



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

O ILUMINISMO TARDIO NO CEMITÉRIO DOS VIVOS:
O MANICÔMIO JUDICIÁRIO NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA
BRASILEIRA

Waldeci Gomes Confessor Júnior

Natal/RN
2018

Waldeci Gomes Confessor Júnior

O ILUMINISMO TARDIO NO CEMITÉRIO DOS VIVOS:
O MANICÔMIO JUDICIÁRIO NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA
BRASILEIRA

Dissertação elaborada sob orientação da Profa. Dra. Magda Dimenstein e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Natal/RN

2018

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes -
CCHLA

Confessor Junior, Waldeci Gomes.

O iluminismo tardio no cemitério dos vivos: o manicômio judiciário no contexto da reforma psiquiátrica brasileira / Waldeci Gomes Confessor Junior. - 2018.

155f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Natal, RN, 2018.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Magda Diniz Bezerra Dimenstein.

1. Confinamento compulsório. 2. Manicômio judiciário. 3. Reforma psiquiátrica brasileira. 4. Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento de Natal (UPCT). I. Dimenstein, Magda Diniz Bezerra. II. Título.

RN/UF/BS-CCHLA

CDU 343.268:159.9.01

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação “O iluminismo tardio no cemitério dos vivos: o manicômio judiciário no contexto da reforma psiquiátrica brasileira”, elaborada por Waldeci Gomes Confessor Júnior, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Natal/RN, 22 de março de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein _____

Profª. Dra. Simone Mainieri Paulon _____

Prof. Dr. Rafael de Albuquerque Figueiró _____

Aqui, no hospício, com as suas divisões de classes, de vestuário, etc., eu só vejo um cemitério: uns estão de carneiro e outros de cova rasa (Lima Barreto).

Agradecimentos

À professora Magda Dimenstein, pelas orientações, paciência e atenção ao longo de todo esse processo, mas, sobretudo por ter, desde o início, acreditado nesse trabalho;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em especial Jáder Leite e Cândida Dantas, que, junto à base de pesquisa Modos de Subjetivação, Políticas Públicas e Vulnerabilidades, conduziram discussões de assuntos que se refletem nessa pesquisa;

Aos professores leitores Rafael de Albuquerque Figueiró e Simone Mainieri Paulon, pelas orientações e contribuições preciosas feitas por ocasião dos seminários de qualificação e defesa pública da dissertação;

Aos colegas de mestrado, particularmente aos amigos Eliane Lucas, Jobson Vital, Ezra Corrêa e Isabelle Primo, pelos momentos de convivência e auxílio mútuo. Sem vocês, tudo seria muito mais difícil;

À colega Ana Maux, que foi o auxílio da primeira hora, orientando meus passos quando o mestrado ainda era apenas um sonho distante;

Aos servidores da Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento de Natal, especialmente à vice-diretora Julliane Soares, que gentilmente me abriu as portas do manicômio;

Aos servidores da Vara de Execuções Penais de Natal, pela boa vontade com que me receberam e auxiliaram no acesso aos processos relacionados aos internos da Unidade;

Aos colegas da 6ª Vara Criminal. A tolerância e paciência de vocês para comigo possibilitaram esse trabalho;

À Bárbara Danielle, pelo amor, paciência e incentivo constante na minha vida. Tê-la junto ao coração será sempre minha maior conquista;

À minha pequena Bianca. O brilho de seus olhos foi, desde o início, minha maior motivação!

A todos, o meu muito obrigado!

Sumário

Resumo.....	viii
Abstract	ix
Introdução	10
Capítulo 1. Confluência entre o direito penal e a psiquiatria	20
1.1. A contenção das massas marginalizadas a partir do sistema punitivo	20
1.2. As prisões da psiquiatria.....	31
1.3. “Meu Deus, ajude-me a sobreviver a este amor mortal”	38
Capítulo 2. O manicômio judiciário no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.	47
2.1. O processo de reforma psiquiátrica no Brasil	47
2.2. Os desafios atuais da reforma psiquiátrica.	52
2.3. O lugar do manicômio judiciário na reforma psiquiátrica	56
2.4. Desconstruindo a “Casa Verde”: experiências de superação do HCTP.....	63
Capítulo 3. Explicando a pesquisa.	69
3.1. Instrumentos utilizados	74
3.1.1. Roteiro de observação	75
3.1.2. Roteiro de entrevistas semiestruturadas:	76
3.1.3. Roteiro de análise das peças processuais	76
Capítulo 4. A unidade psiquiátrica de custódia e tratamento psiquiátrico de Natal.	77
4.1. O hospital-prisão	77
4.2. O que dizem os autos processuais	88
4.2.1. Situação jurídica e diagnóstica dos internos.....	91
4.3. Dialogando com os operadores do sistema	99
4.3.1. As entrevistas com os juízes criminais	101
4.3.2. A entrevista com a psiquiatra.....	115
Considerações finais.....	121
Referências.....	136
Apêndices.....	146

Resumo

Esta pesquisa analisa os saberes e práticas dos operadores do direito e da psiquiatria que contribuem para o distanciamento da Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento de Natal (UPCT), única instituição destinada ao cumprimento de medida de segurança de internação compulsória no Rio Grande do Norte, dos princípios que orientam o processo de reforma psiquiátrica brasileira. Problematiza a justaposição dos fenômenos da loucura e da criminalidade e o reclamo histórico por políticas públicas que se fundamentam no enclausuramento de vidas em nome de um ideal de segurança pública. A partir da análise da centralidade que medidas custodiais passaram a ocupar no direito penal e na psiquiatria e pautando-se nos postulados da Análise Institucional, propõe uma discussão acerca dos desafios atuais da instituição frente ao novo delineamento da Política Nacional de Saúde Mental, introduzida pelo processo de elaboração crítica e prática da reforma psiquiátrica. Metodologicamente, a pesquisa adotou uma perspectiva qualitativa, utilizando-se uma estratégia de observação da realidade institucional, com a qual se coletou dados atualizados acerca das condições de funcionamento da UPCT. Em seguida, procedeu-se a análise de autos processuais relativos aos internos da instituição, através da qual foram verificados os argumentos que fundamentam a aplicação da medida de internação compulsória. Por fim, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com alguns juízes criminais da capital e com a médica psiquiatra responsável pela instituição, onde se descortinou a interface do campo da saúde mental com a justiça. A partir dos analisadores que emergiram da leitura dos dados construídos no campo, observaram-se as linhas de forças que atuam nesse dispositivo e que o fazem permanecer resistente ao processo de reorientação no campo da atenção psicossocial. Os resultados demonstram como os saberes e práticas se articulam e atravessam o espaço asilar, moldando-o como um conjunto molar enrijecido e praticamente indiferenciado de outras estruturas prisionais comuns, diante da falência completa de um projeto terapêutico direcionado ao louco infrator.

Palavras-chave: periculosidade, manicômio judiciário, reforma psiquiátrica, internação compulsória.

Abstract

The research analyze the knowledge and practice of operators of laws and psychiatry in relation of Custody and Treatment Psychiatric Unit (UPCT in Brazilian Portuguese), the only institution directed to the compliance of security measures of compulsory internment in Rio Grande do Norte, from the principles that guide the process of psychiatric Brazilian reform. It problematizes the juxtaposition of the phenomena of madness and criminality and the historical claim for public policies that base itself in the enclosure of lives in the name of a public safety ideal. From the analysis of centrality of custody's measures began to occupy in penal law and in psychiatry and ruled on Insitutional Analysis postulates, propose a discussion about the present challenges of the institution in front of the new sketch of Mental Health National Policies, introduced by the process of critic elaboration and the practice of psychiatric reform. Methodologically, the research adopted a qualitative perspective, it uses an observation strategy of the institution reality, from this one was collected updated data about the functioning conditions of the UPCT. Subsequently, it proceeded the analysis of related process files of the institutional residents, through that, it was verified the arguments that base the application of compulsory internment measures. At last, semi structured interviews were performed, with the criminal judges from the capital and with the psychiatrist responsible for the institution, where the interface of the field of mental health was uncovered by justice. From the analyzers emerged from the data reading build on the field, strong lines that act in this device was noticed, that remain resistant to the process of reorientation in the field of psychosocial attention. The results illustrate how the knowledge and practice articulate and pass through the asylum space, shaping it like a stiffened molar set and practically non different of the regular prison structures, faced with the total failure of the therapeutics projects directed to the insane transgressor.

Keywords: dangerousness, judiciary asylum, psychiatric reform, compulsory internment

Introdução

Os manicômios judiciários constituem, em pleno século XXI, as portas de entrada para o asilo. Concebidos como espaços destinados a abrigar pessoas acometidas de transtornos mentais em conflito com a lei, representam os últimos redutos de asilamento que tangenciam o processo de reforma psiquiátrica brasileira, nos quais se abrigam, segundo dados divulgados pelo Conselho Nacional de Justiça, 3.425 pessoas, distribuídas em 23 estabelecimentos por todo o país (Ministério da Justiça, 2014), no âmbito de um sistema penitenciário que caminha em franco processo de deterioração em nível nacional.

Costuma-se apontar que, sob o influxo dos ideais iluministas, Philippe Pinel desacorrentou os loucos do hospício Bicêtre, na França do fim do século XVIII. No Brasil da atualidade, esses mesmos ideais demoram a soprar em um *locus* específico, situado no seio do sistema de execução penal do país, que se transformou em verdadeiro cemitério dos vivos, conforme a feliz definição do escritor Lima Barreto (1993), que assim denominava o hospital psiquiátrico. Esses dispositivos, previstos em lei como proposta de resolução do problema do louco infrator, constituem, portanto, verdadeiros desafios éticos frente às inovações introduzidas pela Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que estabeleceu um novo paradigma de atenção às demandas em saúde mental no país.

Estabelecidos na legislação penal brasileira, seja nos artigos 41 e 96, inciso I, do Código Penal; seja nos artigos 150, 152, § 1º, 682 e 775, inciso II, do Código de Processo Penal; seja ainda no artigo 99 da Lei de Execução Penal, possuem função eminentemente

asilar, pois idealizados para que neles se cumpra a função principal de internação dos agentes em sofrimento mental e colhidos pelo aparato jurídico-penal.

Nos últimos anos, os manicômios judiciários têm despertado maior interesse da comunidade científica, sobretudo após a realização, entre os meses de abril e junho de 2015, de inspeções nessas instituições, realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia, Ordem dos Advogados do Brasil e Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde, que descortinaram, em todo o país, uma realidade dura e bastante preocupante, principalmente no que se relaciona ao cenário de afronta aos direitos e garantias fundamentais dos internos, à semelhança do que se verifica em outros estabelecimentos componentes do sistema de execução penal brasileiro, cuja realidade vem sendo objeto de constante avaliação pelos órgãos responsáveis pelo sistema prisional brasileiro.¹

A partir dessas considerações, podemos afirmar que esta pesquisa surge motivada pelo interesse em esquadrihar a realidade do manicômio judiciário, em âmbito local, sobretudo em um momento em que as mazelas do sistema penitenciário se configuram como produto de uma política que, ao longo dos anos, deliberadamente diminuiu o Estado social e estimulou demasiadamente a expansão do Estado policial.

Refletindo sobre o agigantamento das prisões ocorrido na virada do século XX, Abramovay e Batista (2010) apontam que no curso de evolução de um modelo liberal de Estado, o Direito penal foi frequentemente convocado a ocupar o lugar de garantidor da estabilidade social e principal instrumento de política criminal. O vertiginoso processo de

1 Maiores informações acerca da realidade penitenciária podem ser obtidas no Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN, dezembro de 2014. Disponível em: http://www.http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/documentos/infopen_dez14.pdf

inflação legislativa em matéria penal, verificada no Brasil, especialmente a partir da promulgação da Constituição da República de 1988, demonstra claramente esse fenômeno. Parece bastante evidente que essas ações são parte da formação de uma cultura autoritária que naturalmente repercute na forma com que o Estado aplica o Direito.

Contudo, é de se notar que, em meio a uma crise bastante clara do sistema prisional brasileiro, cujos meios de comunicação de massa expõem largamente as vicissitudes da política de segurança pública em diversas entidades da federação, a discussão sobre os rumos do sistema penitenciário nacional parece desconsiderar o problema dos manicômios judiciários. Não se verifica a implementação de ações efetivas que signifiquem modificação da realidade dos internos nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico do país, o que nos sugere que a crise no sistema carcerário atualmente em evolução, de alguma maneira, acentua a invisibilidade dos internos e interrompe o processo de revelação da realidade dessas instituições, contribuindo, certamente, para maior vulnerabilidade da população a elas submetida.

No centro desta pesquisa está, portanto, o manicômio judiciário de Natal, criado no ano de 1997, gestado em meio (e a despeito) dos debates acerca da necessidade da adoção de outras formas de lidar com a loucura, que culminaram com o advento do marco legal do processo de reforma psiquiátrica brasileira, a Lei “Paulo Delgado”. No entanto, antes de tratar do meu objeto de pesquisa propriamente dito, julgo importante tecer algumas considerações acerca das minhas inquietações, daquilo que me motivou e me conduziu ao problema.

