cálculo dos prazos.

O que se verifica, na prática, é que a maior parte de funcionários dessas instituições são agentes prisionais, cuja função é conter os internos e manter a ordem do local. Tal constatação é confirmada pela inspeção de 2015, cujo texto declara (CFP, p. 17):

O número total de trabalhadores, nas unidades pesquisadas, é igual a 1.131, sendo a eles acrescidos 611 agentes de segurança, ou mais da metade de todos os demais trabalhadores. Pode-se inferir, pois, não se tratar de unidades de saúde, mas de contenção prisional onde se fornece uma ou outra droga medicamentosa.

Pertinente destacar, enfim, que os agentes não são instruídos com qualquer tipo de especialização para o trato com os internos. Segundo Danilo Almeida Cardoso e Jorge Augusto de Medeiros Pinheiro (2012, p. 64): “O aprendizado que os agentes adquirem é na diuturna convivência com esse público especial, resultando o seu aperfeiçoamento profissional estritamente das experiências empíricas e práticas, sem qualquer aprofundamento científico”.

A carência de profissionais e a falta de especialização obstam a concretização de ideais da reforma psiquiátrica, haja vista que a falta de individualização dos pacientes e a manutenção de característica asilares na instituição afasta a possibilidade de tratamento e, conseqüentemente, prolonga o tempo de internação.

Não bastasse isso, é cediço que a mera desinternação do paciente não implica na imediata reinserção social e na garantia de sua dignidade. Ao contrário, o retorno do inimputável à sociedade revela um Estado desestruturado, que, por ausência de políticas públicas e propostas eficazes, mantém o indivíduo em situação de desamparo e propenso à prática de delitos.

Com base nesse argumento, a Associação Brasileira de Psiquiatria elaborou, em 2006, o trabalho “Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil”, que expõe uma avaliação da reforma assistencial brasileira referendada pelo Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos.

Segundo a Associação, estaria em andamento um processo não apenas de desospitalização, mas principalmente de “despsiquiatrização” da assistência, obedecendo a interesses ideológicos, econômicos e não científicos. Acerca do tema (2006, p. 04): “Investe-se na desospitalização sem o concomitante investimento nos equipamentos substitutivos (serviços hospitalares e extra-hospitalares), levando a uma desassistência generalizada.”

Assim, a aplicação da lei teria como consequência o agravamento do diagnóstico e a ocorrência de surtos, que podem, inclusive, levar à prática de delitos e implicar no retorno ao isolamento. Acerca do tema (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006, p. 300):

A reforma psiquiátrica, apesar dos diversos avanços evidenciados tanto em nível local quanto nacional, ainda apresenta muitos desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade.

Alguns desses pontos podem ser assinalados: a forma de alocação de recursos financeiros do SUS e suas repercussões no modelo assistencial proposto para os serviços substitutivos; aumento considerável da demanda em saúde mental (especialmente os casos de usuários de álcool e outras drogas, bem como de atenção para crianças e adolescentes); diminuição importante, mas ainda insuficiente, dos gastos com internação psiquiátrica (modelo hospitalar ainda dominante, o que reflete a política ideológica dos hospitais psiquiátricos), fragilidades em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das ações, qualificação do cuidado e da formação profissional, bem como um imaginário social calcado no preconceito/rejeição em relação à loucura.

Para os críticos da proposta, a lei não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, provocando desospitalização em massa sem a implantação de uma rede extra-hospitalar capaz de atender a demanda (ARBEX, 20113, p. 227). Essa desospitalização, por sua vez, resultou na desassistência psiquiátrica das camadas mais carentes da população, as quais, prejudicadas pela ineficácia da saúde pública e pela indiferença da sociedade, voltam a integrar o “povo das ruas”. Veja-se (TABORDA; ABDALLA-FILHO; CHALUB, 2012. p. 536):

O “povo das ruas” não permanece apenas nas ruas. Em decorrência de suas alterações comportamentais, muitas vezes incidem na prática de delitos e são encaminhados para os asilos da nova era: as instituições penitenciárias. Assim, 200 anos após Pinel, doentes mentais voltam a ser privados de sua liberdade e dos direitos básicos da cidadania.

Nesse sentido, ainda, o poeta Ferreira Gullar publicou um artigo no jornal *Folha de São Paulo*, intitulado “Uma lei errada”. No texto, o escritor critica o deputado Paulo Delgado e ressalta que os doentes pobres não conseguiam internação, terminando na rua como mendigos. Transcreve-se (GULLAR, 2009):

A classe média, em geral, sempre aberta a ideias “avançadas” ou “libertárias”, quase nunca se detém para examinar as questões, pesar os argumentos, confrontá-los com a realidade. Não, adere sem refletir. Havia, naquela época, um deputado petista que aderiu à proposta, passou a defendê-la e apresentou um projeto de lei no Congresso. Certa vez, declarou a um jornal que “as famílias dos doentes mentais os internavam para se livrarem deles”. E eu, que lidava com o problema de dois filhos nesse estado, disse a mim mesmo: “Esse sujeito é um cretino. Não sabe o que é conviver com pessoas esquizofrênicas, que muitas vezes ameaçam se matar ou matar alguém. Não imagina o quanto dói a um pai ter que internar um filho, para salvá-lo e salvar a família. Esse idiota tem a audácia de fingir que ama mais a meus filhos do que eu.”

As críticas despertam o outro lado da reforma psiquiátrica no Brasil, cujos preceitos mantêm a pessoa com transtorno mental à margem de uma saúde pública

escassa, convivendo com surtos frequentes e constantes retornos ao HCTP, como se fosse o ambiente mais próximo de um lar que poderia retornar.

Diante dessa realidade, inclusive, alguns hospitais têm mantido os internos em suas estruturas, a fim de abrigá-los enquanto perdurarem as falhas do modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. É o caso do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico do Pará-HCTP, que abriga pessoas com sentença de desinternação, mas que permanecem em razão da inexistência de vínculos familiares ou sociais (CFP, 2015, p. 36/37).

Alegam os profissionais dessas instituições que, inobstante a criação de residências terapêuticas e outros programas que buscam acolher pacientes nessa situação, não há locais suficientes para abrigar essa parcela da população. Nesse sentido é o relatório da inspeção realizada no HCTP Heitor Carrilho (CFP, 2015, p. 29/30):

Outra situação inquietante que viemos a tomar conhecimento é a persistência de cerca de 50 internos no atual Instituto de Perícias Heitor Carrilho e que anteriormente funcionava como Manicômio Judiciário. Os pacientes remanescentes estão alocados em uma parte do Instituto transformada em uma espécie de 'abrigo'. O projeto do Ministério da Saúde de desinstitucionalização que Tania Kolker coordenava no local foi interrompido unilateralmente pela direção da unidade, antes do término do contrato. Posteriormente, tomamos conhecimento pela Apoiadora do Eixo Desinstitucionalização, da Gerência de Saúde Mental/SES, que as pessoas ainda lá remanescentes já se encontram totalmente liberadas para serem desinstitucionalizadas, mas permanecem na unidade à espera de inserção em residências terapêuticas. Esta é outra situação bastante grave: os graves problemas existentes na Porta de Saída, na desinstitucionalização, por carência de residências terapêuticas, de acolhimento por parte dos familiares e até de dificuldades para a continuidade do tratamento em alguns CAPS do estado do Rio de Janeiro.

Em análise às críticas apresentadas, contudo, depreende-se que os argumentos contrários à Reforma não dizem respeito ao processo de desinstitucionalização propriamente dito, mas sim à ausência de uma rede diversificada e articulada de cuidados em saúde mental, cuja estrutura é indispensável para a concretização de ideais antimanicomiais.

Nesse ponto, é preciso ressaltar que esse cenário não é exclusivo do processo de reformas brasileiro. Manuel Desviat, ao discorrer sobre o movimento em diversos países do mundo, ressaltou que todas as regiões tiveram dificuldades peculiares ao buscar a desconstrução do aparato manicomial.

Segundo o autor, a própria Itália – berço da Psiquiatria Democrática – sofreu com a insuficiência de recursos alternativos após a aprovação da Lei 180 (2015, p.

52). Nos Estados Unidos da América, as circunstâncias foram ainda piores, ao passo que, no país, “não existe política de saúde pública nem utilização da epidemiologia no sistema sanitário (...), dominado pelos interesses das grandes instituições de tratamento e por um atendimento centralizado no poder aquisitivo do indivíduo (2015, p. 55). Também na Espanha, a falta de recursos sociais e a inexistência de uma clara delimitação entre o serviço de saúde e os serviços sociais constituem grandes obstáculos à Reforma (2015, p. 86)

O que foi constatado por Desviat, ao longo da pesquisa, é que os problemas associados à desinstitucionalização incidiram de diversos graus e maneiras conforme países e até regiões, mas são comuns a todo o movimento. Parte da justificativa se encontra na insuficiência de recursos econômicos no desenvolvimento dos programas comunitários, mas a questão não se limita a isso. Esclarece o autor (2015, p. 82):

(...) o fechamento dos hospitais psiquiátricos converteu-se em um empreendimento árduo e arriscado, política e profissionalmente, para aqueles que assumem tal responsabilidade. Não apenas pelas dificuldades técnicas e pela tremenda mobilização de recursos humanos e materiais que ele pressupõe, mas também, acima de tudo, pela oposição trabalhista e sindical fundamentada na possível diminuição de empregos, pelo medo da mudança e perda do papel e do poder dos profissionais – nisso se incluindo médicos e psicólogos – e também pela frequente ambiguidade dos governos, que, embora aceitando em linhas gerais os projetos de reforma, continuam a sacralizar os hospitais e desconfiar dos recursos alternativos.

A dificuldade de tratar pacientes cujo transtorno é mais grave e a cronicização das estruturas alternativas são outros pontos destacados pelo psiquiatra. Isso porque, ao determinar a libertação de pacientes crônicos⁴³, será exigido dos profissionais em saúde mental uma atenção específica, o que muitas vezes é ignorado, inclusive, pelo sistema de ensino (2015, p. 84).

Não há dúvidas, portanto, que dificuldades e erros são inerentes aos movimentos da reforma psiquiátrica em diversos países, visto que as exigências trazidas pelo processo esbarram em sistemas de saúde despreparados e políticas públicas falhas. Apesar disso, não se pode atribuir aos ideais reformistas toda a responsabilidade pela desassistência da população, mormente porque não se trata

⁴³ Conforme esclarecido por Desviat (2015, p. 91), o doente psiquiátrico crônico é definido como aquele que padece de uma doença que se prolonga no tempo e que afeta sua qualidade de vida, limitando suas capacidades e tornando-o dependente de atendimento sanitário e social, embora possa revelar-se complexo definir concretamente a duração e o grau de incapacidade ou o tipo de recursos assistenciais necessários.

uma crítica aos preceitos teóricos trazidos pela Reforma, mas sim aos problemas enfrentados no momento da transformação da estrutura de assistência tradicional.

Transpondo tais apontamentos à questão da medida de segurança detentiva, evidente que a desassistência denunciada pelos críticos dificulta a aplicação exata da Lei durante a execução da sanção. É nesse sentido, inclusive, o posicionamento de alguns profissionais que trabalham nessas instituições. Veja-se (CFP, 2015, p. 39):

Os psicólogos da instituição estão cientes dos princípios norteadores da reforma psiquiátrica, mas relatam que o espaço por ser “segregador e torturador”, torna-se praticamente impossível seguir estes princípios. Sobretudo por não encontrarem na rede de atendimento suporte para tanto, haja vista, que o Estado do Pará possui apenas três CAPS AD, um na capital Belém e dois espalhados entre os 144 municípios do Estado.

À vista disso, tem-se que os pontos cruciais no momento da aplicação da reforma psiquiátrica no sistema penitenciário se resumem ao tratamento e disponibilização profissional no interior dos hospitais, e ao acolhimento desses indivíduos após à desinstitucionalização, seja pela família, seja pelo Estado. Nesse sentido já se posicionava Nelson Hungria, ao tratar da privação de liberdade (1945, p. 143): “Todo o programa das penas privativas de liberdade e das medidas detentivas, porém, estará destinado ao insucesso se não tivermos em conta dois pontos essenciais: o da aptidão do pessoal administrativo e o do patronato dos egressos”.

No que tange à disponibilização de profissionais nessas instituições, constatou-se que a demanda de pacientes extrapola a capacidade do hospital de atendê-los, de modo que boa parte essas pessoas permanecem isoladas, sem qualquer diagnóstico ou perspectiva de melhora.

Evidente que, se o processo de desinternação funcionar corretamente, e se a internação tornar-se, de fato, medida excepcional no âmbito da medida de segurança, o número de internos naturalmente vai reduzir, possibilitando uma atenção diferenciada dos funcionários com aqueles que foram mantidos no hospital.

Não obstante, conforme já mencionado, nem sempre o retorno à sociedade é garantia de manutenção do paciente no meio social, isto é, em diversas situações a falta de vínculos com a comunidade e a desassistência do Estado implica no retorno do sujeito ao hospital, fazendo com que o ciclo da internação perpetue e a discrepância entre o número de pacientes e o número de profissionais da saúde permaneça a mesma.

Diante disso, o fortalecimento de uma rede diversificada e articulada de cuidados em saúde mental, a fim de acolher a pessoa com transtorno e evitar uma nova institucionalização, mostra-se um mecanismo muito mais efetivo (e palpável) do que a articulação de projetos que envolvam uma alta injeção orçamentária e um planejamento financeiro cujo Estado não pode (ou, sequer faz questão de) suportar.

Nessa linha de raciocínio, os próximos tópicos serão destinados a encontrar alternativas à efetivação de ideais reformistas no processo de aplicação e execução da medida de segurança. A primeira delas consiste na desinternação progressiva, processo de reinserção gradual do indivíduo na sociedade por meio de uma flexibilidade da internação, e as demais transitam entre os aspectos que, de acordo com Foucault, devem ser considerados ao tratar da doença mental, quais sejam: a cultura, a história individual e a evolução orgânica.

4.2 A reinserção do paciente por meio da desinternação progressiva

Antes de tratar, especificamente, da desconstrução do modelo penal-psiquiátrico por meio da implementação de recursos alternativos, é preciso voltar os olhos à condição do sujeito que já está, há algum tempo, em situação de isolamento.

Isso porque, “ao contrário do que ocorre com grande parte da hospitalização médica, a estada do paciente no hospital psiquiátrico é muito longa e o efeito muito estigmatizador para permitir que o indivíduo volte facilmente ao local social de onde veio” (GOFFMAN, 2015, p. 289).

O efeito estigmatizador em questão evidencia as consequências da internação prolongada, já mencionadas em momento oportuno. O isolamento, além da restrição de liberdade e autonomia do indivíduo, implica, a longo prazo, na perda de vínculos afetivos e de capacidade de comunicação, reflexos que devem ser levados em conta ao determinar a desinternação do paciente e seu retorno imediato à sociedade. Nesse sentido, preleciona Desviat (2015, p. 87):

(...) não se trata apenas de criar uma rede de serviços, cuidados e acomodações na comunidade. Faz-se necessária uma preparação adequada dos pacientes, geralmente dispendiosa e de longa duração, que lhes permita viver fora do asilo; e é particularmente indispensável uma adequação das técnicas psicoterápicas, dos enquadres, da própria concepção da programação.

Com base nisso, a desinternação progressiva vem se destacando como um mecanismo de inclusão social do sujeito inimputável⁴⁴, de modo que, ao retornar à sociedade por meio de uma decisão judicial, o impacto seja menor e a integração do paciente seja parte de um processo natural.

Nesse ponto, ainda que tenha se intensificado após os movimentos reformistas, cabe destacar que a ideia de flexibilizar a medida de segurança e tornar possível uma progressiva ressocialização do indivíduo já vem sendo suscitada há um bom tempo.

Em 1945, Nelson Hungria publicou a obra “Novas questões Jurídico-Penais”, propondo uma maior elasticidade na organização das medidas de segurança detentivas, a fim de que estas se ajustem à sua finalidade. Em suas palavras (1945, p. 142):

(...) Antes de tudo, é preciso que se imprima à medida de segurança uma flexibilidade tal, que ela não seja impreterivelmente contínua, mesmo no período mínimo de sua duração. Os internados que se mostrem sensíveis aos processos de cura, especial tratamento ou reeducação, deverão ser favorecidos não só por um sistema de *licenças periódicas*, sob discreta vigilância (como no “Regulamento” italiano), senão também por um regime de semi-liberdade, como seja, por exemplo, o de permanência diurna no estabelecimento e pernoite em casa. Em casos especiais seria mesmo aconselhável, para os que obtivessem emprego certo, o trabalho fora do estabelecimento e a volta a este para o pernoite.

Duas décadas depois, em 1966, o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, de Porto Alegre, foi a primeira instituição que possibilitou a saída dos pacientes, nos finais de semana, para visitar familiares, ampliando-se o prazo de forma paulatina até que fosse possível a reintegração total⁴⁵ (FERRARI, 2001, p. 169).

Tal prática foi aperfeiçoada e, na década de 80, experimentada pelo manicômio do Estado de São Paulo que, em 1988, passa a denominar-se hospital de custódia e tratamento psiquiátrico Prof. André Teixeira Lima. Inicialmente, houve a suspensão da prática por decisão judicial sob a alegação de ausência de amparo legal, argumento

⁴⁴ Ressalta-se que a desintegração progressiva não se confunde com a progressão da medida de segurança. A desinternação consiste em um conjunto de atividades que visa a reinserção do indivíduo no meio social e o desligamento com a instituição, ainda que isso implique na aplicação do tratamento ambulatorial (nos casos em que o paciente não está integralmente recuperado).

⁴⁵ Cumpre observar que, em Porto Alegre, a progressividade tinha por denominação “Alta Progressiva”, e se limitava a visitas experimentais dos pacientes às casas dos familiares, sem a prática de atividades dentro da unidade.

esse que não impediu a propagação do instituto. Na lição de Eduardo Reale Ferrari (2001, p. 169):

O apego ao formalismo jurídico, contudo, não venceu a imaginação e a resistência dos bem intencionados, inaugurando-se em 1989, em Franco da Rocha, um pavilhão destinado ao implemento de uma progressividade na execução da medida de segurança de internamento, constituindo-se num modelo transitório entre a situação de hospitalização em regime fechado e o retorno ao meio social mais amplo. Instituiu-se, assim, uma progressividade à medida de internamento, proporcionando aos indivíduos, que aos poucos melhorassem, um momento de liberdade, retornando ao convívio social.

Em 2001, o Poder Executivo do Estado de São Paulo, por meio do Decreto estadual n. 46046, criou o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico II de Franco da Rocha, exclusivamente destinado à desinternação do público masculino. O hospital de custódia e tratamento psiquiátrico Prof. André Teixeira Lima (HCTP I) continua contando com uma ala de desinternação progressiva, mas fica adstrito a mulheres (CIA, 2011, p. 119).

A norma estadual publicada regulamenta toda a estrutura da Instituição e prevê, ainda, uma série de atribuições que devem balizar a atividade dos profissionais envolvidos. Destacam-se (SÃO PAULO, 2001):

Artigo 5.º (...) I - elaborar regras e normas que viabilizem a execução das condutas terapêuticas; II - elaborar projetos de condutas terapêuticas para cada paciente/preso e seus respectivos familiares; III - elaborar estudos de casos que aprofundem o conhecimento técnico das patologias atendidas; IV - deliberar sobre as saídas de pacientes/presos referentes a trabalho, visita domiciliar e passeios; V - orientar os servidores, que tratam diretamente com os pacientes/presos, sobre sua participação nas condutas terapêuticas; VI - esclarecer os pacientes/presos sobre as regras e normas que norteiam o tratamento; VII - elaborar relatórios gerais ou individuais para fins judiciais; VIII - acompanhar as patologias clínicas que acometem os internos/pacientes inimpugnáveis, em estreito relacionamento com a estrutura do Sistema Único de Saúde - SUS, local.