No caso desta investigação, é possível dizer que nasce ao mesmo tempo de uma constatação e de um espanto. A constatação de um psicólogo que se aventurou numa incursão nas ciências jurídicas (e que me rendeu, mais tarde, a graduação em Direito), de que a edição

da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 indiscutivelmente alterara a legislação que dispunha sobre o manicômio judiciário e seu funcionamento, calcado na prática eminentemente asilar. Espanto, de perceber que, não obstante aquela convicção tão bem estabelecida em minha mente, de que diversos dispositivos legais deveriam estar derogados pela nascente lei, nada se alterara na realidade dos internos, que seguiam invisíveis dentro do processo de reforma psiquiátrica no Brasil e esquecidos no interior do sistema de execução penal.

Assim, embora as discussões acerca da reforma psiquiátrica e seus rebatimentos sociais não me fossem de todo desconhecidas, somente ao final de uma segunda graduação universitária e mais especificamente após meu ingresso no serviço público, como servidor do Poder Judiciário estadual, diante da possibilidade de acompanhar alguns processos criminais instaurados perante pessoas posteriormente declaradas inimputáveis, é que fui completamente tomado de inquietude com a questão do paciente judiciário e a necessidade de compreender a realidade do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico de Natal, buscando entender, no contexto local, os mecanismos, os saberes e as práticas responsáveis pela sobrevivência dessa instituição em pleno século XXI.

A relevância da pesquisa, portanto, reside exatamente na perspectiva de se aprofundar a análise crítica desse estabelecimento, perscrutando os discursos que contribuem para o seu distanciamento da Política Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial proposta no âmbito do Sistema Único de Saúde, sobretudo em um contexto em que se evidencia cotidianamente a derrocada das estratégias de ressocialização que possuem como fundamento práticas de reclusão, confinamento e exclusão do ser humano.

Diante disso, a investigação norteou-se pelo objetivo geral de analisar os saberes e práticas dos operadores do direito e da psiquiatria em relação ao Hospital de Custódia e

Tratamento Psiquiátrico de Natal, no contexto reforma psiquiátrica brasileira, estabelecida a partir da vigência da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Como objetivos específicos apontam-se:

1. Analisar os argumentos que fundamentam as medidas de internação compulsória constante dos autos processuais, do ponto de vista jurídico e psiquiátrico;
2. Investigar junto às autoridades judiciárias, responsáveis pela aplicação da medida de segurança de internação compulsória; e os profissionais da psiquiatria responsáveis pelo HCTP de Natal, os efeitos da Lei nº 10.216/2001 no cotidiano local, bem como as dificuldades encontradas para a sua real efetivação;
3. Investigar eventuais soluções viáveis para o problema do Manicômio Judiciário frente ao imperativo da desinstitucionalização imposta pelo processo de reforma psiquiátrica brasileira.

Para tanto, a pesquisa adotou uma perspectiva qualitativa, importante para a compreensão dos valores culturais e das representações que envolvem o problema. Como perspectiva teórico-metodológica, utilizou-se o pensamento da escola francesa da análise institucional, na perspectiva de construção de um espaço de problematização no qual seja possível observar as relações de saber-poder que compõem o manicômio judiciário.

Propôs-se, assim, a operacionalização da pesquisa em três etapas. Primeiramente, com a finalidade de coletar dados acerca das condições de funcionamento do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Natal, sobretudo no que concerne ao número de internos, ao número de profissionais que compõem a equipe profissional da instituição, às condições de

infraestrutura do local, ao tempo médio de permanência dos internos, entre outras informações, aplicou-se uma estratégia de observação da realidade institucional, que permite um contato direto com o fenômeno pesquisado, registrando-se dados em roteiro. Para essa primeira etapa, foi solicitada à Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania a autorização para ingresso na instituição, órgão a que a unidade psiquiátrica de custódia se vincula.

Em seguida, com o objetivo de proceder à análise dos argumentos que fundamentam a aplicação da medida de segurança de internação compulsória, implementou-se uma etapa de verificação de autos processuais em tramitação perante a Vara de Execuções Penais de Natal, a fim de compreender os pressupostos para a fixação da medida de segurança detentiva, sobretudo daqueles processos que tenham sido instaurados no período compreendido entre o ano de 2001, ano da edição da lei de reforma psiquiátrica brasileira (Lei nº 10.216/2001), até os dias atuais, centralizando-se nas sentenças de absolvição proferidas, curiosamente denominadas “impróprias”, e nos laudos de sanidade mental confeccionados pelos órgãos oficiais auxiliares da justiça, que atestaram a inimputabilidade penal dos agentes, com destaque para os diagnósticos estabelecidos. O intuito dessa análise foi extrair os principais argumentos que amparam a aplicação da medida de segurança de internação compulsória, materializando certos discursos de poder (jurídico e psiquiátrico), que estabelecem o destino do interno.

Finalmente, com o propósito de investigar os efeitos da Lei nº 10.216/2001 no cotidiano local, bem como as dificuldades encontradas para a sua real efetivação, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com sete juízes criminais estaduais da capital, incluindo a autoridade judiciária responsável pelo sistema de execução penal e a profissional em psiquiatria responsável pela instituição.

No que se relaciona ao número de participantes das entrevistas, tratando-se de pesquisa qualitativa, em que mais relevante o aprofundamento e a abrangência da compreensão do objeto pesquisado, não houve o estabelecimento *a priori* de um critério numérico. A intenção inicial era realizar as entrevistas com as dezenove (19) autoridades judiciárias estaduais responsáveis pelas varas criminais da capital, excluindo-se aqueles titulares dos Juizados Criminais, cuja aplicação de medida de segurança envolve a instauração do procedimento que se incompatibiliza com o rito sumaríssimo adotado por aqueles juízos especiais. No entanto, houve uma grande recusa por parte dos agentes públicos em participar da investigação, recusa que muitas vezes não se traduzia de forma direta e que será problematizada posteriormente, de modo que se reduziu enormemente o número de entrevistas efetivamente realizadas. Do ponto de vista ético, foi colhida a anuência dos participantes, mediante a assinatura de termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Do mesmo modo, a única profissional de psiquiatria responsável pelo atendimento aos internos da Unidade de Custódia da capital, foi entrevistada, adotando-se o mesmo procedimento ético.

A reflexão contida nesta pesquisa se situa na intersecção entre dois campos do conhecimento humano. Portanto, necessário esclarecer que determinados conceitos são adotados como sinônimos, embora não se ignore a existência de controvérsias a envolvê-los. É o caso dos termos “doença mental” e “loucura”, que são tomados como equivalentes ao longo do trabalho, para expressar uma categoria construída em oposição à racionalidade, no processo que possibilitou o advento da psiquiatria. O mesmo se dá com as expressões “manicômio judiciário” e “hospital de custódia e tratamento psiquiátrico”. Aliás, esta última denominação, por se tratar de modificação meramente retórica, introduzida pela reforma da

parte geral do nosso Código Penal, de 1984, é menos utilizada, preferindo-se a primeira expressão, por ser mais demonstrativa do caráter asilar que lhe é inerente.

Essa dissertação é composta por cinco capítulos, subdivididos em seções. No primeiro, discute-se, em três seções, a convergência de dois instrumentos de controle social que coexistem no manicômio judiciário e moldam o funcionamento institucional, que são o direito penal e seu equipamento punitivo de um lado, e a psiquiatria e sua lógica ainda centrada na perspectiva asilar, de outro. Para tanto, traça-se um painel histórico do advento do aparato jurídico punitivo, na perspectiva de institucionalização de um direito penal que, por estar estreitamente ligado aos desdobramentos do campo econômico e, especificamente ao modo como o Estado brasileiro foi formado, se converteu em poderoso instrumento de contenção das massas. Em seguida, aborda-se a questão da estruturação da psiquiatria enquanto estratégia de controle baseada no enclausuramento e constrangimento do sujeito. Na terceira seção, reflete-se acerca da confluência desses instrumentos de controle social na ordenação do manicômio judiciário enquanto projeto que veicula determinados discursos de poder e práticas de tal ordem que o mantém distanciado dos princípios que informam o projeto de reforma psiquiátrica em curso no país.

No capítulo seguinte, aborda-se o problema do manicômio judiciário no contexto do processo de reforma psiquiátrica em curso no Brasil. Para tanto, traça-se um breve histórico do movimento de reforma psiquiátrica no plano nacional, até o momento presente, destacando os principais desafios atuais dessa dinâmica, ao tempo em que situa o manicômio judiciário como um dos grandes entraves (senão o maior) do avanço da proposta de reorientação no campo da saúde mental.

O Capítulo 3 é constituído pela explicação da pesquisa, que inclui o delineamento do percurso metodológico, com o detalhamento das estratégias escolhidas para a realização do estudo, dos instrumentos utilizados, bem como as principais dificuldades encontradas quando de sua operacionalização em campo.

No quarto capítulo apresenta-se a execução das etapas da pesquisa, expondo os dados construídos em campo. Inicia-se pela apresentação de um painel atualizado acerca da Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento de Natal, a partir dos dados obtidos na observação do cotidiano institucional, isto é, coletados *in loco*, o que permitiu exibir a instituição com base naquilo que se pôde apreender de seu funcionamento, seja de forma direta, seja a partir dos diálogos mantidos com os trabalhadores da instituição. Partindo da constatação de sua desconexão com a rede pública de saúde e com a rede de atenção psicossocial, mesclou-se a apresentação dos dados com discussões acerca do papel do manicômio judiciário na atualidade, no contexto local e suas perspectivas.

O capítulo reserva uma subseção destinada a formular uma composição da análise dos argumentos que sustentam as práticas institucionais, consistentes no discurso jurídico e psiquiátrico que puderam ser extraídos a partir da verificação direta dos autos processuais relacionados aos internos da Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento, em tramitação perante a vara de execuções penais da capital. Subdividida em duas partes, sendo a primeira destinada a analisar a situação jurídica e diagnóstica dos internos, reflete-se acerca das linhas de forças que atravessam o manicômio judiciário e que contribuem para o seu distanciamento dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

Por fim, apresenta a etapa de operacionalização das entrevistas realizadas junto às autoridades judiciárias titulares de algumas varas criminais da capital, bem como à

profissional de psiquiatria responsável pelo serviço, com o intuito de verificar os eventuais efeitos da Lei nº 10.216/2001 no cotidiano local, assim como as dificuldades encontradas para a sua real efetivação, destacando possíveis soluções para o problema do manicômio judiciário frente ao imperativo da desinstitucionalização imposta pelo processo de reforma psiquiátrica brasileira. Nessa etapa, aborda-se a relevância do operador discursivo da periculosidade e o seu papel na justificativa da existência e manutenção (por vezes indefinida) da medida de segurança detentiva.

O último capítulo é reservado a traçar as considerações finais, desenhando um painel geral acerca das discussões efetivadas ao longo deste trabalho, no qual se descortinou a realidade da Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento, a partir dos dados apreendidos durante as etapas da investigação, problematizando-os com vista a responder os objetivos da pesquisa. Discorre-se, a partir do entendimento formado acerca dos saberes e práticas que atravessam o manicômio judiciário de Natal, bem como acerca das estratégias que o mantém atado a uma forma de funcionamento muito similar àquela que vigorou ao tempo da idealização do espaço manicomial. Concomitantemente problematiza-se acerca de possíveis caminhos para a superação da lógica manicomial dentro desse espaço específico, partindo da compreensão de sua verdadeira natureza, na trilha do caminho já percorrido pelo processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

Capítulo 1. Confluência entre o Direito Penal e a Psiquiatria

1.1. A contenção das massas marginalizadas a partir do sistema punitivo

Se ousarmos uma breve observação da nossa população carcerária atual, chegaremos à conclusão, bastante óbvia, diga-se, de que o direito penal e o sistema punitivo que põe em funcionamento no Brasil, configuram-se como instrumentos de controle social prioritariamente destinado à contenção das imensas massas de miseráveis, dos setores periféricos e pauperizados, dos trabalhadores reduzidos à situação de miséria extrema, da ralé, enfim, na acepção empregada por Souza (2009), que a identifica com o patamar socialmente inferior das classes sociais do país. No entanto, isso de maneira alguma é produto do acaso. O desenvolvimento do sistema capitalista, ao menos no ocidente, trouxe consigo o estabelecimento de determinada ordem jurídica responsável pelo acionamento de estruturas punitivas e de instrumentos de controle social, cuja função primordial foi a de garantir a manutenção do próprio sistema econômico.