As atribuições em tela ressaltam o objetivo primordial do instituto, qual seja, diminuir a relação de dependência do paciente com o hospital, na medida em que reconstrói seus laços afetivos no meio social e o insere, paulatinamente, em atividades que possibilitem sua reintegração. Assim (FERRARI, 2001, p. 171),

Enquanto no internamento fechado o paciente adquire hábitos condutores ao hospitalismo, ao mimetismo, agravando a patologia, cronificando a doença, originando um estado de dependência contínua do ambiente hospitalar, in-

tensificando o distanciamento do meio sócio-familiar, na desinternação progressiva visa-se à integração gradativa entre o paciente e o meio social, oferecendo-lhe formas terapêuticas alternativas, que variam desde saídas extra-institucionais para o trabalho, visitas familiares, passeios pela região, compras na cidade, até o recebimento de aposentadoria, sempre com o devido acompanhamento dos funcionários da instituição.

Com o propósito de constatar a importância das atividades supramencionadas, para fins de inclusão da pessoa com transtorno mental que pratica delitos, Michele Cia realizou, entre os dias 17 de dezembro de 2007 e 18 de janeiro de 2008, uma pesquisa de campo no HCTP II de Franco da Rocha.

Na oportunidade, ressaltou a pesquisadora que diversas estratégias foram formuladas com o escopo de alcançar a reintegração comunitária do paciente⁴⁶. Entre elas, destacam-se as “imediações acompanhadas”, práticas nas quais o interno, acompanhado dos agentes de segurança penitenciária, pode conhecer a cidade de Franco da Rocha. Há a possibilidade, ainda, do interno se dirigir à cidade sem acompanhamento, por meio das chamadas “imediações desacompanhadas”, desde que o paciente não se afaste muito e respeite os limites de horários impostos pela instituição (CIA, 2011, p. 137).

Uma vez habituado com as imediações sem acompanhamento, podem ser permitidas aos pacientes a Visita Domiciliar Assistida (VDA). Nessas ocasiões, o interno passa alguns dias com seus familiares, se houver anuência dos mesmos. Após a visita, o interno deverá trazer um formulário preenchido e assinado por um membro da família, no qual será registrado tudo o que ocorreu durante esse período, sejam avanços ou intercorrências (CIA, 2011, p. 140).

Além das atividades externas, são fomentados o trabalho, o lazer e a educação. Segundo a pesquisadora (CIA, 2011, p. 142):

(...) dentro do Hospital propriamente dito há possibilidade de trabalho, remunerado ou não. As atividades desenvolvidas basicamente são: serviços de manutenção, tais como pintura, alvenaria, conservação da parte elétrica e atividades assemelhadas; manutenção do jardim e do campo de futebol; capinação; e limpeza das dependências do hospital (pátio, pavilhão, parte administrativa, cozinha e refeitório) (...). Entre os internos formalmente empregados, dois realizam o trabalho de entrega e de circulação de papéis e documentos na parte administrativa do Hospital, entre os diversos setores e profissionais, recebendo por isso o nome de estafetas (...). Finalmente, três outros internos contratados pela FUNAP têm por função zelar do Centro Cultural.

⁴⁶ Pertinente destacar, nesse ponto, que as atividades são disponibilizadas ao interno conforme sua progressão e seu diagnóstico. Os recursos poderão ser adaptados por razões de ordem terapêutica e prática, observadas as particularidades de cada paciente (CIA, 2011, p. 139).

O Centro Cultural em questão foi planejado por pacientes e funcionários em um lugar que costumava ser usado como depósito de ferramentas. Após as mudanças, transformou-se em um espaço que integra uma biblioteca, uma sala de aula e um ateliê de arte. São comuns, ainda, aulas de alfabetização, reuniões ministradas pelos Alcoólicos Anônimos (AA) e pelos Narcóticos Anônimos (NA) e cursos ministrados pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR) – como olericultura, horticultura, preservação do meio ambiente (CIA, 2011, p. 144/146).

No que tange ao tratamento dispensado aos internos, a instituição organiza semanalmente duas reuniões. A primeira, chamada “reunião multidisciplinar”, congrega profissionais de diversas áreas (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social, assistente judiciário e um agente de segurança penitenciária) com a finalidade de analisar a situação de determinados internos. A segunda, por sua vez, reúne o corpo funcional com os internos da unidade. Aqui, busca-se um diálogo com os pacientes, isto é, possibilita-se o exercício do direito de falarem e de serem ouvidos (2011, p. 152/155).

Enfim, o último ponto explorado por Michele Cia traz a eficácia da desinternação progressiva quanto à reincidência. Os dados foram colhidos entre 2001 e 2007, cujo número de pacientes desinternados foi de 297. Dentre eles, 6 voltaram a praticar delitos e foram sentenciados, e 10 aguardam processo judicial pela suposta prática de fato descrito como crime. Supondo que esses 10 indivíduos, ainda não sentenciados, sejam também ao final considerados perpetradores de ilícitos típicos, a porcentagem de ex-internos que novamente praticaram fato descrito como crime situa-se entre 2,02% a 5,38%⁴⁷ (CIA, p. 186/187).

Os números apresentados concretizam tudo o que se expôs, até então, sobre a Reforma. O contraste entre a realidade manicomial apontada no capítulo anterior com o projeto de desinstitucionalização apresentado pelo HCTP II de Franco da Rocha sinaliza a valorização da dignidade da pessoa com transtorno mental e a busca pela sua autonomia.

Sabe-se, no entanto, que ainda há muito a se fazer. O próprio HCTP II de Franco da Rocha, ao ser vistoriado pelo CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) apresenta sinais de precariedade e de abandono. Segundo relatório do local, há um “déficit importante de recursos humanos de profissionais de

⁴⁷ Ressalta-se, nesse ponto, que o sistema penitenciário brasileiro apresenta níveis de reincidência ao redor de 70%.

saúde, sobretudo de médicos psiquiatras e clínicos, por conta do seu porte. Existe insuficiência de profissionais também nas áreas de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, nutrição clínica e educação física” (CREMESP, 2014, p. 81).

Nessa direção, ainda (CREMESP, 2014, p. 83):

Há referência de projeto terapêutico institucional e individual nos hospitais de custódia, entretanto foi verificada precariedade no registro dos mesmos. Existe acompanhamento dos internos por equipe multiprofissional, formada por psicólogo, assistente social, enfermeiro e médico psiquiatra. Entretanto, os profissionais registram seus atendimentos isoladamente. (...) O número médio de atendimentos individuais prestados pelos profissionais psiquiatras a cada um dos pacientes seria de uma vez por mês. No entanto, a consulta aos prontuários confirmou frequência bem menor de atendimentos médicos aos pacientes. Os psicólogos realizam de dois a três atendimentos individuais mensais e nesta mesma frequência os assistentes sociais e enfermeiros. Novamente, a consulta aos prontuários dos pacientes não confirma essa frequência de atendimentos, sendo precária a assistência aos pacientes. Os psicólogos realizam atendimento em grupo e alguns dedicam metade de sua carga horária para este tipo de atividade. No entanto, não há regularidade na participação dos psiquiatras em tal abordagem terapêutica.

Também em relação aos outros hospitais de Custódia há uma dificuldade em manter projetos terapêuticos individuais. Conforme dados apresentados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2015, p. 114), apenas 18% das instituições vem promovendo esse tipo de assistência. Na mesma pesquisa, buscou-se a opinião de psicólogos acerca do atendimento dos princípios da reforma psiquiátrica nesses locais. De acordo com o levantamento, 18% relatam atender, 23% não apresentaram resposta, 53% não atendem e, por fim, 6% sequer possuem psicólogos (CFP, 2015, p. 123).

Pelo exposto, verifica-se que, não obstante tenha a desinternação progressiva se mostrado um projeto inovador e significativo no âmbito da reinserção social do sujeito inimputável, sua idealização por parte de funcionários e pacientes não é suficiente para concretizá-la.

Segundo parte da doutrina, o óbice mais evidente na efetivação do instituto é a ausência de uma lei regulamentadora. Isso porque, não obstante já tenha o Judiciário se posicionado diversas vezes acerca do assunto⁴⁸, o Legislativo se mantém inerte.

⁴⁸ Tal prática foi, inclusive, reconhecida pela Vara das Execuções Criminais de São Paulo, que publicou, em 09 de junho de 2003, a Portaria nº 9, cuja redação prevê: “Art. 1º - Fica instituída, no âmbito dos

A falta de uma norma federal que discipline a desinternação progressiva faz com que o Estado não se sinta coagido a fomentá-la, o que prejudica sua extensão aos demais hospitais de custódia e seu aperfeiçoamento naqueles que já o aplicam. Com a positivação, “a aplicação da desinternação progressiva transformar-se-ia em efetiva obrigação estatal, sempre que os referidos pressupostos fossem concretamente cumpridos” (CIA, 2011, p. 62).

Além disso, ressalta-se que a desinternação progressiva visa preparar o paciente para retornar ao meio social, no entanto, é comum que o desinternado careça de um tratamento contínuo. Por tais razões, destaca-se a importância da estruturação dos serviços promovidos pelo Sistema Único de Saúde, conforme pontuado por Michele Cia (2001, p. 206):

(...) a eficácia da medida não depende apenas de investimentos em sua própria efetivação, mas deriva também da estruturação dos serviços públicos de uma maneira geral. Isso porque os ex-internos passarão, em sua maioria, a depender do Sistema Único de Saúde para prosseguir realizando seu tratamento, necessário para garantir sua estabilidade do ponto de vista médico e social, ou ainda, nos casos mais complexos, necessitarão serem abrigados por outras instituições públicas.

A busca por um tratamento que preserve a integridade do indivíduo faz com que, novamente, a atenção seja voltada a uma rede diversificada e articulada de cuidados em saúde mental. É preciso alcançar, sobretudo, a interrupção da dependência com o modelo manicomial, de modo que o paciente readquira sua autonomia e tenha à sua disposição, se necessário, recursos terapêuticos alternativos.

4.3 Medidas alternativas com vias à inclusão social do sujeito inimputável

A desinternação progressiva, tal como esclarecido acima, é um mecanismo utilizado com a finalidade de reinserir gradualmente o indivíduo no meio social, de modo que o momento do retorno à sociedade seja uma das fases do processo de ressocialização, mas não a única.

Nesse ponto, pertinente destacar que a importância do processo não está adstrita ao paciente, mas se estende à sociedade como um todo. Isso porque, muito

Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de São Paulo, a possibilidade de transferência de paciente, quer do sexo masculino quanto do sexo feminino, submetido a medida de segurança para a Colônia de Desinternação Progressiva”.

mais do que uma mera estratégia de humanização da assistência, a Reforma traz consigo a transformação de um pensamento crítico sobre tudo o que se pensava, até então, sobre a loucura. Ernesto Venturini, um dos grandes nomes do movimento da psiquiatria democrática, declara (2016, p. 15):

(...) a superação do hospital psiquiátrico não se refere simplesmente à superação de uma estrutura física – os muros do manicômio – e de uma organização. O processo parte da denúncia da violência manicomial para evidenciar a existência de uma série de instituições, normas e procedimentos que se referem à sanidade, ao direito, à educação, à assistência social e às práticas de cidadania capturadas e consolidadas pela existência do manicômio. Há algo mais: a permanência de estruturas segregadoras na sociedade constrói as relações entre as pessoas, dirige o modo com o qual todos nós concebemos, no dia a dia, o que nos liga uns aos outros.

Trata-se, portanto, de um processo de emancipação que não se refere só aos pacientes, mas envolve profissionais, cidadãos, administradores públicos. O novo sistema de execução das medidas de segurança requer o fortalecimento da rede de saúde e apoio psicossocial, bem como a sensibilização de todos aqueles que atuam na área jurídica, sejam juízes, promotores, defensores públicos ou advogados (PRADO; SCHINDLER, 2017, p. 628-652).

Virgílio de Mattos (2006, p. 119/144), ao discorrer sobre a temática, analisou diversos casos em que, mesmo com laudo de cessação de periculosidade positivo, o paciente era mantido na instituição por decisão judicial.

As justificativas do Ministério Público (que também se posicionava pela manutenção do isolamento) e dos magistrados variavam entre falta de vínculos afetivos do interno com familiares, ausência de acompanhamento e assistência social na região e prevenção para a sociedade.

Em um dos casos mencionados na obra (2006, p. 122/125), o inimputável foi preso em flagrante em 08/08/1996 e, posteriormente, teve sua periculosidade cessada. O Ministério Público declarou que a liberação do paciente era temerária, e que deveria ser mantida a internação. O magistrado, no mesmo sentido, afirmou que o laudo não merecia ser acolhido, decisão que ensejou a interposição de habeas corpus no Tribunal de Justiça de Minas Gerais. O Tribunal, em decisão unânime, negou o pedido nos seguintes termos:

Embora constatada a cessação de periculosidade do paciente pelos peritos, as circunstâncias reveladas no caso em exame são de extrema gravidade e merecem cautela. Aliás, o laudo trasladado às fls. 09/12, ao atestar a

cessação da periculosidade, deixou consignado o seguinte: “Desde que se submeta a acompanhamento médico-psiquiátrico e assistência social, com finalidade de ressocialização, poderá retornar à sua comarca de origem”. Ora, na pequena Bueno Brandão, não se crê haver condições de se cumprir o prognóstico acima, sobretudo em face de uma pessoa com um passado médico bastante alterado (...).

Em síntese, as decisões judiciais prolatadas nos autos encontram fundamento na impossibilidade de tratamento do indivíduo fora dos muros do manicômio, visto que não há, na região, local adequado para seu tratamento. Há situações, inclusive, que a prevenção da sociedade é utilizada como justificativa. Veja-se (MATTOS, 2006, p. 134/135):

(...) No caso em tela, o que se verifica é que o paciente teve cessada sua perigosidade, contudo continua a carecer de tratamento (...) Como já visto nos autos, foi diligenciado no sentido de localizar familiares do paciente que estejam em condições de recebe-lo e proporcionar sua reintegração ao meio social (...) Todavia, tais diligências não lograram êxito. Não se compreende uma pessoa recém-desinternada e carente de assistência ambulatorial, solta, sem destino e sem rumo pelas ruas desta ou de qualquer cidade, porquanto certamente ficaria ao desamparo e sem a proteção devida. Sem falar na possibilidade de vir a novamente delinquir. Dessa forma, como medida de prevenção para a sociedade e de bem-estar do próprio paciente, a internação do sentenciado deverá ser mantida até que seja encontrado algum familiar, ou instituição disposta a recebe-lo e prestar-lhe a assistência devida.

A internação é defendida, portanto, para garantir que o inimputável não venha a cometer novos delitos. No entanto, questiona-se: O que garante que o imputável, ao cumprir sua pena, não voltará a delinquir?

Nessa linha de raciocínio, Virgílio de Mattos observa que a carga de exclusão da pessoa com transtorno mental é muito superior àquela enfrentada pelo imputável, cujos direitos mínimos encontram previsão expressa no ordenamento jurídico brasileiro. Em suas palavras (2006, p. 103/104):

Para aquele considerado sem qualquer perturbação de natureza mental, imputável portanto, o limite de uma pena de liberdade predeterminada, fixa, suscetível de abrandamento na execução, comutação, indulto, liberdade condicional, progressão de regime, apenas para ficarmos no mínimo. Esperança de um alvará de soltura ao cabo do tempo fixado em uma sentença penal. Para o inimputável por sofrimento mental, nada. Nada além do regime fechado para sempre, travestido de “internação psiquiátrica”. Ou internação em decorrência de uma necessidade de defesa social. Ou prisão perpétua em função da periculosidade, que, em decorrência da lei, não podendo ser mais presumida, é esquecida na repetição burocrática dos laudos de cessação de periculosidade. Pior: mesmo diante de um laudo negativo para a periculosidade, ainda se mantém o portador de sofrimento ou transtorno mental segregado, desde que não tenha amparo familiar.

Ainda que, à luz do Estado Democrático de Direito e do princípio da isonomia, estende-se à medida de segurança todos os direitos e garantias previstos para a pena, a prática denuncia uma realidade diferente. Sob a justificativa de que não há locais apropriados para acolher o inimputável, seu destino acaba sendo permanecer no hospital de custódia por tempo indeterminado.

Nesse ponto, pertinente retomar os estudos sobre a Lei 10.216/01, especialmente em relação ao seu artigo 3º, cuja redação prevê:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Resta claro, com a leitura do dispositivo transcrito, que quaisquer decisões que justifiquem a manutenção do paciente no modelo psiquiátrico asilar destoam dos preceitos trazidos pelo ordenamento jurídico brasileiro, transferindo à pessoa com transtorno mental um encargo que é de responsabilidade do Estado.

Ademais, é preciso ressaltar, novamente, que a medida de segurança “não é um mal ou castigo, mas um meio curativo ou reeducativo, de hospitalização, de internação benéfica, de possível readaptação” (HUNGRIA, 1945, p. 134). A busca é sempre pela recuperação do indivíduo, nunca por retribuição ao mal praticado. Segundo Nelson Hungria (1945, p. 142, grifo do autor),

Embora seja impossível eliminar, de todo, a *aflictividade* inerente a toda detenção, deve-se procurar no limite extremo do possível, realizar praticamente a diferença entre a privação de liberdade como pena e a privação de liberdade como medida de segurança. É preciso ficar bem assente que, se a medida de segurança representa um constrangimento, não é este querido por si mesmo, mas decorre como efeito inevitável a qualquer espécie de detenção.

Esclarecida, assim, a responsabilidade do Estado no fortalecimento da rede de cuidados de base territorial e comunitária na concretização de ideais reformistas, o presente estudo buscou alternativas que viabilizem a reinserção do sujeito inimputável no meio social.

Para tanto, faz-se necessário retomar a ideia trazida por Foucault, exposta no início da pesquisa, para ressaltar os três aspectos que devem ser considerados ao tratar da doença mental, quais sejam, a cultura, a história individual e o processo regressivo.

A cultura assume uma importância ímpar no momento de efetivação desses programas. Isso porque, “a maneira como cada sociedade enfrenta a doença, a invalidez e o tratamento diferencia os movimentos de reforma” (DESVIAT, 2015, p. 152).

Segundo Paulo Amarante, essa dimensão sociocultural é, sobretudo, uma dimensão estratégica, na medida em que são desenvolvidas discussões da reforma psiquiátrica “com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos, a partir da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos, voluntários)” (2007, p. 73).

No Brasil, conforme já mencionado, a reforma psiquiátrica alcançou uma parcela considerável da população antes mesmo da Lei 10.216/01. Os ideais propagados pela psiquiatria democrática italiana foram defendidos por movimentos sociais formados não só por profissionais da saúde, mas também por familiares dos pacientes e por parte da comunidade adepta à causa.

Nesse contexto, instituiu-se 18 de maio como o “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”, data em que atividades culturais, políticas, acadêmicas e esportivas promovem o debate e instigam todo o país a participar e refletir. Em época de Carnaval, o tema também é destaque. Amarante (2007, p. 74) destaca que diversas escolas de samba do Rio de Janeiro desfilam com alas e enredos abordando a loucura, a diferença e a diversidade. São comuns, ainda, blocos e coletivos carnavalescos ao redor do país, entre os quais o “Tá Pirando, Pirado, Pirou”, “Loucura suburbana”, “Lokomotiva”.

Além das datas comemorativas, a loucura se encontra presente em músicas, programas de televisão e eventos. A reflexão trazida pela canção “Maluco Beleza”, de Raul Seixas, ou o trecho “Dizem que sou louco, por pensar assim. Se eu sou muito louco, por eu ser feliz. Mas louco é quem me diz, que não é feliz, não é feliz” da música “Balado de Louco” de Rita Lee, são exemplos de manifestações culturais que produzem diálogos sobre o preconceito e a discriminação (AMARANTE, 2007, p. 75).

A ideia de inserir a cultura na luta antimanicomial alcançou o Ministério da Cultura, que, por meio da Secretaria Nacional da Identidade e da Diversidade Cultural e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca lançou, em agosto de 2007, o projeto Loucos pela Diversidade, cuja finalidade era indicar políticas públicas culturais para pessoas em sofrimento mental e em situações de risco social. De acordo com Amarante (2007, p. 77), não há em qualquer outro país iniciativa semelhante.