Discorrendo sobre o processo de acumulação primitiva do capital, Marx (1867/2013) desenvolve a ideia de que na Europa, ao longo da transição do modo de produção feudal para o capitalismo, houve um gigantesco processo de expropriação que vitimou os camponeses e que lhes retirou a terra e os meios de produção. A consequência natural desse processo foi a formação de um imenso exército de reserva de trabalhadores, impossível de ser absorvido pelo mercado em transformação. Sem qualquer assistência, um contingente imenso de pessoas

reduzidas à condição de mendicância, é empurrado ao cometimento de crimes, sobretudo aqueles contra a propriedade. É então que se depara com um aparelho de poder estatal, estruturado a partir do estabelecimento de um aparato policial e judiciário, que exercerá, doravante, o controle dessas camadas marginalizadas, o que quer dizer que, “a transição para o capitalismo conduz a um direito penal orientado diretamente contra estes setores” (Batista, 2003, p. 43). A prisão se converterá na mais importante forma de castigo a determinados comportamentos e o encarceramento em massa da pobreza será, daí em diante, o símbolo do Estado penal.

Sobre o fato, Rusche e Kirchheimer (2004), abordando as relações entre os movimentos punitivistas e a estrutura social, concluem que na passagem para o sistema capitalista, a preocupação principal da burguesia ascendente foi relacionada à criação de um direito eficaz para combater os delitos praticados contra a propriedade.

No mesmo sentido, Melossi e Pavarini (2006) explicam que o desenvolvimento do capitalismo promoveu a abertura da via punitiva para tratar do problema social da pobreza mediante a via institucional da internação compulsória de imensas massas de desvalidos, ociosos e vagabundos.

Dessa forma, pode-se afirmar que o desenvolvimento do sistema capitalista orienta o progresso e a expansão dos sistemas e engrenagens punitivas das mais diversas sociedades no ocidente. A estrutura social, portanto, se refletirá no ordenamento jurídico em evolução, bem como na nova penalidade que lhe é inerente, de maneira que “a estrutura material da sociedade informa a geografia das relações de domínio e subordinação que aí prevalecem” (Giorgi, 2006, p. 38).

O direito penal nascente, desse modo, definia previamente aqueles para os quais aponta suas armas, conferindo-lhes um tratamento diferenciado. Seguindo essa lógica, Zaffaroni (2007), afirma que o Estado, na qualidade de detentor do poder punitivo, operou, desde sempre, uma discriminação entre os seres humanos, tratando alguns como entes perigosos, como inimigos, o que permite a aplicação de medidas de segurança que afrontam garantias substanciais. No mesmo sentido, Foucault (1974/2002a), assevera que na edificação da sociedade disciplinar a partir da virada do século XVIII para o século XIX, operou-se uma redefinição do crime, que passou a ser considerado como algo capaz de ofender a sociedade, de danificá-la, abandonando sua vinculação com conceitos de ordem moral. Nesse contexto, o criminoso converte-se no inimigo social.

Na periferia neocolonizada constituída pela América Latina, o exercício do poder punitivo concentrou-se nas mãos de oligarquias formadas pelos descendentes dos colonizadores, que mantiveram grande parcela da população em condições semelhantes à da escravidão, pondo em marcha um sistema repressivo excludente e altamente seletivo.

No Brasil, especificamente, cuja economia se organiza em torno do trabalho escravo, a vinculação entre o sistema econômico e a contenção dos setores marginalizados possui contornos bastante peculiares. Darcy Ribeiro (1995), afirmava que, no país, a cada ciclo econômico, o processo civilizatório se impôs a partir do extermínio, da punição, do aviltamento e da tortura da população indígena, neobrasileira e, sobretudo, africana. O sistema econômico subtraía força humana, como verdadeiro “moinho de gastar gente” (Ribeiro, 1995, p. 106). E isto porque, no curso da história, o capitalismo recorreu ao sistema penal para garantir mão de obra e impedir a cessação do trabalho (Batista, 1990). É nesse contexto, por exemplo, que o advento do Código Criminal brasileiro de 1890 prevê os delitos de vadiagem

e a punição de movimentos grevistas. Aliás, de maneira geral, “nas sociedades colonizadas o poder punitivo ou repressor foi empregado para convertê-las em imensos campos de concentração para os nativos” (Zaffaroni, 2007, p. 46).

Pode-se compreender, portanto, que, no Brasil, a estruturação econômica foi responsável pela implantação de uma racionalidade específica, que foi “a racionalidade do escravismo, tão oposta à condição humana que uma vez instituído só se mantém através de uma vigilância perpétua e da violência atroz da punição preventiva” (Ribeiro, 1995, p.119).

Com a abolição, os negros deixaram de trabalhar nas grandes propriedades e foram jogados nas estradas, nos morros e nas periferias, à margem da cidadania.

Os senhores foram eximidos da responsabilidade pela manutenção e segurança dos libertos, sem que o Estado, a Igreja ou outra qualquer instituição assumissem encargos especiais, que tivessem por objeto prepará-los para o novo regime de organização da vida e do trabalho (Fernandes, 2008, p. 20).

A abolição limitou-se à libertação dos cativos, sem qualquer questionamento da ordem econômica baseada na propriedade latifundiária, sem preocupações com ampliação do mercado de trabalho, de acesso à educação e outras ações no campo social. “Após a assinatura da lei áurea, não houve uma orientação destinada a integrar os negros às novas regras de uma sociedade baseada no trabalho assalariado” (Marigoni, 2011, p. 36). De outro lado, o Estado foi bastante pródigo no engendramento de estratégias de policiamento e contenção social. No plano nacional, portanto, são bastante claras, desde sempre, as vinculações entre sistema econômico e monopólio estatal do exercício da violência.

No curso da história brasileira, essa será a tônica do sistema legal-punitivo. A partir dos anos 1890, o Estado passa a reprimir manifestações populares eminentemente negras, a exemplo da criminalização da capoeira. O Decreto-Lei nº 3.688, de 03 de outubro de 1941,

conhecido como Lei de Contravenções Penais, incriminou a mendicância. A constituição outorgada no período ditatorial acentua a proibição ao direito de greve, desautorizando-o no setor público e o sistema penal permanece socioeconomicamente seletivo, capturando os setores mais pauperizados, porque “o pobre sempre foi visto pelo sistema penal como um entrave ao bom desenvolvimento da sociedade” (Machado, 2015, p. 191).

A partir da década de 1970, com a implantação do sistema neoliberal da economia, em boa parte do mundo ocidental, o Estado transformou-se em gestor da pobreza através do sistema penal, reduzindo drasticamente os investimentos em políticas sociais e ampliando vertiginosamente a seara punitiva. Wacquant (2001), afirma que essa atrofia do Estado social equivale a uma hipertrofia do Estado penal, “a miséria e a extinção de um têm como contrapartida direta e necessária a grandeza e a prosperidade insolente do outro” (p. 80). A implantação e o posterior aprofundamento da política neoliberal impuseram como um projeto de governo nos países centrais, notadamente Estados Unidos e países europeus, a destruição do Estado de bem-estar social e a condução do subproletariado urbano a um processo de marginalização, pautado em estratégias de precarização do trabalho. Isso promoveu a redução de parcela significativa da população a condição de miserabilidade, submetido a administração penal.

Ao longo do século XX, o problema das prisões ocupou um papel de destaque nas sociedades neoliberais. A centralidade do sistema prisional, por exemplo, nas políticas norte-americanas é de tal ordem que logrou edificar modelos de contenção de distúrbios posteriormente exportados para países do continente europeu e, mais tarde, para os países do capitalismo periférico, notadamente da América Latina, como políticas de “tolerância zero”,

que se fundamentam na hoje questionável “teoria das janelas quebradas²”, proposta por James Wilson e George Kelling, no início dos anos 1980.

Esses modelos são responsáveis pelo grande incremento da população carcerária verificada nos Estados Unidos a partir da segunda metade da década de 1970. Ao longo de pouco mais de vinte anos, observou-se uma mudança radical da política penitenciária daquele país, migrando de um discurso centrado em medidas de desencarceramento para outro radicalmente contrário, de fomento ao aprisionamento em massa. Até 1975 registrou-se um decréscimo do número de detentos nos Estados Unidos, que à época contava com cerca de 380.000 presos. “Mas a curva da população carcerária iria se inverter bruscamente, e logo dispararia: 10 anos mais tarde, os efetivos encarcerados haviam saltado para 740.000 antes de superar 1,5 milhão em 1995 para roçar os dois milhões no final de 1998” (Wacquant, 2001, p. 81). Atualmente os Estados Unidos contam com a maior população carcerária do planeta, com cifras que superam os 2 milhões de presos (Ministério da Justiça, 2014).

No Brasil se deu fenômeno bastante semelhante. Dados do último levantamento de informações penitenciárias (Ministério da justiça, 2014), demonstraram que o país possui atualmente a quarta maior população carcerária do mundo. Em 2014 atingimos a cifra de 622.202 pessoas presas em todo o país, dos quais 212.224 são presos provisórios, isto é, presos cautelarmente, ainda sem condenação, em uma situação de deficit de vagas da ordem de 250.318. Isso quer dizer que

2 Concebida pelos criminólogos James Q. Wilson e George L. Kelling, a teoria das janelas quebradas (*broken windows theory*) encerra um modelo de combate e controle da criminalidade que fundamenta a política criminal de “tolerância zero”. É, portanto, um modelo que reinvidica a repressão estatal a todos os delitos, ainda que de pequeno potencial ofensivo (Travis & Curtis, 2002).

Nos últimos 14 anos a população do sistema prisional brasileiro teve um aumento de 167,32%, muito acima do crescimento populacional, aumento que reflete tanto ou mais a política criminal hegemônica dos agentes públicos do que a mudança nas tendências de ocorrências criminais no país (Ministério da Justiça, 2014, p. 18).

Percebe-se, a partir desses dados que há, atualmente no país, um verdadeiro empuxo ao aprisionamento, além de um forte apelo por mais pena, pelo incremento de uma legislação penal mais rigorosa e direcionada à punição de determinados delitos específicos, demandando, enfim, uma resposta mais intensa em termos de estruturas de contenção punitiva que já não consegue ser implementada pelo Estado, de sorte que apesar do contínuo processo de crescimento do número de vagas no sistema penitenciário nacional, este não acompanha a velocidade do crescimento da população prisional (Ministério da Justiça, 2014).

Quando se observa o perfil racial das pessoas presas no país, percebe-se claramente que o sistema penitenciário brasileiro é hoje o grande moinho de gastar juventude popular negra (Batista, 2008). Negros e pardos, que constituem 53,63% da população nacional, formam o grande contingente carcerário, somando 61,67%, cuja faixa etária varia dos 18 aos 29 anos de idade (Ministério da Justiça, 2014).

Diante desse cenário, pode-se dizer tudo do Estado, menos que ele se manteve inerte. Se considerarmos os últimos 25 anos, veremos claramente que, de lá para cá, o sistema penitenciário nacional tem se transformado em verdadeiro barril de pólvora, com a piora progressiva da situação a partir da edição de uma grande quantidade de legislação de caráter punitivo, assim como da relativização de garantias constitucionais alicerçado em interpretações excessivamente restritivas, que contribuem para a mitigação da força normativa da Constituição; e ainda da previsão legal de medidas descarcerizadoras com pouca efetividade na prática judiciária, além da deficiência do número de agentes estatais

capacitados a operar o sistema de justiça. Tudo isso demonstra a formação de uma forte cultura punitiva, capaz de explicar a trajetória ascendente que o Brasil apresenta em sua população carcerária, que aponta para o incremento de sua população prisional na ordem de quase 7% ao ano, sendo o ritmo de encarceramento mais acelerado entre as mulheres, chegando ao patamar de 10,7% ao ano³ (Ministério da Justiça, 2014).

Décadas de uma política neoliberal em um país com tão pouco apego à democracia, compreendida em sua dimensão substancial, como é o Brasil, onde as classes dominantes se esforçaram, desde o início, para forjar uma democracia meramente formal, instituiu um sistema penal criminógeno, na qual a propalada e idealizada função preventiva geral da pena fracassou miseravelmente, ou de outro modo, escancarou a sua verdadeira face, a função seletiva do sistema penal, que atende ao sistema econômico. Nessa sociedade de grandes disparidades socioeconômicas, os valores que informam o sistema econômico adotado (sobretudo o individualismo), promovem a naturalização da exclusão social, nosso problema social de longa data. Isso significa que

A penalidade neoliberal ainda é mais sedutora e mais funesta quando aplicada em países ao mesmo tempo atingidos por fortes desigualdades de condições e de oportunidades de vida e desprovidos de tradição democrática e de instituições capazes de amortecer os choques causados pela mutação do trabalho e do indivíduo no limiar do novo século.” (Wacquant, 2001, p. 07).

Compreende-se assim, como observa Pastana (2009), que o Estado brasileiro adotou uma política penal de exceção, dispensando às questões sociais um tratamento policial, o que

3 De acordo com o Conselho Nacional de Justiça e o Departamento Penitenciário Nacional, a população carcerária feminina aumentou de 5.601 para 37.380 detentas, no período compreendido entre os anos de 2000 e 2014, o que representa um incremento da ordem de 567% em 15 anos. A maior parte dos casos está ligado a condenações por crimes relacionados a drogas, que inclui o tráfico de drogas e a associação para o tráfico, motivo de 68% das prisões (Brasil, 2014).

apenas agrava nossos males históricos. Esse tratamento é intensificado nos períodos críticos do sistema econômico e costuma ser respondido com a exacerbação de um direito penal simbólico. A consequência desse processo é a edição de leis com o claro propósito de agravar penas, regimes e estabelecer restrições, como por exemplo, a edição da lei de crimes hediondos (lei nº 8.072/1990) e posteriormente das leis que ampliaram o rol de crimes de tal natureza (lei nº 8.930/1994 e lei nº 9.695/1998) ou que estabeleceu o regime disciplinar diferenciado no âmbito da execução penal (lei nº 10.792/2003), ou ainda iniciativas legislativas com o claro intuito de restringir garantias fundamentais, como a redução da maioria penal.

Percebe-se, assim, que o sistema econômico, em todas as suas fases, secundado pelo direito penal, produziu e continua a produzir populações descartáveis, cujo destino é a invisibilidade dos cárceres e dos guetos urbanos. Todos os esforços reformistas, no curso de nossa história, se deram de maneira a manter o mais importante na ordem institucional. E mais: os atores do campo jurídico reproduzem a cultura autoritária, atuando como guardiões da lei, muitas vezes se sentindo obrigados a fornecer uma resposta operacional à sociedade. Para tanto, “passam a combater a impunidade defendendo a aplicação de penas severas, representadas quase sempre por longas privações de liberdade” (Pastana, 2009, p. 128).

Ao mesmo tempo, esses operadores do campo jurídico desenvolvem certa tolerância para com determinadas ilegalidades, como a violência policial, e uma grande inércia em relação ao problema do sistema penitenciário (Pastana, 2009). Isso talvez explique o motivo da pouca mobilização social em relação ao problema do sistema prisional brasileiro e das violações dos direitos humanos operados pelo Estado nesse campo. Em quase 30 anos de restabelecimento do governo civil e da retomada do processo de reconstrução da democracia,

o Brasil foi palco dos dois maiores massacres de presos da nossa história⁴, o que demonstra que a sociedade nunca se esforçou para efetivamente modificar o tratamento dispensado aos seres humanos colhidos nas malhas do sistema prisional.

Todo esse quadro demonstra que o nosso direito penal sempre foi estruturado como uma estratégia de controle do inimigo interno, adrede concebido, ainda quando seja disfarçado, escamoteado ou mesmo negado. Uma nação estruturada sobre aproximadamente 350 anos de escravidão instituiu classes dominantes que sempre se esforçaram para manter uma rígida e injusta hierarquia social. Nesse sentido, é que, por exemplo, “no Rio de Janeiro, o sistema penal brasileiro assessora a escravidão: as primeiras prisões brasileiras tinham 95% de população africana ou escrava, o resto, uma percentagem mínima, de trabalhadores livres” (Batista, 2008, p. 20).

Sob essa ótica, podemos afirmar que o sistema punitivo brasileiro nasceu para fazer exatamente aquilo que faz diuturnamente: punir os pobres. O objetivo fundamental do sistema de justiça criminal no Brasil é, portanto, um êxito fabuloso, pois que esse objetivo é garantir desigualdades sociais, garantir as condições sociais fundamentais de uma sociedade de capitalismo de barbárie, baseada na máxima exploração do homem pelo homem. O direito penal, portanto, enquanto braço armado do capitalismo para garantia de sua própria manutenção reproduz as desigualdades sociais, econômicas e políticas instituídas pelo sistema econômico que defende.

4 O massacre do Carandiru, em São Paulo, ocorrido em outubro de 1992 e que vitimou 111 detentos; e o massacre ocorrido no Complexo Penitenciário Anísio Jobim, em Manaus, em janeiro de 2017, que vitimou 56 presos.

A política criminal do grande encarceramento, no Brasil, é uma demonstração irrefutável da extrema vinculação entre o sistema econômico capitalista e a nova penalidade, não lhe sendo possível sobreviver sem o aparato prisional. Aliás, nessa linha de raciocínio, Pasukanis (1989) já advertia que o próprio direito nada mais é que um produto cultural sócio historicamente determinado, de modo que observando enquanto plano, é possível entrever-se o regime social sobre o qual está edificado, qual seja, o regime do capital. Portanto, concordamos com Batista (2011), quando aponta a semelhança do nosso modelo de prisão com o capitalismo, em que se produziu não só uma cultura, mas fundamentalmente uma civilização punitiva, responsável por colocar em ação essa máquina de controle dos pobres.

Essa rápida digressão nos permite lançar uma compreensão acerca da lógica do sistema punitivo contra populações inservíveis ao sistema econômico e do seu desenvolvimento em um processo que não rompeu ou questionou a estrutura social vigente.

Nesse sentido,

O sistema de justiça penal construído no plano discursivo a partir do mito da igualdade revela-se no dia-a-dia seletivo, voltado para os indesejáveis (e, aqui, as exceções servem apenas para confirmar essa regra), aqueles que, ao longo da história, forjaram o que Benjamin chamou de “tradição dos oprimidos”; mais do que proteger bens jurídicos, o sistema de justiça serve ao controle social e à manutenção das estruturas sociais (Casara, 2015).

Funcionando como um vigoroso instrumento de classe, a prisão se configura, na atualidade, como dispositivo indispensável da manutenção do poder. Seu exercício pelo Estado, dado que, em tese, se fundamenta em princípios de justiça, surge no horizonte social como uma prática legítima, embora se mantenha, em pleno século XXI, atrelado à ideia que norteou o fenômeno que Foucault (1961/2008), denominou de “grande internação”.

1.2. As prisões da psiquiatria

A história da psiquiatria, de certo modo, se confunde com a história do advento do hospital e do grande enclausuramento que se verifica na Europa, no período compreendido entre os séculos XVII e XVIII e que envolve fundamentalmente a utilização de estratégias de confinamento e sequestro de um considerável número de pessoas, retiradas compulsoriamente do convívio social.

Michel Foucault (1961/2008), afirma que a era clássica reduz o fenômeno da loucura ao silêncio, através de um estranho golpe de força, que se exprime mediante vigoroso movimento de internação ocorrido no período pós-Renascimento e que pode ser encarado como sendo a estrutura mais evidente da experiência clássica da loucura. Essa grande internação foi possível devido ao processo de modificação da percepção social da doença mental ao longo do tempo, no qual a razão foi posta em primeiro plano e elevada à condição de norma, à custa da experiência da loucura.

Nesse sentido, o acolhimento hospitalar do louco, a princípio, ocorrerá de maneira absolutamente destituída de finalidade terapêutica, dando-se no mesmo contexto em que se efetivou o acolhimento dos doentes, dos pobres e miseráveis e, no limite, das categorias humanas consideradas indesejáveis. O tratamento dispensado à loucura equivalia àquele dispensado a qualquer outra categoria marginalizada, baseado na retirada do sujeito do ambiente social e fundamentada na ameaça que representava à ordem estabelecida. Portanto, “antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão” (Foucault, 1979/2007, p. 101).

O hospital, assim, prestava-se a uma função saneadora, por assim dizer, e não propriamente terapêutica e atrelava-se a um ideal caritativo, por vezes conduzido por ordens religiosas, ora por ordens leigas. Eram locais que agregavam indistintamente

os privilégios da igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, e a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir (Foucault, 1979/2007, p. 53).

Somente quando o louco passa a ser categorizado como representante de periculosidade social, como assevera Amarante (1995), é que se estabelece a institucionalização da loucura pela medicina e se opera a ordenação do espaço hospitalar.

Nessa perspectiva, apenas no início do século XIX, a partir dos trabalhos de Philippe Pinel, é que se define o campo psiquiátrico, com a sistematização de uma psicopatologia concebida como uma verdadeira teoria da loucura. À redefinição da concepção de loucura segue-se a redefinição completa das funções do manicômio. Assim, com Pinel, o manicômio se converte em parte fundamental do tratamento, não mais constituindo apenas o asilo onde se enclausura ou se abriga o louco, mas num verdadeiro instrumento de cura (Pessotti, 1996).

A escrita do *Traité Médico-Philosophique sur L'aliénation Mentale ou La Manie*, no início do século XIX, indiscutivelmente marca o advento de uma classificação nosográfica da loucura, que toma por principal método a observação do comportamento dos pacientes, no que se aproxima bastante do método naturalista. Além do mais, o papel do médico sofre uma importante redefinição, pois que a sua função primordial será, doravante, promover o reencontro do doente mental com a razão, “devolver o alienado à ordem da racionalidade e

dos afetos, de modo a fazê-lo reentrar na vida social ordenada e racional” (Pessotti, 1996, p. 73).

É na instituição asilar, portanto, que se estabelece a visão clínica da loucura, pois a definição em termos de diagnóstico necessitará de “observação prolongada, rigorosa e sistemática das transformações na vida biológica, nas atividades mentais e no comportamento social do paciente” (Ramminger, 2002, p. 113). O manicômio, então, surge como espaço regido por normas específicas que deverá atender um ideal de reordenação do sujeito e, sob esse aspecto, a loucura, compreendida agora numa dimensão propriamente vinculada ao âmbito da saúde humana, surge em um horizonte em que está relacionada ao surgimento de novas técnicas (ou pelo menos de mudança de concepção acerca das velhas técnicas), de controle social. Nesse sentido, foi muito mais a transformação da natureza da instituição hospitalar que exerceu um papel decisivo no processo de especificação da loucura, que propriamente aquele exercido pelo próprio exame médico.

A modificação na natureza da instituição manicomial, operada pela inovação do modo de observar o fenômeno da loucura e seu novo tratamento, mantém e, em certa medida reforça, a exclusão do louco do espaço social. O psiquiatra, nesse contexto, emerge como detentor de um *status* especial, como uma figura de autoridade e de poder, inclusive sobre o corpo do louco, pois “o médico se torna ordenador não só da vida (psíquica) do paciente, mas também o agente da ordem social, da moral dominante” (Pessotti, 1996, p. 128). Segundo Castel (1971), o psiquiatra, como especialista, se esforçará, de agora em diante, para tratar o mais cientificamente possível a enfermidade mental.

É, portanto, na instituição manicomial que o poder psiquiátrico coloca-se no centro, assumindo o protagonismo do tratamento e do funcionamento do hospício de alienados,

concebido agora como instituição de cura. Para Foucault (1979/2007), o asilo confere à figura do psiquiatra o poder que lhe permite produzir a realidade da doença mental. No mesmo sentido, Thomas Szasz (1979), demonstra como a figura do médico, investido da autoridade que o manicômio lhe outorga, decide quem é o doente mental e qual a natureza de sua doença e, claro está, que para esses médicos, “os pacientes são meros objetos ou coisas a serem classificados e manipulados. É uma visão absolutamente desumanizante da pessoa do doente” (p. 31). Mais que isso. Na instituição psiquiátrica, é o psiquiatra quem delibera acerca do tratamento e este envolve, desde o seu nascimento, a internação.

O tratamento da loucura, desde Pinel e Esquirol, é baseado na necessidade de confinamento do louco na instituição asilar, o que envolve fundamentalmente a subtração de seu ambiente, de seus costumes e o seu distanciamento do local onde mantém vínculos familiares ou sociais. Assim, o isolamento tem algo de aprisionamento. Essa necessidade acompanhará todo o desenvolvimento das práticas psiquiátricas no curso da história. Isso possibilita ao manicômio manter sua natureza primitiva de instrumento de segregação social, mesmo após a visão organicista voltar a orientar a prática psiquiátrica, demonstrando, como afirma Oliveira (2011), que o espaço da loucura e dos loucos sempre foi o da exclusão.

O controle efetuado com base na internação fundamenta o tratamento da mesma forma que aquele realizado pelo cárcere reprime (ou pretende reprimir) a criminalidade. Sob esse ponto de vista, “el poder-saber médico se ha unido perfectamente com la autoridad represiva, pero el fantasma de la arbitrariedad ha sido alejado, porque la operación ha sido cubierta por la racionalidad de la medicina” (Castel, 1974, p. 156). Ademais, o isolamento é uma exigência imposta pelo contexto social, que pretende ver reclusa uma categoria historicamente considerada perigosa.

No Brasil, é somente no século XIX que surge a preocupação com o perigo representado pela loucura, a semelhança do que ocorre com os indivíduos e grupos considerados inferiores e, por isso, marginalizados. O processo de urbanização brasileira expôs novos problemas sanitários, como bem afirma Miranda Sá (2007), dos quais o problema da loucura era um deles, que se fazia cada vez mais evidente nas cidades. Nesse horizonte, o Hospício Pedro II, fundado no Rio de Janeiro em 1852, um dos primeiros hospícios da América Latina, é o símbolo dessa nova inquietação.