A integração da comunidade e o combate à discriminação no Brasil tem, inclusive, chamado atenção de reformistas ao redor do mundo. Manuel Desviat, ao discorrer sobre o tema, enfatiza (DESVIAT, 2015, p. 149/150):

A originalidade brasileira está na forma de integrar no discurso civil, na consciência social, a trama de atuações que um programa comunitário deve incluir. E também na forma de inventar novas fórmulas de atendimento, com base na participação dos diversos agentes sociais (...) Em curto espaço de tempo o Brasil conseguiu tanto a sensibilização da sociedade e de seus líderes culturais, políticos e sociais, quanto o consenso necessário entre os profissionais em torno de uns poucos objetivos claros, o que, em outros países, levou muitos anos (Itália, Espanha, entre outros).

O autor ressalta que, diferente do que ocorreu na maior parte da Europa – cuja amplitude do movimento reduziu-se ao limite sanitário e imediato, e a participação civil restringiu-se à mobilização de familiares –, no Brasil (DESVIAT, 2015, p. 158):

(...) esse crescimento dos recursos materiais e humanos ocorreu em momentos socialmente esperançosos, em momentos de grandes mudanças e de consolidação democrática. O movimento de saúde mental (...) transcendeu a fronteira profissional no intuito de promover mudanças mais profundas na sociedade e nas relações da cidadania. Atuando como se fossem porta-vozes dos excluídos, os profissionais do psíquico uniram-se a familiares e usuários para reivindicar a integralização dos marginalizados, dos diferentes (...) Tal sensibilidade social favoreceu um importante voluntarismo nos primeiros anos dessas reformas, mas após a estabilização do processo, voltou-se contra seus protagonistas, que não conseguiram encontrar respostas para tantas esperanças nos resultados sempre modestos.

Apesar de embrionária, verifica-se do exposto que a reforma psiquiátrica brasileira apresenta particularidades que podem ser exploradas no momento da implantação dos ideais reformistas, especialmente em razão da valorização da dignidade da pessoa humana proveniente da Constituição de 1988 e do processo de redemocratização no país.

A par da importância do envolvimento da comunidade na luta antimanicomial, sabe-se que a transformação de um processo cultural alimentado durante séculos não

é feita de imediato, mas exige uma série de projetos e programas que direcionem, progressivamente, uma mudança no modo de se compreender a loucura.

Com base nisso, destaca-se a importância do Projeto de Lei 5.907/16, do deputado Francisco Floriano (DEM-RJ)⁴⁹. O texto apresentado altera a Lei da reforma psiquiátrica, incluindo entre os direitos da pessoa com transtorno mental o transporte público gratuito, a reserva de vagas de emprego e a proteção contra a discriminação. Transcreve-se (BRASIL, 2016):

Art. 2º. A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos, renumerando os demais dispositivos: (...) “Art. 2º. (...) Parágrafo único: (...) X – ter direito a gratuidade no transporte público municipal e intermunicipal; XI – ter direito de exercer atividade profissional, respeitadas suas condições intelectuais e psíquicas; XII – ser incluído em políticas de reserva de vagas de trabalho nas empresas públicas e privadas, visando à sua inclusão profissional; XIII – ter direito a igualdade de oportunidades de emprego, assegurada proteção contra a exploração e a demissão do trabalho exclusivamente por motivo de transtorno mental. XIV – ter acesso aos meios para a (re) educação e de (re) adaptação profissional e social; XV – ter assegurada a proteção contra discriminação por motivo de transtorno mental.

O Projeto está em consonância com princípios constitucionais e promove políticas que, de fato, visam uma transformação cultural em prol da desinstitucionalização. A inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, por exemplo, não só reestrutura sua autonomia e possibilita sua subsistência, mas ressalta à toda sociedade que determinados transtornos mentais não afetam, em nada, a capacidade e a produtividade do indivíduo.

Além do fomento ao trabalho, um dos fatores que mantém o sujeito estável e possibilita sua reinserção no meio social é a orientação e acompanhamento de profissionais especializados, os quais deverão se atentar às necessidades específicas da pessoa com transtorno mental. Aqui, portanto, destaca-se o segundo aspecto trazido por Foucault, qual seja, a história individual.

Em se tratando de uma patologia mental, verificou-se que o transtorno vai muito além do diagnóstico com base em exames, mas alcança o indivíduo em sua própria existência. Como já mencionado, é preciso por um parêntese na doença para se deparar com o sujeito, com suas vicissitudes e problemas concretos do cotidiano. Na lição de Paulo Amarante (2007, p.72):

⁴⁹ Atualmente, o Projeto está pronto para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), sendo sua última movimentação em setembro de 2017.

(...) se recusarmos aqueles conceitos arcaicos e procurarmos sentir e nos relacionar com os sujeitos em sofrimento, se nos dirigirmos às pessoas e não às suas doenças, podemos vislumbrar espaços terapêuticos em que é possível escutar e acolher suas angústias e experiências vividas; espaços de cuidado e acolhimento, de produção de subjetividades e de sociabilidades.

No âmbito da medida de segurança, o cuidado com o paciente e com sua história individual assume um papel ainda mais relevante. Isso porque, constatada a prática do delito em um momento de crise, é preciso que sejam analisados quais os fatores que desencadearam o ato e qual o tratamento adequado para impedir novas ocorrências.

Sabe-se que, para tanto, o primeiro passo é a individualização da sanção penal. Estabelecida a medida de segurança em sua modalidade detentiva, cuja aplicação é excepcional (conforme prevê o art. 4º da Lei 10.216/01), o sujeito será encaminhado a um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e, preferencialmente, será submetido ao processo de desinternação progressiva, já mencionado.

Além da desinternação progressiva, dois outros programas estaduais merecem destaque, quais sejam, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAII).

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) foi instituído na comarca de Belo Horizonte/MG por meio da Portaria-Conjunta n. 25/2001. Constatou-se, na época, uma necessidade de acompanhar processos criminais nos quais o réu apresenta indícios de sofrer algum transtorno mental, a fim de individualizar as sanções atribuídas e adaptá-las à reforma psiquiátrica.

Após diversas mudanças, em maio de 2010 o Programa passou a integrar o Projeto Novos Rumos, regulamentado pela Resolução nº 633/2010. A norma prevê expressamente o objetivo do PAI-PJ, qual seja, “assessorar a Justiça de Primeira Instância na individualização da aplicação e da execução das medidas socioeducativas, penas e medidas de segurança aos pacientes judiciários, conforme o disposto nesta Resolução” (MINAS GERAIS, 2010).

Em síntese, o magistrado responsável pelo caso solicita à equipe multidisciplinar vinculada ao programa que analise individualmente as necessidades do agente infrator, de modo que a ele seja aplicada a medida judicial mais efetiva.

O PAI-PJ, além de trabalhar a questão da reintegração do paciente, visa também prevenir a prática de novos delitos. Segundo Virgílio de Mattos (2006, p. 177):

Podemos verificar, com a observação do PAI-PJ, que o portador de sofrimento mental, antes de passar ao ato, produz diversos avisos, alguns explícitos, outros nem tanto, ao contrário do que observamos em relação aos imputáveis. Os portadores de sofrimento mental, não importando a conduta elencada como crime que eles produziram, têm a especificidade de emitir sinais claros de aviso antes de o crime ser cometido ou tentado.

De acordo com informações obtidas pelo sítio eletrônico do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, 799 pacientes já foram beneficiados pelo Programa. Chama atenção, ainda, o índice de reincidência, que fica limitado a 2%, com registros apenas de crimes de menor gravidade. Trata-se, portanto, de uma medida alternativa que vem ganhando espaço e servindo como exemplo para os demais estados da Federação.

Inspirado inicialmente na experiência mineira, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) foi instituído pelo Estado de Goiás, em 2006, e é fruto do trabalho articulado pela Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia/GO, em conjunto com diversas instituições públicas (Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Tribunal de Justiça, Procuradoria Geral de Justiça, Secretaria da Saúde do Município de Goiânia) e com as clínicas psiquiátricas instaladas em Goiânia. De acordo com o projeto (SILVA, 2013, p. 10/11),

Se a medida de segurança não tem caráter punitivo – e de direito não tem – a sua feição terapêutica deve preponderar. Eis o argumento elementar levado à mesa de discussões. Muda-se o paradigma. A questão deixa de ser focada unicamente sob o prisma da segurança pública e é acolhida definitivamente pelos serviços de saúde pública. Não será a cadeia, tampouco o manicômio, o destino desses homens e dessas mulheres submetidos à internação psiquiátrica compulsória. A imagem do sofrimento e da exclusão dos imundos depósitos de loucos – ainda recente na memória dos goianos e presente em outros cantos do país – não mais tem espaço nesta época de proteção aos direitos fundamentais dos que padecem de transtornos mentais. Será o Sistema Único de Saúde o espaço democrático de atendimento a esses pacientes.

O que se pretende, com o PAILI, é inserir o maior número possível de indivíduos submetidos à medida de segurança na rede de atenção em saúde mental, possibilitando um projeto terapêutico individualizado sem a burocracia típica do procedimento judicial.

Uma vez inserido nessa rede – que compreende os CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS, serviços residenciais

terapêuticos – os pacientes ficam sob o cuidado de médicos, possibilitando uma maior independência do tratamento. Não se pretende ignorar a existência de um processo judicial, mas possibilitar que um profissional especializado em saúde seja o responsável pelas medidas de recuperação do paciente. Esclarece Silva (2013, p. 28):

O processo de execução da medida de segurança continua jurisdicionalizado. Afinal, a medida de segurança decorre de uma sentença judicial proferida em um processo criminal e é necessariamente executada perante o juízo da execução penal. Entretanto, não é o juiz quem determina diretamente a modalidade do tratamento a ser dispensado ao paciente. O médico é o profissional habilitado a estabelecer a necessidade desta ou daquela terapia, com a fundamental colaboração das equipes psicossociais. Aliás, é a Lei da Reforma psiquiátrica que exige, em seu art. 6º, o laudo médico circunstanciado como pressuposto elementar para a internação psiquiátrica. A proteção jurisdicional é garantia constitucional do cidadão na esfera da execução penal e, na presidência do processo executivo, o juiz acompanhará o tratamento dispensado ao paciente e decidirá sobre eventuais excessos ou desvios, até final extinção da medida de segurança.

Desinternado o paciente, ou, nos casos em que a medida de segurança aplicada for, de imediato, o tratamento ambulatorial, o paciente ingressará na rede de cuidados de base territorial e comunitária. Nesse ponto, além da importância de uma rede pública de saúde estruturada, visto que a maior parte dessas pessoas não tem condições para arcar com os custos do tratamento, destaca-se o papel da família.