Nesse momento, a medicina é cada vez mais convidada para participar de um projeto de reordenamento urbano, a partir da implementação de medidas diretas na realidade social. Isto porque, “ao saber médico atribui-se, progressivamente, o papel de tutorar e sanear a nacionalidade; para o cumprimento desta ‘missão’, os médicos assumiram uma postura na maioria das vezes marcadamente autoritária e violenta em suas intervenções” (Weyler, 2006, p. 20).

Ancorado num projeto de higienização urbana e legitimado pelo conhecimento médico da época, é que se estabelece um modo peculiar de lidar com a loucura, a partir da implantação dos primeiros hospícios e colônias de alienados. Segue-se, então, uma linha evolutiva do conhecimento médico, a partir da influência de diversas teorias raciais, onde se destaca o eugenismo. A crescente culpabilização do indivíduo em sua incapacidade de se normalizar permitirá certa ocultação daquilo que subjaz enquanto relação de dominação.

Facilmente se percebe que o desenvolvimento da psiquiatria enquanto instância autorizada a responder aos problemas relacionados à loucura, assim como o surgimento das instituições manicomiais no Brasil adotou concepção semelhante àquela observada na Europa. Aqui, como lá, a experiência psiquiátrica se fundamentou no isolamento e no controle do

louco, seja físico, no primeiro momento, seja químico, a partir da introdução dos psicofármacos. O saber psiquiátrico isolou o doente mental da família e da sociedade, encerrando-o em uma instituição especializada, sob o argumento de que esse isolamento era fundamental para a sua proteção e para a proteção da coletividade.

Aliás, a proteção individual e coletiva é fundamento a justificar o isolamento do louco desde os primeiros dias da psiquiatria, concebida por Esquirol, um de seus fundadores (Foucault, 1979/2007). Por muito tempo (e em certo sentido, até hoje, como veremos adiante), o tratamento do problema representado pelo doente mental centralizou-se na aplicação de soluções que representavam cerceamento, restrição, mitigação de direitos e, no limite, violência, pois “la solución consiste em encarcelarlos em edificios llamados hospitales y torturarlos em nombre del tratamiento curativo” (Szasz, 1974, p. 314).

A partir de todo esse quadro, podemos afirmar que se de um lado, o hospital reuniu as condições que possibilitaram o surgimento da psiquiatria enquanto área especializada da ciência médica, de outro a própria psiquiatria permitiu e, de certa forma, autorizou o hospital psiquiátrico se conformar como uma instituição violenta, em que a exclusão do confinamento está justificada diante da necessidade de cura (Basaglia, 1985). É por isso que Cooper (1976) advertia que enquanto a psiquiatria representa os pretensos interesses dos não-loucos, a violência na psiquiatria representa a violência própria da psiquiatria. Aliás, ao longo da sua história, a psiquiatria se esforçou intensamente para redefinir o papel da segregação, a face mais visível da violência psiquiátrica, redesignando-o como “internação hospitalar”, da mesma forma que o controle psiquiátrico foi redefinido como “cura” (Szasz, 1974). A psiquiatria e o conseqüente arsenal farmacológico que maneja, base do tratamento em saúde

mental, se configuram como um dispositivo de controle potente na contemporaneidade, possuindo como marca distintiva um caráter abrangente (Rauter & Peixoto, 2009).

Concordamos, portanto, com Rauter (2016), quando assevera que a origem do manicômio atendeu a necessidade de pôr em funcionamento novos dispositivos de controle social, cuja dinâmica se assenta, agora, no saber psiquiátrico. O manicômio destrói o louco, mas, no imaginário coletivo que legitima práticas sociais, o hospício é o ambiente mais apropriado ao seu recolhimento. Sua permanência, portanto, está ligado a esse desejo de domínio e de gestão da vida. Na relação institucional, em que o poder médico é excepcionalmente grande, parece não haver muitas formas de resistência do louco, que, visto como doente, perde seu valor social. Isso quer dizer que “o poder des-historificante, destruidor, institucionalizante em todos os níveis da organização manicomial, aplica-se unicamente àqueles que não têm outra alternativa que não o hospital psiquiátrico” (Basaglia, 1985, p. 108). É por isso que “o nosso sistema de tratamento da loucura ainda é o da Idade Média: o sequestro” (Lima Barreto, 1993, p. 57).

De todo o exposto, podemos afirmar que a sociedade se estrutura através da articulação de mecanismos de adequação e controle sociais, de maneira a assegurar que o seu funcionamento se mantenha dentro de determinadas balizas normalizadoras, isto é, próprias à conservação de dada ordem, ao mesmo tempo em que se esforça por reajustar aqueles indivíduos que se distanciam dessa convenção social, através da penalização daqueles que não procedem na vida consoante esse arranjo. É por isso que prisões e manicômios simbolizam tão eficientemente esse esforço normalizador, fazendo-o de maneira imoderada, já que criados “para assegurar o cumprimento de tais normas, bem como para tentar reconduzir e readequar

o sujeito à sociedade, sem que esta sofresse os abalos de se manter um indivíduo inadequado em seu seio” (Marcantonio, 2010, p. 142).

1.3. “Meu Deus, ajude-me a sobreviver a este amor mortal⁵”

O manicômio judiciário constitui a síntese do encontro entre o poder médico e o poder judiciário. Funcionando sobre bases semelhantes, prisões e manicômios se articulam para instituir o *locus* próprio para a segregação daquilo que representa a radicalidade da diferença, simbolizado pelo louco infrator. Esse encontro promove uma “demarcação dicotômica entre doença e responsabilidade, entre causalidade patológica e liberdade do sujeito jurídico, entre terapêutica e punição, entre medicina e penalidade, entre hospital e prisão” (Foucault, 1974/2002a, p. 39).

Nesse sentido, o manicômio judiciário é, na contemporaneidade, o ponto final, no qual se aglomeram “toda a série de impasses dos discursos jurídico e psiquiátrico em sua abordagem específica do louco infrator e seu destino, destino funesto que se faz antever em um horizonte irremediavelmente perene” (Senra, 2011, p. 199).

Historicamente, o século XIX inaugura o início do tratamento legal dos loucos que cometeram crimes, com o estabelecimento de uma instituição específica destinada a internação compulsória, a prisão *Broadmoor Criminal Lunatic Asylum*, na Inglaterra. No Brasil, somente na primeira metade do século XX é que o Estado estabeleceu o destino dos

5 “*Mein gott, hilf mir diese tödliche liebe zu überleben*”. Frase escrita abaixo da pintura “Beijo Fraternal”, do pintor russo Dmitri Vrubel, na East Side Gallery, em Berlim, que retrata o beijo entre o líder soviético Leonid Brejnev e o Líder da Alemanha Oriental, Erich Honecker. A pintura encontra-se num trecho preservado do muro de Berlim e se tornou o símbolo da cortina de ferro.

doentes mentais autores de delitos, com a fundação do manicômio judiciário do Rio de Janeiro (Carrara, 1998). Nasce como uma instituição mista, um híbrido de espaço asilar, penitenciário e terapêutico, ostentando um caráter ambíguo que permanece até os dias de hoje.

O manicômio judiciário é, como assinala Ibrahim (2014), uma espécie de hospital psiquiátrico-penal, que custodia, no regime de reclusão, aqueles indivíduos que, acometidos de sofrimento mental, cometeram atos definidos como crimes pelo ordenamento jurídico.

Para compreender os passos que conduzem o inimputável a este hospital-prisão é preciso visualizar o sujeito dentro da estrutura do crime, o que, por sua vez, exige uma rápida incursão na teoria do delito.

No Brasil, do ponto de vista jurídico, o crime é genericamente compreendido como uma conduta típica, antijurídica e culpável, ou seja, um comportamento definido em lei como crime e, portanto, não permitido, que uma vez praticado produz certa carga de reprovabilidade social. Em outras palavras, podemos afirmar que:

Delito é uma conduta humana individualizada mediante um dispositivo legal (tipo) que revela sua proibição (típica), que por não estar permitida por nenhum preceito jurídico (causa de justificação) é contrária à ordem jurídica (antijurídica) e que, por ser exigível do autor que agisse de uma maneira diversa das circunstâncias, é reprovável (culpável). O injusto (conduta típica e antijurídica) revela o desvalor que o direito faz recair sobre a conduta em si, enquanto a culpabilidade é uma característica que a conduta adquire por uma especial condição do autor (pela reprovabilidade), que o injusto se faz ao autor (Zaffaroni & Pierangeli, 2011, p. 345).

O elemento determinante a ser considerado no caso do louco infrator é a possibilidade de reprovação de seu agir. Por força da teoria finalista da ação, adotada majoritariamente pelo direito penal brasileiro a partir dos anos 1970, o agente, ao praticar uma conduta ilícita, somente poderá ser punido se sua conduta for dotada de culpabilidade.

A culpabilidade, compreendida como grau de censurabilidade do agente delituoso, somente se configura se presentes seus três elementos constitutivos, que são imputabilidade, isto é, a capacidade de compreender e querer praticar a conduta; a potencial consciência da ilicitude, bastando que o agente tenha condições suficientes para compreender que o fato praticado está juridicamente proibido, pois contrário às normas constantes do ordenamento jurídico; e a exigibilidade de conduta diversa, impondo ao agente que se exima de praticar a conduta, atuando conforme o direito. Nesse quadro, compreende-se que

la responsabilidad es consecuencia y presupuesto necesario de la punibilidad. En el criterio penal imperante actualmente se considera al individuo como imputable antes de cometer el delito; la culpabilidad está frente a él en el momento del crimen y la responsabilidad es la consecuencia que él tendrá que soportar en el momento de la pena (Bravo, 2011, p. 26).

O nosso Código Penal estabelece ser isento de pena o agente que ao tempo do cometimento do crime, era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, em razão de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

Como se pode perceber da simples leitura do texto normativo, o pressuposto elementar para que alguém seja passível de punição é a capacidade de culpabilidade, considerada em seu tríplice aspecto, por levar em conta esse conjunto de condições físicas e psicológicas de aferição da ilicitude de um fato. Além disso, é necessário que o indivíduo tenha controle de seus atos e sobre sua vontade. Assim sendo, somente poderá suportar punição legalmente prevista na norma penal aquele agente dotado de integridade biopsicológica, capaz de exercer o controle de sua conduta e compreender o aspecto de licitude ou de ilicitude de um fato, o que possibilita se comportar consoante tal entendimento. Assim, como aponta Bitencourt

(2009), ausente a imputabilidade compreende-se que o sujeito carece de liberdade e de faculdade para comportar-se de outro modo, tornando-se inculpável. Ocorre, pois, a conjugação de funções psíquicas na análise da imputabilidade, dentre as quais podemos destacar a capacidade intelectual, a capacidade volitiva e a de emitir juízos críticos.

A capacidade de culpabilidade do agente deve ser aferida mediante exame médico-psiquiátrico. É exatamente neste momento que se verifica a articulação entre a psiquiatria e a justiça. A primeira, elevada a instância única dotada de autoridade para deliberar sobre saúde mental, esta última, como instância que delibera acolher ou não o parecer médico e fixar o destino do sujeito. Essa inter-relação é o que possibilita a manutenção dessa dupla ordem de poder sobre o louco infrator, uma vez que o exame substitui a exclusão entre o discurso médico e o discurso jurídico por uma estratégia nova, uma articulação que gera uma dupla qualificação (Foucault, 1988/2010).

Atestada a inimputabilidade do agente infrator, o direito brasileiro prevê duas espécies de medidas de segurança que poderão ser aplicadas, conforme determinação do artigo 96 do Código Penal, quais sejam, a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e a sujeição a tratamento ambulatorial. A escolha da medida adequada será determinada pela natureza do crime praticado e da sanção cominada, nos termos do que dispõe o artigo 97 do Código Penal.

Do ponto de vista legal, o objetivo fundamental da internação compulsória seria o tratamento do agente inimputável e, por via de consequência, a prevenção de novos ilícitos penais relevantes. Em função disso, concebeu-se uma instituição com finalidade terapêutica, mas fundamentada na necessidade de custódia. Todavia, esse objetivo é desafiado pela mais breve observação que se faça do cotidiano dos nossos hospitais de custódia e tratamento

psiquiátrico, como passaram a ser denominados a partir de 1984. Hospitais que, todavia, não estão inseridos no sistema de saúde, mantendo-se no âmbito do sistema prisional.

Marcada por uma espécie de vício de origem, o manicômio judiciário espelha, segundo Carrara (1998), a ambivalência como marca distintiva e a ambiguidade como espécie de defeito constitucional. Segundo o autor, essa ambiguidade é verificada, por exemplo, quando se questiona a quem deve caber a direção do estabelecimento. Isso porque, sendo, a um só tempo, hospital e prisão, verifica-se a coexistência de uma equipe de saúde, ao lado de um corpo de agentes de segurança. Dessa forma, indaga-se a quem deve competir a condução e o processo de cumprimento da medida de segurança. Essa dubiedade é encontrada também na relação que se verifica entre a posição do perito psiquiatra e a posição da autoridade judiciária.

Nesse sentido, é interessante notar que, por não ser psiquiatra, o juiz tem obrigação de pedir uma perícia médico-psiquiátrica nos casos em que se duvida da sanidade mental de um acusado, mas, por ser juiz, ele pode recusar os resultados dessa perícia no todo ou em parte. Não se pode deixar de perceber o conflito de competência que subjaz à superfície ordenada das disposições legais e como, através delas, a autoridade judiciária se protege (ao “arrepio” da lógica), impondo limites ao poder de intervenção dos psiquiatras em matéria penal (Carrara, 1998, pp. 30-31).

Acerca desse ponto, Venturini, Casagrande e Toresini (2012), ao discorrerem sobre a perícia médica, não deixam de evidenciar essas contradições, que terminam por instaurar um regime de poder muito perverso para o interno. Afirmam que o quesito pericial tem como objetivo fundamental saber se eventual distúrbio psiquiátrico foi relevante para o cometimento do ilícito penal. Para isso, o juiz se socorre da perícia psiquiátrica. O diagnóstico psiquiátrico se conecta ao raciocínio médico. O quesito pericial é inerente à lógica jurídica. O exame pericial, nessa lógica, constitui-se num híbrido, que inclui dois cenários diversos.

Ao mesmo tempo, a superposição desses dois modelos de intervenção social é concretizado a partir de um operador ainda mais complexo, que é o conceito de periculosidade, o que reforça a exigência da articulação entre direito penal e psiquiatria, que permitiu “que la segunda se integrase em algunos procesos penales con el objeto de ofrecer un saber en torno a la personalidad del sujeto infractor, su grado de peligrosidad y la posibilidad de que continuase infringiendo la ley” (Bravo, 2011, p. 31). Vê-se, portanto, ao mesmo tempo uma relação ambígua e ao mesmo tempo complementar entre o aparato jurídico-penal e a psiquiatria.

Sobre esse aspecto, Rauter (2010) afirma que os discursos “psi” nunca colonizaram o direito para humaniza-lo, mas para conceber novas estratégias de punição. Nessa trilha,

Costuma-se ver no crime a manifestação de uma inferioridade negativa, de base genética, agravado por condições ambientais, como a falta do pai e a família desestruturada. Esse discurso, que, por certo, não é novo no campo criminológico, acaba se harmonizando com o clamor geral pelo encarceramento, pela solução penal para os problemas sociais produzidos pelo neoliberalismo (p. 201).

Esse clamor pelo encarceramento, como eco partilhado de nossos próprios desejos de controle e domínio, indica o vínculo entre determinada sociedade e uma ou mais modalidades concretas de castigo, como afirma Chies (2013). É, segundo o mesmo autor, a expressão de um sistema de penalidades regulada socialmente, que emerge e se mantém em uma sociedade histórica particular.

Tal sistema inclui os discursos de justificação e as dimensões de gestão política das punições que o compõe. Como não poderia deixar de ser, esse sistema corresponde a construções compatíveis e necessárias à manutenção do modelo societário no qual emerge: assim, se vinculado a estruturas sociais igualitárias e comunitárias, permitir-se-á assumir sentidos e funcionalidades diversos daqueles que estruturas sociais desiguais e individualistas comporão (de forma velada ou explícita) (Chies, 2013, p. 19).

Talvez essa configuração esteja na base da explicação acerca da permanência do manicômio judiciário nos dias atuais, mesmo quando já se acumula uma grande quantidade de críticas ao tratamento dispensado ao louco infrator, que demonstram ser cada vez mais controversa as funções declaradas de recuperação, ressocialização e reinserção social que fundamentou a criação do manicômio judiciário; e ainda quando já demonstrado que estratégias que promovem o adoecimento, como a coerção e o aprisionamento, não servem a um ideal de cuidado. Além disso, apesar da edição de sucessivos diplomas legais, em nível nacional e internacional, que impõem a melhoria da assistência à saúde mental, (como por exemplo, a Declaração de Caracas; da Constituição da República de 1988; da Resolução nº 49/119, da Assembleia Geral das Nações Unidas; do Programa Nacional de Direitos Humanos; além da Lei nº 10.216/2001), a realidade do manicômio judiciário segue sem alteração.

Mattos (2016) adverte que a sociedade dispõe de meios para solucionar o problema da segregação hospitalocêntrica, sobretudo daquela decorrente do manicômio judiciário. Se continuam a existir é que “ainda temos sociedades divididas em classes e o local do pobre e psicótico é a segregação, assim como o local do jovem negro, pobre e de pouca educação formal é a prisão” (pp. 63-64). Para o autor, o manicômio judiciário, enquanto experiência de segregação penalcêntrica, pouco difere do campo de concentração nazista, exceto pela contenção química a que se submetem os seus internos.

Se isso é verdade, temos que admitir que efetivamente a sobrevivência do manicômio judiciário é bastante revelador do próprio homem, em sua dimensão pulsional, conforme postula Paulon (2006), ou seja de que essa instituição manicomial, como coágulo enrijecido

resultante da convergência entre o crime e a loucura, não pode ser analisado como algo desvinculado da dimensão do desejo, próprio do sujeito. É que,

Estes campos enrijecidos dos repertórios de subjetivação, não podem ser despregados do desejo dos homens que assim os formatou. Há um contínuo processo de afirmação destes “nós” endurecidos como respostas satisfatórias às demandas desejantes, caso contrário eles não teriam densificado o fluxo do desejo. E, se hoje eles surgem no cenário social como produtos dados, sem vestígios de seu processo de produção, é bom não esquecermos que, em algum momento e por algum motivo, as relações entre os homens assim os fixou, a cultura assim os valorizou. Deu-lhes uma forma tal a ponto de os institucionalizar (Paulon, 2006, p. 124).

Situados em um meio termo entre o cárcere e o asilo de loucos, a violência aparece como um traço característico indiscutível do manicômio judiciário. Por vezes, a violência direta contra a vida, quando se analisa as condições de acolhimento dos internos, que se apresenta como uma violência contra a própria sociedade e contra o Estado de Direito; outras vezes, uma violência menos evidente, sutil e sinuosa, que é aquela que se apresenta como “a ação livre (ou a práxis) de uma pessoa [que] pode destruir a liberdade de outra, ou pelo menos paralisá-la mediante mistificação” (Cooper, 1976, p. 31, tradução minha). Nunca é demais lembrar que foi a violência psiquiátrica que rendeu ao Brasil a sua primeira condenação por violações aos direitos humanos em 2006⁶ (Silva, 2013).

Em síntese, é preciso reconhecer que o manicômio judiciário, palco do enlace entre o discurso jurídico e o discurso psiquiátrico, se conforma como verdadeira reedição daquelas máquinas mortais de moer gente e de destruir sonhos a que nos referimos no início do capítulo. São típicos aparelhos repressivos de Estado, que funcionam tendo por base a

6 O caso Damião Ximenes Lopes, no qual o Brasil foi condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. Ximenes Lopes foi morto em 04 de outubro de 1999, quando estava internado em um hospital psiquiátrico no estado do Ceará (Silva, 2013).

violência, funcionando, portanto, pela repressão (Althusser, 1970) e que cumpre um papel muito bem definido, que é o de, segregando os indesejáveis, manter determinadas relações sociais e determinadas relações de poder. De mais a mais, outra não tem sido a função de determinadas instituições, demonstrando a triste realidade de que o Estado democrático de direito não se destina a todos (Magalhães & Magalhães, 2016).

Do encontro entre o jurídico e o psiquiátrico, segundo Zimmer (2011), elabora-se um campo de forças que fabrica lógicas aparentemente afinadas com o discurso do cuidado, da proteção e da garantia de direitos, mas que, em realidade, esses discursos servem a uma lógica perversa, pois que produtores de posturas excludentes e mortificantes, afinados com a economia do biopoder, deixando morrer os diferentes e, como consequência, a própria diferença, em nome da estratégia de controle sobre a vida.

Capítulo 2. O manicômio judiciário no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

2.1. O processo de reforma psiquiátrica no Brasil

O século XX assistiu a um projeto de criação, apogeu e crise das instituições totais punitivas, em que a penitenciária e, podemos acrescentar, os manicômios, perderam paulatina e definitivamente a legitimidade anteriormente conferida pelas teses racionalizadoras de intervenção.

No que se relaciona aos hospitais psiquiátricos, o modelo de atendimento às demandas em saúde mental, operacionalizado a partir da estrutura asilar, embora se consolidando ao longo do tempo, acumulou um grande número de críticas que vão delinear novas perspectivas e fundamentar, mais tarde, novas práticas em saúde mental, compondo uma síntese que se caracterizará pela “busca do (re)conhecimento dos direitos e da cidadania do louco e sua (re)inserção psicossocial” (Ministério Público Federal, 2011, p. 18).

A partir do final da Segunda Guerra Mundial e, mais especificamente nos anos 1960, com a publicação dos trabalhos de autores que construíram uma crítica vigorosa em relação ao modelo de psiquiatria centrado no manicômio (Ronald Laing, Michel Foucault, Thomas Szasz e Franco Basaglia, por exemplo), os contornos do atual movimento de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial são delineados.

Nesse contexto, é possível estabelecer dois momentos de redimensionamento do campo teórico-prático da psiquiatria. O primeiro se inicia com os movimentos das Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra e Estados Unidos. Nesta etapa, as críticas não se situam no plano de uma ruptura com a instituição psiquiátrica, mas objetiva a formulação de meras reformas do modelo, a fim de que se recoloca como sendo o mais adequado ao tratamento do paciente. Não traça um questionamento acerca dos fundamentos próprios do saber psiquiátrico.

Posteriormente, busca-se essa ruptura com o modelo psiquiátrico, edificando mesmo uma antipsiquiatria “referente a um olhar crítico voltado para os meandros constitutivos do saber/prática psiquiátrico: o campo da epistemologia e da fenomenologia” (Amarante, 1995, p. 22).

Assim, apesar de não se constituir como um questionamento relativamente atual do paradigma centrado no modelo manicomial, o movimento de Reforma Psiquiátrica apresenta, nas últimas décadas do século XX, um novo momento de crítica e controvérsia ao padrão de produção da verdade no campo da doença mental. Ocorre uma modificação substancial relativa à atenção no campo da saúde mental, buscando-se não mais o aperfeiçoamento do sistema asilar, mas, antes, incidindo sobre os pressupostos e fundamentos da própria psiquiatria concebida como instrumento violento de controle e normatização.

Na mesma perspectiva, o processo de reforma psiquiátrica brasileira vem alcançando resultados significativos, alterando o paradigma de atendimento às demandas em saúde mental, sobretudo no que pertine à introdução de serviços substitutivos ao confinamento manicomial como destino final.

No país, essa luta estará estreitamente vinculada ao questionamento do sistema político e sua eclosão se dá no contexto dos movimentos de restauração da normalidade democrática. Em termos de definição, podemos afirmar que a reforma psiquiátrica constitui um “processo histórico de formulação crítica e prática e que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (Amarante, 1995, p. 87).

A reforma psiquiátrica no Brasil, portanto, se situa no plano de questionamento quanto ao paradigma então vigente, porém objetivando não ao seu ajuste, senão à sua superação. Busca-se edificar um novo modelo de lidar com a demanda da loucura ao tempo em que aponta os inúmeros aspectos negativos legados pelo modelo centrado na instituição asilar.

O processo de reforma psiquiátrica torna-se mais completo na medida em que se situa em um paradigma absolutamente diverso, não apenas do modelo centrado na instituição manicomial, mas também se diferenciando das primeiras experiências de contestação ao modelo tradicional, constituída pelo movimento das comunidades terapêuticas e pelo movimento da psiquiatria comunitária preventiva. Assim,

Do mesmo modo, a ideia de uma ação comunitária, igualmente cara à reforma, exige atenção permanente aos riscos de ‘psiquiatrização’ e normalização do social [...] Ao se propor, hoje, um tratamento que mantenha o paciente na comunidade e faça disso um recurso terapêutico, ao contrário de normalizar o social, propõe-se que é possível ao louco, tal como ele é, habitar o social [e não o asilo de reclusão] (Tenório, 2002, p. 31).

Após a edição da lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, marco legal que formaliza a reforma psiquiátrica no país, empreende-se um esforço no sentido de efetivar mudanças na política de saúde mental que signifiquem uma ruptura com as experiências consolidadas a partir lógica psiquiátrica historicamente estabelecida.

O fechamento de hospitais psiquiátricos e a introdução de estratégias de cuidado a partir de serviços substitutivos e territoriais, articulados numa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e direcionados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) tornam-se os propósitos do novo paradigma de atenção às demandas em saúde mental.