A família é, sobretudo, o centro da atenção psicossocial. Ainda que o paciente esteja há algum tempo em situação de isolamento, o fortalecimento de vínculos afetivos e o acolhimento em um ambiente familiar são aspectos que podem contribuir, e muito, na recuperação do indivíduo.

Michel Foucault ressalta que a imprescindibilidade dessa relação foi constatada desde o século XVII, quando foram elencadas as vantagens de se mantém o paciente em casa, quais sejam, sentimental, econômica e médica (tópico 1.3). O filósofo afirma, então, que “o lugar da cura não é o hospital, é a família” (FOUCAULT, 2014, p. 413).

Segundo Michele Cia, a desinternação progressiva supriu lacunas bem significativas nesse processo. Isso porque, não só o paciente, mas também a família poderá acompanhar todas as fases da recuperação. Em suas palavras (2011, p. 162/163):

(...) a desinternação progressiva é muito mais adequada para os familiares do indivíduo custodiado do que a forma tradicional de desinternação, eis que

estes frequentemente têm temor do comportamento do interno, que no passado praticou um fato descrito como crime, muitas vezes dentro do próprio seio familiar. Essa lenta retomada do convívio entre eles serve para a família notar as mudanças de comportamento e a melhora clínica do interno, e, é claro, para testá-lo durante esse processo. Ademais, a desinternação progressiva torna possível a efetiva responsabilização da família, que passa a compreender sua importância para o tratamento e para a ressocialização do interno.

A inserção gradual do paciente no convívio da família retoma laços afetivos e possibilita que os espaços da casa sejam reorganizados. Tal prática, contudo, deve ser acompanhada de uma assistência profissional, de modo que a família não se sinta desamparada.

Atentos a essa realidade, as autoridades italianas adotaram algumas práticas após a publicação da Lei 180, já mencionada. Conforme preleciona Karina Gomes Cherubini (1997, p. 05):

(...) em caso de crise, a família pode pedir o Tratamento Obrigatório, chamando a polícia, que leva o paciente ao centro de saúde mental, com o acompanhamento e autorização de um oficial judiciário. Uma vez passada a crise, estando o doente novamente calmo, retorna para casa. A cidade de Trieste, na Itália, é considerada um modelo internacional, pois foi a primeira a eliminar todos os seus manicômios. Mantém um centro de saúde mental com oito leitos, aberto vinte e quatro horas por dia, para cada cinquenta mil habitantes. Os pacientes são acompanhados em casa e podem ir ao centro passar a noite, uma semana ou até um mês, se necessário. Nesses centros trabalham equipes compostas por quatro psiquiatras, dois psicólogos, dois assistentes sociais e vinte enfermeiros.

No Brasil, um sistema de assistência semelhante foi instituído por meio dos CAPS. Sobre o funcionamento desses locais, esclarece Paulo Amarante (2007, p. 85/86, grifo nosso):

Os CAPS funcionam, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana (de segunda a sexta-feira). O horário de funcionamento nos fins de semana dependem do tipo de Centro: **CAPS I** – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. **CAPS II** – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas. **CAPS III** – municípios com população acima de 200.000 habitantes – funcionam 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. **CAPSi** – Atendimento de crianças e adolescentes – municípios com população superior a 200.000 habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas. **CAPSad** – Atendimento de dependência química (álcool e drogas) – municípios com população superior a 100.000 habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

Ainda que não seja, de fato, o propósito dos Centros, verifica-se que o CAPS III funciona 24 horas e oferece leitos de atendimento à crise. Não se trata, todavia, de um hospital, visto que o período de internamento deve ser curto e os leitos são posicionados em salas abertas, com acompanhamento integral de profissionais capacitados.

Superada a questão da importância do apoio da família e da necessidade de uma assistência constante à pessoa com transtorno mental, é preciso voltar os olhos para os pacientes que, por uma série de fatores, não tem a opção de retomar ao seu convívio familiar.

Via de regra, o tempo prolongado de internação rompe laços afetivos e torna o indivíduo institucionalizado um sujeito sem nome, sem identidade. A falta de documentação, situação comum entre os internos, corrobora com tal invisibilidade, de modo que se torna quase impossível encontrar vínculos familiares. Além disso, há situações que a própria família se nega a abrigar tais indivíduos, ora por entender inviável manter uma pessoa com transtorno mental em casa, ora pelo temor que ela provoca, visto que, muitas vezes, praticou delito contra membros da própria família.

Diante de tal realidade, instituiu-se por meio da Portaria n. 106 de 2000 os serviços residenciais terapêuticos, também conhecidos como residências terapêuticas. Tratam-se de locais de moradia destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. Segundo a Portaria (BRASIL, 2000):

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros).

A residência terapêutica é uma medida que vem apresentando resultados muito positivos, possibilitando aos ex-internos diferentes graus de autonomia e independência. Apresenta-se, sobretudo, como um meio alternativo à manutenção do paciente na instituição, muitas vezes justificada pela falta de vínculos com a comunidade.

Na obra “Holocausto Brasileiro”, já mencionada, Daniela Arbex relata algumas experiências de pacientes do Colônia que foram encaminhados a residências

terapêuticas. Entre elas, a jornalista destaca a trajetória de Terezinha e Sônia, internas que, após mais de 40 anos de internamento, voltaram a sentir o gosto da liberdade (2013, p. 54):

Saíram juntas do hospital, de mãos dadas, pelo portão principal do Colônia. Não olharam para trás. Quando se aproximaram da residência terapêutica onde iriam morar com outras cinco ex-internas do hospital, entraram desconfiadas. Os serviços residenciais terapêuticos são locais de moradia destinados a pessoas com longas internações que não têm possibilidade de retornar para as famílias. As duas ainda estavam com as mãos entrelaçadas, quando passaram pela varanda. Dentro da casa, havia um cheiro bom de comida. Não tiveram que se despir, não foram amarradas, nem obrigadas a tomar banhos coletivos. Nada de água gelada. Precisariam se acostumar ao privilégio da individualidade. Ter seu próprio sabonete e toalha era uma grande novidade. Sentiram-se confusas ao descobrirem que havia um guarda-roupa para cada uma. Era a primeira vez que teriam algo seu.

Aqui, cumpre observar que a demanda ainda é muito maior do que o número de locais disponíveis. Virgílio de Mattos (2006, p. 139) reafirma, nesse contexto, a necessidade de um Ministério Público ativo e um Judiciário efetivo, que determinem a construção de serviços substitutivos em saúde mental naqueles locais em que tal realidade ainda é distante. Exemplo disso é o relato apresentado pelo HCTP de Florianópolis/SC (CFP, 2015, p. 40/41):

(...) em Santa Catarina existe um movimento em curso pela criação de residências terapêuticas condição sine qua non para abrigar cerca de 30 pacientes que se encontram no Hospital de Custódia já com alta médica, porém sem destino. Estes são pacientes antigos que vivem no estabelecimento há diversos anos, razão pela qual perderam os vínculos familiares e não têm para onde ir. Esta ação vem sendo desenvolvida pelo Ministério Público Estadual e já foi exaustivamente discutida pelos serviços e entidades do Estado. No último dia 09/06/2015, a Defensora Pública Ana Carolina Dihl Cavalin, titular do 21º Ofício da Capital, propôs uma Ação Civil Pública com pedido de liminar para obrigar o Estado de Santa Catarina e o Município de Florianópolis a implantarem Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) para atender pacientes do Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP). Questionada, a Secretária Estadual da Saúde alega que já tem um estudo pronto, estipulando onde deveriam ser instaladas as residências e como seriam custeadas, faltando na verdade estabelecer verbas no orçamento do Estado, cujos recursos estariam, no momento, destinado às comunidades terapêuticas.

A transferência do paciente para uma residência terapêutica vai muito além da ideia de ressocialização, mas possibilita que o indivíduo – muitas vezes institucionalizado há 20, 30 anos – volte a compreender conceitos como lar, autonomia, comunidade. Trata-se de buscar um novo começo, de romper, de vez, com o último

aspecto da doença elencado por Foucault: o processo regressivo. Isso porque (AMARANTE, 2007, p. 90):

Os mais de trezentos anos de psiquiatria centrada no hospital psiquiátrico produziram muitas sequelas e desastres nas vidas de muitos milhares de pessoas. Quando iniciamos um trabalho de desinstitucionalização e constituição de um trabalho de saúde mental e atenção psicossocial, nos deparamos com muitas pessoas que vivem há décadas enclausuradas nessas instituições. O modelo psiquiátrico e asilar que as oprimiu reduziu-lhes as expectativas, obstruiu-lhes os projetos de vida, achatou-lhes as expressões e sentimentos.

A desinstitucionalização não é, portanto, sinônimo de desativação de leitos ou hospitais psiquiátricos, mas “(...) é um processo contínuo de invenção de novas formas sociais no lidar com a loucura, a diferença e o sofrimento humano (AMARANTE, 1997).

É, ainda, uma busca constante pela recuperação da autonomia e do autoconhecimento, visto que o sujeito enclausurado passa por tantos processos regressivos que, não raro, deixa de conhecer a si próprio.

Diante dessas constatações, é preciso destacar algo de suma importância: a desinstitucionalização não assegura o desaparecimento do transtorno. Manuel Desviat, ao discorrer sobre o tema, ressalta que esse pensamento foi até suscitado no início do processo de transformação do modelo manicomial, mas que foi, logo, ultrapassado. Em suas palavras (2015, p. 89):

Nos primórdios da reforma psiquiátrica pecou-se por um certo otimismo ao se supor que a cronicidade desapareceria junto com os muros do hospício, com o fechamento ou a transformação dos hospitais psiquiátricos e com o tratamento na comunidade. Ao contrário (...), em todos os lugares onde se realizam reformas a desinstitucionalização põe em destaque a persistência da cronicidade e a insuficiência ou a completa inadequação dos programas alternativos, sanitários e sociais. Trata-se de novas formas de cronicidade que o manicômio ocultava, bem como da persistência de um núcleo rígido – pequeno, mas irreduzível – resistente à desinstitucionalização e necessitado de um teto, de cuidados sociais e, por vezes, de assistência à saúde pela vida afora.