A partir de então, observa-se um processo de redução progressiva de leitos psiquiátricos no sistema de saúde do país, resultante das iniciativas para promoção de melhorias nas condições de tratamento das pessoas em sofrimento mental, levando mesmo ao descredenciamento de hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH).

Em contraste com a expansão verificada nos anos 60 e intensificada na década de 1970, em que o número dos hospitais psiquiátricos privados triplicou em relação aos públicos, a partir de 2002 até o ano de 2014, houve uma redução de 51,3% dos leitos psiquiátricos credenciados pelo Sistema Único de Saúde. De um total de 51.393 naquele ano, distribuídos em 228 hospitais, registrou-se uma redução à aproximadamente 25.000 leitos em 167 hospitais psiquiátricos em todo o país (Ministério da Saúde, 2015).

Além disso, outras estratégias de atenção psicossocial são implementadas, relativizando a realidade do hospital psiquiátrico enquanto estrutura em torno da qual devem orbitar os serviços de saúde mental. Com isso, há o estabelecimento dos serviços territoriais, dos quais se destacam os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), cuja implantação antecede a edição da lei de reforma psiquiátrica, tendo ocorrido no ano de 1998, e se expandindo anualmente. Em 2014, registrou-se a existência de 2.209 CAPS espalhados pelo território nacional, apontando para a consolidação do serviço de atendimento às demandas em saúde mental alternativo à internação asilar (Ministério da Saúde, 2015).

Com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, editada no contexto da Política Nacional de Atenção Básica, foram instituídas as equipes de Consultório na Rua, com o objetivo de ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando atenção integral à saúde de maneira mais oportuna a um grupo populacional que se encontra em condições de maior vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Até o ano de 2014, pois, 111 equipes de Consultórios na Rua foram habilitadas pelo Ministério da Saúde em todo o país, distribuídas em 24 Estados, registrando um aumento bastante considerável, tendo em vista que em 2012, somente 7 unidades federativas possuíam o serviço.

Da mesma forma, foram implantadas em 10 estados brasileiros as Unidades de Acolhimento, compreendidos como dispositivos de caráter residencial, destinados a oferecer suporte aos CAPS, ampliando os cuidados em saúde, destinado à população em situação de vulnerabilidade. Segundo o relatório Saúde Mental em Dados (Ministério da Saúde, 2015), até 2014, foram implantadas um total de 34 Unidades no país.

Outras iniciativas, como o incremento de leitos de saúde mental em Hospitais Gerais e o Programa de Volta para Casa, cujo número de beneficiários, situado em torno de 206, no ano de 2003, saltou para 4.349 em 2014, merecem destaque entre as principais estratégias de atenção à saúde mental sob o novo paradigma.

E talvez a iniciativa que mais evidencia os avanços na política de saúde mental e o avanço das estratégias de desinstitucionalização seja exatamente a mudança no perfil dos hospitais psiquiátricos verificada no período compreendido entre 2002 e 2014, com a redução contínua do número de leitos nos estabelecimentos de maior porte, considerados como

aqueles que possuem de 241 a 400 leitos, bem como aqueles que possuem número acima de 400 leitos. Nesta última faixa, verificou-se uma redução importante. Em 2002 registrava-se 15.125 leitos, passando a 2.410 em 2014 (Ministério da Saúde, 2105).

A partir dessa conjuntura, pode-se afirmar que todo o processo de reforma psiquiátrica, seja em âmbito internacional, seja no plano doméstico, resulta de reflexões e debates suscitados pela realidade que o tratamento fundamentado na internação de pacientes com transtornos mentais em instituições totais promoviam, especialmente por envolverem a exclusão, a violência e, como afirmam Duarte e Garcia (2013), a centralidade médico-hospitalar.

Naturalmente o avanço desse processo de reorientação da política de saúde mental encontra resistências. Como um movimento coletivo, é articulado em diversas frentes, nos campos legislativo, administrativo e judiciário, com o intuito principal de transformar a relação entre a sociedade e a loucura. É, como se vê, uma prática destacada pela nota da heterogeneidade que “em seu escopo amplo e variado, engloba o movimento social Por uma Sociedade sem Manicômios, a Associação de Usuários e Familiares, partidos políticos, igrejas e organizações não governamentais, entre outros” (Maciel, 2012, p. 75).

2.2. Os desafios atuais da reforma psiquiátrica

Decorridos mais de 15 anos do advento do marco legal que formaliza o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, observa-se ainda em marcha a transição de modelos de atenção às demandas em saúde mental, já que o sistema que estabelece os tratamentos alternativos à

internação hospitalar ainda convive com a existência de instituições manicomiais, embora em declínio do número de leitos psiquiátricos, conforme visto anteriormente.

O panorama atual de organização da rede de atenção psicossocial demonstra claramente uma evolução no sentido de uma intensificação do processo de descentralização do atendimento em saúde mental, em um esforço de superação da instituição hospitalar enquanto principal responsável pela implementação das ações de saúde.

Nessa trajetória, naturalmente o processo de reforma psiquiátrica se depara com dificuldades e obstáculos para se levar adiante a implantação, em caráter universal, dos princípios estabelecidos na lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Atentos a essa realidade, mas sem qualquer pretensão de esgotar o assunto, entendemos ser relevante apontar algumas das principais dificuldades e entraves ao regular curso de transição desses modelos.

Assim, um primeiro desafio que podemos apontar é dificuldade de se levar a cabo um projeto no âmbito de um país com as características do Brasil, sejam elas geográficas, políticas ou sociais (Bezerra, 2007). Isso porque, ao envolver a proposta de transição de paradigmas de atendimento às demandas em saúde mental, a dinâmica que resultou na proposta de Reforma Psiquiátrica se desdobra em diversos patamares e campos de atuação, que precisam ser considerados para que “a luta antimanicomial não perca sua potência de movimento, que ela não se restrinja ao plano das formas” (Vasconcelos & Paulon, 2014, p. 223).

Dentre os principais entraves recentes ao movimento de ampliação da reforma, Eduardo Vasconcelos (2010) aponta os riscos políticos de regressão do processo em razão da excessiva institucionalização e burocratização dos novos serviços implantados na rede de atenção psicossocial, nos quais se observam, além da precarização das condições de trabalho,

o ingresso de novos gestores e trabalhadores desconectados com a história e com a experiência política do movimento. Sobre esse tópico, Bezerra (2007) afirma que,

A formação de recursos humanos é outro desafio fundamental. A maior parte dos novos profissionais da rede é formada de jovens que não passaram pelo processo de luta política e ideológica que envolveu a criação do movimento antimanicomial, não viveram o intenso intercâmbio com figuras emblemáticas desse movimento no nível internacional, como Basaglia, Foucault, Rotelli e outros, em suas vindas ao Brasil. Boa parte desses profissionais se tornou adulta num momento da vida do país em que as grandes bandeiras de transformação política já tinham se tornado história, momento em que a própria esfera da política começou a experimentar um esvaziamento que só fez se acentuar desde então. Para a primeira geração de profissionais envolvida na construção da Reforma, o pano de fundo político e ideológico em que esta construção se dava era claro, até porque ele abarcava várias outras áreas da vida social, como a luta contra os resquícios do regime militar e os movimentos reivindicatórios de setores sociais. O reflexo, junto aos novos profissionais, do esmaecimento da política, e a hegemonia crescente do discurso técnico tornam a formação desses profissionais uma tarefa complexa, pois se de um lado é preciso dar-lhes uma formação teórica e técnica sólida, de outro é necessário que ela suscite uma vocação crítica e criativa, de modo a atender aos desafios que um processo de transformação contínuo, como a Reforma, impõe de modo constante. (p. 245).

Outros problemas se vinculam ao modelo econômico vigente em um país de capitalismo periférico. A expansão das políticas neoliberais no contexto nacional determina fundamentalmente o comprometimento da universalização de políticas sociais públicas, que invariavelmente induzem a desassistência e podem comprometer o acesso aos serviços de saúde. Logo, o nosso sistema único de saúde apresenta dificuldades estruturais de financiamento, difícil acesso, precária resolutividade e baixa capacidade de absorção de novos desafios (Vasconcelos, 2010). Dessa forma, o autor destaca a necessidade de maior articulação intersetorial das políticas e programas, objetivando introduzir no campo dos direitos sociais as lutas no campo da saúde mental.

No âmbito técnico, Delgado (2013) destaca que o avanço do processo de Reforma Psiquiátrica no SUS, após a edição da Lei nº 10.216, verificou-se um contencioso crescente e

mais ríspido, a cada ano, entre os campos da saúde mental pública e representantes da psiquiatria. Venturini (2010), por sua vez, afirma que a ciência médica e a psiquiatria, ao longo da história, orgulharam-se muito de seu poder e, por isso mesmo, tornou-se pouco propensa à autocrítica.

Acerca dessa resistência da classe médica, Bezerra (2007) aponta que muitas vezes pode se dar de forma indireta, estando presente na defesa da hegemonia absoluta dos médicos no campo da atenção à saúde, ou na defesa exclusiva dos tratamentos biológicos, na utilização do modelo da medicina baseada em evidências, com a utilização da nosografia descritiva em prejuízo de estratégias psicodinâmica, fenomenológica ou psicossocial.

Esse modo de agir favoreceu um movimento corporativista espelhado na mobilização pela aprovação do Projeto de Lei do Ato Médico (PL 7.703/06), o que pode minar os esforços interdisciplinares e intersetoriais de atenção integral (Vasconcelos, 2010). Nesse cenário, a evolução das tecnologias médicas somente reforça a potência da psiquiatria biomédica.

Os espaços de debates acadêmicos e de produção de conhecimento também são palcos de dificuldades do movimento de reforma psiquiátrica, pois os posicionamentos mais conservadores da psiquiatria tem se consolidado, “reforçada pelos mecanismos pouco flexíveis do incentivo à produção de conhecimento, que favorecem amplamente as pesquisas que se realizam em ambiente dito experimental (como ambulatórios de universidades) em relação ao conhecimento produzido na vida real do território e do SUS” (Delgado, 2013).

Outro obstáculo importante no caminho do processo de reforma psiquiátrica é o apelo e a pressão social pelo estabelecimento de uma política pública de intervenção no problema da dependência química, baseada na internação compulsória. As estratégias para lidar com

essa situação, sempre com alta carga de autoritarismo, envolvem o recolhimento e o isolamento do sujeito (Vasconcelos, 2010).

Talvez o ponto mais relevante no que se relaciona aos desafios com que se depara o processo atual de reforma psiquiátrica no Brasil seja a superação definitiva do “legado asilar, iatrogênico e carcerário, os ranços do antigo modelo” (Vasconcelos e Paulon, 2014, p. 225). São, conforme sustentam as autoras, os desejos de conservação próprios da lógica manicomial que por vezes capturam até mesmo os trabalhadores do campo da saúde mental, que, por isso, passam a assumir posturas e argumentos contra a reforma.

Por isso, Alverga & Dimenstein (2006) postulam ser bastante reduzido o alcance da luta pela reforma psiquiátrica quando fundamentada apenas na perspectiva da reinserção social, isto é, na “reafirmação dos ideais modernos de liberdade, igualdade e fraternidade, sem uma crítica (ruptura) radical aos fundamentos de um processo societal que se desenvolveu ancorado na rejeição de tudo o que não se identificava com a racionalização da vida cotidiana” (p. 302).

Superar, nos serviços territoriais de saúde mental, a lógica manicomial, reforçando o ponto que foi a inspiração do processo de reforma psiquiátrica e que questionou as bases epistemológicas da própria psiquiatria, concebida enquanto campo do conhecimento exclusivo, capaz de responder ao problema da loucura, parece ser o objetivo de maior envergadura e, conseqüentemente maior dificuldade, mas também de maior urgência.

2.3. O lugar do manicômio judiciário na reforma psiquiátrica

A despeito dos avanços e conquistas do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, e mesmo diante do conjunto de etapas a superar para aprofundamento do movimento reformista, o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico permanece como a face esquecida desse esforço de contestação do modelo manicomial.

A lógica de controle e confinamento em espaço asilar continua intocada nos dias atuais, dentro do sistema de execução penal do Estado, operada a partir da internação compulsória de inimputáveis em conflito com a lei. Essas instituições, portanto, constituem o ponto fraco desse processo de alteração do paradigma de atendimento em saúde mental.

Alocada numa zona de impasse entre as políticas de segurança e de saúde pública, os internos do manicômio judiciário vivenciam as misérias do nosso sistema penitenciário e da ausência de práticas que atendam as demandas na rede de atenção psicossocial. Vivenciam, portanto, o que de pior existe nas prisões e nos hospitais psiquiátricos.

Dessa forma, discutir a realidade do manicômio judiciário como ponto fraco do processo de reforma psiquiátrica no Brasil impõe a reflexão acerca do processo de vulnerabilidade que envolve determinados segmentos populacionais, alvo preferencial das políticas repressivas do Estado.