O mesmo ocorre, evidentemente, no âmbito da medida de segurança. O combate à precariedade e ilegalidade das sanções aplicadas ao inimputável não assegura que o infrator saia da instituição totalmente recuperado, tampouco garante que novos delitos não sejam praticados.

O que se propõe, em verdade, é o fortalecimento de recursos terapêuticos alternativos a fim de que, esgotado o prazo da sanção penal aplicada em razão da prática de um delito, não seja o inimputável devolvido à sociedade sem qualquer orientação ou acompanhamento. Nesse sentido se posiciona Michele Cia (2011, p. 104/105):

Na verdade, a lei deve sim fixar limites máximos de duração da medida, e o Estado deve, concretamente, fornecer tratamento eficiente e adequado para efetivamente possibilitar a cura ou a diminuição da periculosidade do indivíduo. Nos casos em que, apesar de todos os esforços concretos nesse sentido, o indivíduo continuar extremamente perigoso, a transferência para o tratamento público de saúde, desvinculado da execução penal, parece ser adequado, já que nem retorna o indivíduo imeditamente em sociedade, nem permite a perpetuação da intervenção penal. Certamente a situação do indivíduo não será piorada, eis que o médico do serviço público de saúde não precisará fazer o juízo impreciso da probabilidade de repetição de novos fatos típicos, mas se restringirá a considerações de ordem clínica, analisando a sociabilidade e a evolução da doença do indivíduo, e não mais o fato praticado que deu ensejo à medida de segurança, nem a periculosidade que ele representou. Essa relação precisa findar no tempo, sob pena de se desestruturar os mais importantes fundamentos de nossa ordem constitucional.

Nem sempre a humanização do tratamento resultará na cura do paciente, mormente nos casos de cronicidade da doença. Tal realidade não justifica, todavia, a indiferença e o descaso para com essas pessoas. A inserção de recursos terapêuticos visa, sobretudo, aumentar a capacidade, o nível de autonomia e a qualidade de vida do paciente, sempre sob a ótica da dignidade da pessoa humana.

A desinstitucionalização não trata apenas da desmontagem de estruturas manicomiais, mas de reconstrução de novas possibilidades de vida. Enquanto a sobrevivência do manicômio viola inúmeros direitos garantidos pela ordem jurídica nacional, a reforma psiquiátrica traz consigo uma nova oportunidade de lidar com a diversidade e garantir direitos àqueles que não tem voz para reivindicá-los.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica é um processo de desconstrução do aparato manicomial que se contrapõe ao modelo de controle e disciplina conhecido, até então, como único meio eficaz de tratamento da pessoa com transtorno mental.

No Brasil, seus preceitos ganharam espaço a partir da década de 70, consolidados por meio da promulgação da Lei 10.216/01, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e determina que a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Não obstante, sabe-se que o hospital psiquiátrico não é a única estrutura hospitalocêntrica no país. O Código Penal prevê a incidência de medida de segurança como consequência jurídica do delito praticado por um inimputável, cuja periculosidade for constatada. Em sua modalidade detentiva, referida sanção implica no encaminhamento do infrator a um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, por tempo indeterminado.

Em relação à dogmática jurídico-penal, evidencia-se que os dispositivos elencados no Código Penal destoam de princípios constitucionais e de preceitos trazidos pela Lei da reforma psiquiátrica, na medida em que, não só continuam privilegiando a internação, mas também permitem a aplicação de uma sanção perpétua e desconsideram o princípio da individualização.

Não bastasse isso, a realidade dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil é preocupante. Dados apresentados por meio do censo de 2011 e da inspeção realizada em 2015 pelo Conselho Federal de Psicologia evidenciam a falta de profissionais especializados (e, conseqüentemente, o atraso nos laudos de cessação de periculosidade), a precariedade da estrutura e a superlotação dessas instituições.

Ante o exposto, considerando que a legislação penal não contribui para a implementação de ideais reformistas, e que a incidência da medida de segurança na forma como vem sendo aplicada só agrava diagnósticos e promove mais segregação, o presente estudo vislumbra, na desconstrução do modelo penal-psiquiátrico do asilamento, uma alternativa a inclusão social do sujeito inimputável. Propõe-se, assim, que a medida de segurança seja reformulada, a fim de que aplicadores da lei, profissionais de saúde, família e comunidade possam trabalhar em conjunto em prol da reinserção do indivíduo.

Para tanto, o magistrado deve, no momento da aplicação da norma, interpretá-la de acordo com os preceitos trazidos pela Reforma, atentando-se à excepcionalidade da internação e, se necessária, aos limites máximos e mínimos de duração da medida.

Nos casos em que for indispensável a aplicação da medida de segurança detentiva, o paciente deve ser encaminhado a um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, sendo vedada a internação de pacientes em instituições com características asilares, conforme disposto no art. 4º §3º da Lei 10.216/01.

Nessas situações, ou, principalmente, nos casos em que o indivíduo já tem um tempo de internação prolongado, a desinternação progressiva vem se destacando como um instituto eficaz no momento da reinserção social. Trata-se de uma flexibilização da medida aplicada, possibilitando ao paciente – por meio de passeios pela cidade, visitas domiciliares, cursos – a diminuição da dependência com o hospital e a reconstrução de laços afetivos com a comunidade.

Uma vez desinternado, ou submetido à medida de segurança restritiva, constata-se a necessidade de um fortalecimento da rede diversificada e articulada de cuidados em saúde mental. Isso porque, muitas vezes, o retorno do inimputável à sociedade revela um Estado desestruturado, que, por ausência de políticas públicas e propostas eficazes, mantém o indivíduo em situação de desamparo e propenso à prática de delitos.

À vista disso, o trabalho buscou, por fim, evidenciar alguns programas e atores sociais imprescindíveis na reinserção do inimputável à sociedade. Retomando os aspectos descritivos da doença mental, elencados por Foucault, também os recursos alternativos foram direcionados à cultura, à história individual e ao processo regressivo.

No que tange à cultura, constatou-se que o Brasil vem sendo reconhecido mundialmente pela participação comunitária na luta antimanicomial, o que pode ser verificado a partir de músicas, eventos e programas. Além disso, o Projeto de Lei 5.907/16, do deputado Francisco Floriano (DEM-RJ), representa um avanço importante no que tange à compreensão da pessoa com transtorno mental como um cidadão independente, na medida que inclui entre seus direitos o transporte público gratuito, a reserva de vagas de emprego e a proteção contra a discriminação.

Na sequência, destacou-se mais uma vez a importância de analisar o sujeito a partir de suas particularidades, de sua história individual. Nessa linha de raciocínio, dois programas vêm mostrando um avanço no âmbito da aplicação da medida de

segurança no Brasil, quais sejam: o PAI-PJ, de Minas Gerais, e o PAILI, de Goiás. Ambos ressaltam a importância de promover um acompanhamento individualizado durante o tratamento do sujeito inimputável, enfatizando o que, de fato, é prioridade na execução da medida: a recuperação do sujeito.

O retorno ao convívio familiar e a reestruturação desses laços afetivos são, também, medidas de extrema relevância no processo de reinserção social. Nesse ponto, fica evidente a necessidade de fortalecimento da rede de cuidados de saúde mental, visto que a assistência em caso de crises é também uma forma de incentivar a família a acolher essas pessoas, muitas vezes abandonadas à própria sorte.

Nesse contexto, inclusive, é preciso voltar os olhos para aqueles que, institucionalizados há muito tempo, não possuem mais vínculos com a sociedade. Para tais situações, instituíram-se as Residências Terapêuticas, locais de moradia destinadas a pessoas com transtornos mentais impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. O projeto visa recuperar a autonomia e independência dos internos, que voltam, gradativamente, a compreender conceitos como lar e comunidade.

Enfim, o último aspecto analisado diz respeito ao processo regressivo da doença. Como se sabe, a substituição de comportamentos mais complexos por comportamentos simples é um processo comum durante a verificação do transtorno, que pode ser identificado a partir da preeminência das reações automáticas, da sucessão constantemente desfeita e desordenada dos comportamentos e da forma explosivas das reações emocionais.

Tais características, somadas à precariedade das estruturas hospitalocêntricas, à falta de um tratamento adequado e ao isolamento da comunidade podem ser agravados, a ponto de se tornarem irreversíveis.

Nessas situações, é preciso compreender que a humanização do tratamento nem sempre resultará na cura do paciente, mormente nos casos de cronicidade da doença. Tal realidade não justifica, todavia, a indiferença e o descaso para com essas pessoas. Ao contrário, busca-se nos recursos terapêuticos alternativos o aumento da capacidade, do nível de autonomia e da qualidade de vida do paciente.

A superação do manicômio vai muito além da superação da estrutura física, mas envolve uma série de procedimentos e convicções que ainda encontram, na segregação, uma possibilidade de higienização social. Não se trata apenas de desinstitucionalizar, mas de direcionar um novo olhar à loucura, à diferença e, sobretudo, ao sofrimento humano.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA JÚNIOR, João Cauby de. Arenas de produção de políticas públicas: a nova política nacional de saúde mental. **Revista Direito GV**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 659-680, jul. 2013. ISSN 2317-6172. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/re-direitogv/article/view/21448/69565>>. Acesso em 13 Agosto de 2017.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil In: **Psiquiatria Social e Reforma psiquiátrica**. Organização: Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84

_____. (Coord.) **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma psiquiátrica Brasileira In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. Organização: Sônia Fleury; São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163 – 186.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial 2013.

BANDEIRA, Regina. Mutirões vão fiscalizar atendimento em hospitais de custó-dia. **Agência CNJ de Notícia**, 2012. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/mnrg>> Acesso em 21 set. 2017.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BARROSO, Luis Roberto. Fundamentos teóricos e filosóficos do novo direito constitucional brasileiro: pós-modernidade, teoria crítica e pós-positivismo. **Revista de Direito Administrativo**. Rio de Janeiro, n. 225. p. 24-33. jul./set. 2001.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Tradução Heloisa Jahn. - Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BENEDICT, Ruth. **Padrões de Cultura**. Tradução: Alberto Candeias. Lisboa: livros do Brasil, 2000.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal, volume 1: parte geral – 14. Ed – São Paulo : Saraiva, 2009.**

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890. **Promulga o Código Penal**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm> Acesso em 20 jul 2017.

_____. Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903. **Reorganiza a Assistência a Alienados**. Disponível em < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>> Acesso em 21 jun. 2017.

_____. Decreto n. 8.550, de 3 de janeiro de 1946. **Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional**. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8550-3-janeiro-1946-416491-publicacaooriginal-1-pe.html> > Acesso em 25 set. 2017.

_____. Decreto-Lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941. **Código de Processo Penal**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm > Acesso em 12 abril 2017.

_____. Lei de 16 de Dezembro de 1830. **Código Criminal do Império do Brasil**. Secretaria de Estado dos Negócios da Justiça aos 8 dias do mês de Janeiro de 1831. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm>. Acesso em: 22 set. 2017.

_____. Lei 7.210, de 11 de julho de 1984. **Institui a Lei de Execução Penal**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm > Acesso em 10 abril 2017.

_____. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em 15 maio 2017.

_____. Lei 9.455, de 7 de abril de 1997. **Define os crimes de tortura e da outras providências**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9455.htm > Acesso em 27 set 2017.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Sistema penitenciário no Brasil: dados consolidados**. Brasília, DF. 2007. Disponível em: < <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisonal/anexos-sistema-prisonal/dadosconsolidados2006.pdf/view>> Acesso em 10 set. 2017.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Sistema penitenciário no Brasil: dados consolidados**. Brasília, DF. 2008. Disponível em: < https://www.oas.org/dsp/Observatorio/Tablas/Brasil/Brasil_Sistema_Carcelario_DadosConsolidados_2003-2007.pdf> Acesso em 10 set. 2017.

_____. Ministério da Justiça. Resolução nº 05, de 4 de maio de 2004. **Dispõe a respeito das diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001**. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica->

penal/arquivos/reintegracao-social-1/anexos-reintegracao-social/2004resolu05.pdf/view> Acesso em 03 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Justiça. **Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico : Relatório Final.** Brasília, setembro de 2002. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Rel_Sem_Reo_Hosp_Custodia.pdf> Acesso em 18 set 2017.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial n. 628, de 2002.** Disponível em <<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/Suvisa/doc/DOC000000000024997.PDF>> Acesso em 30 set 2017.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Justiça. **Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000.** Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>> Acesso em 15 jan 2018.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula 527.** O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/sumulas/doc.jsp?livre=%40docn&&b=SUMU&p=true&t=&l=10&i=15>> Acesso em 15 jun. 2017.

_____. Supremo Tribunal Federal. **RE: 628646 DF,** Relator: Min. CÁRMEN LÚCIA, Data de Julgamento: 26/08/2010, Data de Publicação: DJe-166 DIVULG 06/09/2010 PUBLIC 08/09/2010. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28RE%24%2ESCLA%2E+E+628646%2ENUMER%2E%29+NAO+S%2EPRES%2E&base=baseMonocraticas&url=http://tinyurl.com/mncscfg>> Acesso em 10 jul 2017.

BUSATO, Paulo César. Intersecções entre psicologia forense e direito penal: entre loucos e culpáveis. In **Direito e justiça: estudos em homenagem a Gilberto Giacoia**. Eduardo Salomão Cambi, Alencar Frederico Margraf (Org). Curitiba : Ministério Público, 2016.

CARDOSO, Danilo Almeida; PINHEIRO, Jorge Augusto de Medeiros. **Medidas de segurança: ressocialização e dignidade da pessoa humana** – Curitiba: Juruá, 2012.

CARRARA, Sérgio Luis. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. In **Rev Bras. Crescimento Desenvolv Hum.** 2010; 20(1): p. 16-29.

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

CHERUBINI, Karina Gomes. **Modelos Históricos de Compreensão da Loucura: da antiguidade clássica a Philippe Pinel**. 1997. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Programa de Especialização Em Ciências Penais) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

CIA, Michele. **Medidas de segurança no Direito Penal Brasileiro: a desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal**. São Paulo. Editora Unesp, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios: Relatório Brasil** – Brasília: CFP, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. **Direitos Humanos: uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras**. Brasília: CFP/OAB, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução n. 113, de 20 de abril de 2010**. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Portal CNJ. Brasília, 2010. Disponível em: < http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/resolucao/rescnj_113.pdf > Acesso em 04 jan. 2018.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Sentença de 04 de julho de 2006, série C, n. 149, par. 5, p. 03**. Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf> Acesso em 10 jun. 2017.

CREMESP. **Hospital de custódia: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo**. Organização de Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma psiquiátrica**; tradução de Vera Ribeiro. 2ª ed –Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DIAS, Jorgue de Figueiredo. **Temas básicos da doutrina penal**. Coimbra: Coimbra Editora, 2001.

DINIZ, Débora. **A Casa dos Mortos**. 23 min. Disponível em: <<http://www.acasadosmortos.org.br>> Acesso em: 18 jul. 2017.

_____. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011**. Brasília : LetrasLivres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2001.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito** – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos**. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. MOTTA, Manoel Barros da (Org.). Tradução de Vera Lúcia Avelar Ribeiro. 3ª ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014, v.1.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e Psicologia**. Tradução Hélder Viçoso. 2ª ed – Lisboa Texto & Grafia, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na idade clássica**. São Paulo : Perspectiva, 2014.

FREGONEZI, Eliane Hetzel. **Adquirindo uma nova cidadania: estudo do preparo do doente mental para viver na comunidade**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução Dante Moreira Leite. São Paulo : Perspectiva, 2015.

GOMES, Luiz Flávio. Duração das medidas de segurança In **Revista dos Tribunais**. Volume 663, 1991.

GOMES, Luiz Flávio; MOLINA, Antonio García-Pablos de. **Direito penal: parte geral**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

JORGE, Marco Aurelio Soares. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de Mestre — Rio de Janeiro : s. n., 1997. 111p.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: PUC-RS, 2007.

LYRIO, Alexandre; UCHÔA, Victor. **Alvo de vistoria do CNJ, Hospital de Custódia está com estrutura precária**. Jornal Correio. 2012. Disponível em: <

<http://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/alvo-de-vistoria-do-cnj-hospital-de-custodia-esta-com-estrutura-precaria/> > Acesso em 16 out 2017.

MACHADO, **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro : Edições Graal, 1978.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e Psiquiatria: Uma saída: Preliminares para a desconstrução das medidas de segurança** – Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MAZZUOLI, Valério de Oliveira. A PROTEÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS E O DIREITO INTERNACIONAL DO MEIO AMBIENTE. **Argumenta Journal Law**, Jacarezinho - PR, n. 9, p. 159-186, fev. 2013. ISSN 2317-3882. Disponível em: <<http://seer.uenp.edu.br/index.php/argumenta/article/view/117>>. Acesso em: 15 set. 2017.

_____. **Curso de direito internacional público**. 9º ed. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2015.

MINAS GERAIS, Tribunal de Justiça. **Resolução n. 633/2010**. Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa Novos Rumos, no âmbito do Tribunal de Justiça, e sua implementação em todas as comarcas do Estado de Minas Gerais. Disponível em: < <http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/re06332010.PDF> > Acesso em 15 janeiro de 2018.

OLIVEIRA, Rivana Barreto Ricarte de. **Aplicação da medida de segurança de internação aos portadores de transtornos mentais, em face do princípio da dignidade da pessoa humana: o caso da cidade Rio Branco** – AC. Dissertação – Universidade Federal da Paraíba/. João Pessoa, 2012.

PESSOTTI, Isaias. Sobre a teoria da loucura no século XX. In **Temas em Psicologia**. 2006, Vol. 14, n 2, 113-123.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. 3ª ed. – São Paulo: Saraiva, 2009.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, vol. 16, n 12, p. 4.570 – 4.589.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Rev. direito GV**. São Paulo, 2017, v. 13, n. 2, p. 628-652.

PONTE, Antonio Carlos da. **Inimputabilidade e processo penal** – 3. ed. – São Paulo : Saraiva, 2012.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

QUEIROZ, Valéria Debórtoli de Carvalho. **“Entre o passado e o presente: a prática profissional do Assistente Social no campo da saúde mental”**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2009. Disponível em: <<http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/acessoConteudo.php?nrseqoco=50453>> Acesso em 20 agosto 2017.

REALE JÚNIOR, Miguel. **Instituições de direito penal** – Rio de Janeiro. Forense, 2012.

ROTTERDAM, Erasmus de. **Elogio da Loucura**. Tradução Ciro Mioranza – São Paulo : Lafonte, 2012.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto n. 46.046, de 23 de agosto de 2001**. Disponível em: < <https://www.al.sp.gov.br/norma/3443> > Acesso em 10 janeiro 2018.

SILVA, JOSÉ AFONSO DA. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 35º ed. São Paulo: Malheiros, 2012.

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

SUMARIVA, Paulo Henrique de Godoy. O direito penal e a dignidade da pessoa humana In **Ensaio sobre Direitos fundamentais e Inclusão social**. Dirceu Pereira Siqueira e Henry Atique (org.). 1ª ed. Birigui, SP : Boreal Editora, 2010.

TOLEDO, Francisco de Assis. **Princípios básicos de direito penal**. 5. ed. – São Paulo : Saraiva, 2007.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001 .

TORRES, Aline. **Pacientes de hospitais de custódia vivem drama em Santa Catarina**. Notícias do Dia. Florianópolis, 2014.

VENTURINI, Ernesto. **A linha curva: o espaço e o termo da desinstitucionalização**. Tradução de Nilson Moulin – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

VIANA, Itana; SOUZA, Luis Eugenio de. Como são tratados os doentes mentais infratores? Periculosidade, medida de segurança e Reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 161--176, mar. 2013. ISSN 2316-9044. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/694>>. Acesso em: 23 out. 2017.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **Entre silêncios e invisibilidades: os sujeitos em cumprimento de medida de segurança nos manicômios judiciais brasileiros**. Tese de doutorado apresentada no curso de Pós- graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

WENSEL, Hans. **O novo sistema jurídico-penal: uma introdução à doutrina da ação finalista**. Tradução Luiz Regis Prado. 4ª ed – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2015.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro: parte geral**. 6ª ed – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais 2006.