Organizado como uma instituição total que, segundo Goffman (1961/2007) é caracterizada por um fechamento na forma de barreira à relação social com o mundo exterior, bem como pela proibição de saída, materializadas, frequentemente, no esquema físico, o HCTP surge igualmente como âmbito de salvaguarda e preservação da ordem pública, ao mesmo tempo em que se configura como o lugar próprio da verdade sobre o louco perigoso, sobre a doença mental associada ao crime, forjado pela colaboração entre poder médico e poder jurídico.

A partir dessa conjuntura, observa-se que os modelos historicamente consolidados se mantêm nos dias atuais com bastante força. Nesse sentido, Reis (2010) expõe, com muita propriedade que, os manicômios judiciários “constituem uma das últimas fronteiras que se mantêm em grande parte selvagem e inóspita a uma compreensão mais humana dos fenômenos que nela se encerram” (p. 12). Nesses espaços, seus habitantes são abandonados em tratamentos que podem se estender por tempo indeterminado, consoante assevera Diniz (2013). Desse modo, os internos vivenciam a contradição de estarem submetidos à precarização das condições de saúde em um espaço que, em tese, se presta a finalidade terapêutica.

A busca pela normatização escamoteia uma intensa carga de violência institucional, baseada no discurso psiquiátrico que, muitas vezes, valida relações de poder e controle social. É assim que,

No caso específico da loucura, além do medo para com a diferença mesma e seu contágio pestilento, moral e biológico, vemos, na justificativa das práticas de exceção, para além da garantia do bem geral, a busca do bem particular do insano. Trata-se de protegê-lo de si, alienando-o dos direitos perante os demais (Fonseca, Thomazoni, Costa, Sousa & Lockmann, 2008, p. 36).

Em nível nacional, a realidade dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico foi demonstrada nas inspeções realizadas nesses estabelecimentos, nos últimos anos, dentre as quais se destaca a promovida em 17 estados da federação e no Distrito Federal, de maneira conjunta pela Ordem dos Advogados do Brasil, Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde e Conselho Federal de Psicologia, no ano de 2015, na qual se detectou um quadro de graves violações dos direitos dos internos, principalmente no que se relaciona aos direitos humanos. Atualmente no país, 3.425 pessoas encontram-se custodiados nos 23

estabelecimentos por todo o país (Ministério da Justiça, 2014), vivenciando as agruras de se situarem em um plano de absoluta invisibilidade no contexto das pautas sociais em relação a políticas do sistema penitenciário nacional.

A ausência de tratamento efetivo dos internos comprova a ineficácia do dispositivo hospitalar/manicomial e “sobretudo o descompasso entre as novas formas de abordagem, tratamento e responsabilização do louco infrator, amparadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial” (Conselho Federal de Psicologia, 2015, p. 14).

O cotidiano de aviltamento das garantias dos internos também foi um importante dado identificado. O artigo 97, parágrafos 1º e 2º, do Código Penal e os artigos 175 e 176 da Lei de Execuções Penais, impõem a realização de exames periódicos para avaliar o estado de periculosidade do agente, fundamento da medida de internação. Verificou-se que apenas em 17% dos casos são cumpridos os prazos de periodicidade da realização desses exames.

Infraestrutura precária, ausência de advogados na quase totalidade das unidades inspecionadas, a atuação de poucos psicólogos e unidades superlotadas, são problemas que se somam ao elenco daqueles inúmeros outros encontrados no sistema penitenciário brasileiro.

Nos HCTPs inspecionados, detectou-se o enorme isolamento em que vivem os internos. “Em 70,59% dos manicômios inspecionados não há espaço para a convivência íntima e, em 100% deles não há visita íntima. O corolário óbvio é a relação homoafetiva muitas vezes não consentida” (Conselho Federal de Psicologia, 2015, p.17).

Nos últimos anos, portanto, descortinou-se a realidade de que o espaço asilar constituído pelo HCTP é refratário às modificações introduzidas pela lei de reforma psiquiátrica brasileira, operando a partir da manutenção da lógica psiquiátrica clássica, que se

harmoniza com a convocação cada vez maior do direito penal para regulação da vida em sociedade.

As inspeções realizadas pelo Conselho Nacional de Justiça nesses estabelecimentos, em vários estados da Federação, confirmaram a situação denunciada pelo Conselho Federal de Psicologia, apresentando uma realidade absolutamente brutal de violações de direitos e garantias fundamentais da população interna.

Do ponto de vista legislativo, a edição da lei nº 10.216/2001, ao alterar o modelo de atendimento em saúde mental, contribuiu profundamente para a transformação da visão social da loucura e do louco, já que estimula o aperfeiçoamento técnico e institucional, ao mesmo tempo em que promove práticas inclusivas. Além disso, “verificam-se mudanças significativas no campo da política de saúde mental no país, consolidando a perspectiva de desinstitucionalização, criação e a regulamentação de instrumentos legais relativos à implementação da rede de serviços substitutivos” (Cordioli; Borenstein & Ribeiro, 2006, p. 672). No entanto, essa modificação esbarra no terreno pouco permeável (para não dizer intransponível) do manicômio judiciário, que, ressaltando sua natureza de estabelecimento prisional, contribui para a manutenção do estigma do louco perigoso.

A internação compulsória, considerada majoritariamente como uma sanção penal de cunho terapêutico e preventivo, tem a sua aplicação realizada por uma instância estranha aos serviços de saúde, configurando-se, assim, como uma terapia *sui generis*, sobretudo por requerer o confinamento em uma unidade de tratamento e custódia, ambiente, como vimos, de natureza híbrida, isto é, que mescla hospital e cárcere, e somente possível desde que os magistrados "começaram a julgar coisa diferente além dos crimes: a alma dos criminosos" (Foucault, 1975/1987, p. 20).

Além disso, a avaliação da condição de inimputabilidade e periculosidade do agente, pressupostos para a aplicação da medida constritiva da liberdade, é aferida mediante exame médico, sendo certo que "o discurso da psiquiatria não mantém uma lógica clínica baseada no diagnóstico e no prognóstico clínico, senão que assume um lugar jurídico de julgamento e sanção" (Bravo, 2007, p. 39). Nessa perspectiva, Diniz (2013), ao elaborar o censo dos hospitais e unidades de custódia e tratamento psiquiátrico do Brasil, concluiu inexistir periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos, isto é,

O diagnóstico psiquiátrico não é determinante para a infração penal cometida pelo louco. O que há são indivíduos em sofrimento mental que, em algum momento da vida, por razões que não fomos capazes de identificar pela pesquisa documental em dossiês, cometem infrações penais (Diniz, 2013, p. 15).

Talvez por isso, em muitos casos os laudos apontam para a não cessação do estado de periculosidade e, em alguns deles, há a expressa recomendação da manutenção da internação manicomial.

Na aplicação dessa medida de segurança não deixa de estar presente o problema do incremento da conflitividade social, que massifica o dogma da pena e contribui para o distanciamento cada vez maior do HCTP dos serviços públicos de saúde. E mais que isso. Verifica-se que o manicômio judiciário consiste em um espaço de confluência dos discursos psiquiátrico e jurídico e diferenciado por certo fechamento em si mesmo em nome de um ideal de segurança pública, a tal ponto que quinze anos após o advento da nossa lei de reforma psiquiátrica, inspirada na Lei italiana nº 180, de 1978, a instituição ainda se assemelha bastante com uma instituição do século passado.

Assim, a discussão necessita abranger um espectro mais amplo que o debate acerca da proteção dos direitos fundamentais das pessoas portadoras de transtornos mentais, razão pela

qual os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, mais recentemente, se tornaram alvo de investigação e observações por diversas instituições e entidades da sociedade civil.

No âmbito do Poder Judiciário, por exemplo, a partir do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, o Conselho Nacional de Justiça editou a Recomendação nº 35, que dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução de medida de segurança, aconselhando a adoção por parte dos Tribunais da política antimanicomial, devendo-se priorizar as medidas executivas em regime aberto e estratégias humanizadoras que respeitem os direitos fundamentais e sociais das pessoas submetidas às medidas de segurança. Lamentavelmente não se tem notícia acerca da efetiva aplicação dessa orientação.

Por sua vez, o Ministério da Saúde, através do Conselho Nacional de Saúde, realizou entre os dias 27 de junho e 01 de julho de 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, com o objetivo de promover debates acerca das questões próprias do campo da saúde mental, articulados com diversos setores da sociedade, no atual cenário da Reforma Psiquiátrica, centrando-se nos novos desafios para a melhoria do cuidado em saúde mental no plano dos serviços territoriais e enfatizando o desenvolvimento de ações intersetoriais. Nesse evento, o manicômio judiciário esteve em pauta, sendo objeto de discussões acerca das possibilidades de sua superação.

Nessa perspectiva, consta um capítulo específico no Relatório da IV CNSM dedicado à saúde mental, medidas de segurança e sistema prisional, onde se propõe medidas específicas para agilizar a extinção dos manicômios judiciários (teses 739-746), além da aprovação da 13ª Moção, pela construção de estratégias para o fim dos manicômios judiciários no país.

2.4. Desconstruindo a “Casa Verde”: experiências de superação do HCTP

Na obra “O alienista”, Machado de Assis (1882/2014) descreve o hospício da Casa Verde como um projeto que, embora constituindo o palco onde se questione o poder psiquiátrico de Simão Bacamarte, possui seu lugar muito bem definido na nova ordem que se estabelece na cidade de Itaguaí. Ao final, o hospício, inquebrantável, absorve seu idealizador. O conto machadiano é uma crítica ao discurso hegemônico do positivismo, que está na base da psiquiatria biológica. Como metáfora, demonstra muito bem a consolidação do tradicional asilo de loucos, que se perpetuou ao longo da história e do qual o manicômio judiciário é um exemplar ainda vivo.

Mas existem experiências de superação dessa lógica. Em nível internacional, o exemplo da Itália é aquele mais significativo, pois se constitui como uma clara demonstração de que é possível uma sociedade sem manicômios judiciários.

O processo de extinção dos manicômios judiciários naquele país segue uma linha histórica que remota ao ano de 2008, momento em que a administração dos *Ospedali Psichiatrici Giudiziari* (OPG) deixou de estar a cargo do Departamento Penitenciário, órgão vinculado ao Ministério da Justiça italiano e passou a fazer parte do plexo de responsabilidades do Ministério da Saúde, que então passa a ter o encargo de gerir as instalações, equipamentos e equipes profissionais atuantes no espaço dos manicômios judiciários, circunstância que possibilitou o avanço da Reforma psiquiátrica nesse campo (Silva, 2015). Mais tarde, duas iniciativas serão determinantes para a extinção definitiva dos hospitais psiquiátricos judiciários. Em 2011, o Senado italiano expôs à sociedade os horrores vivenciados pelos internos daqueles estabelecimentos, o que desgastou a imagem das antigas

estruturas de cumprimento de medida de segurança. No mesmo ano, o movimento pela extinção dos OPGs foi impulsionado com a fundação do grupo StopOPG, que congrega diversas associações de trabalhadores e usuários de serviço de saúde mental. Advogando abertamente a superação dos hospitais psiquiátricos judiciários, denunciavam a condição aberrante da manutenção das velhas estruturas asilares, cuja persistência seria resultante não apenas de concepções obsoletas acerca da doença mental e do saber psiquiátrico, mas de um conjunto de práticas omissivas e comportamentos inadequados em diversos níveis⁷.

No ano de 2012, com a edição da Lei nº 9, determinou-se formalmente um prazo para o esvaziamento dos *Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, e o redirecionamento da execução de medidas de segurança às novas territoriais de saúde mental. Tais instalações foram denominadas de *Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza*, as REMS (Venturini, 2016).

Atualmente, a Itália conta com 28 REMS em operação⁸, alterando significativamente a forma como a execução de medida de segurança é efetuada naquele país e demonstrando concretamente a viabilidade de extinção dos manicômios judiciários. Todavia, as novas estruturas não estão isentas de críticas. O Movimento StopOPG tem alertado para o risco de se promover a perpetuidade da lógica manicomial e de um regime penitenciário, “embora com operadores de saúde mental, o que muito provavelmente os convocará a retomar a função de polícia e controle punitivo que, a tanto custo, conseguiram superar em algumas cidades italianas” (Silva, 2015, p. 133), qualificando o equipamento de “mini-OPG”.

7 Disponível em <<http://www.stopopg.it/node/915>>

8 Dado obtido em consulta ao site <http://180gradi.org/2017/01/25/mappa-delle-rems-ditalia/>

Por sua vez, o movimento da Psiquiatria Democrática, segundo Weigert (2015), e trabalhadores que atuam no campo da saúde mental de Trieste, entendem que a edificação das REMS não desconstrói a lógica manicomial, pois os usuários do serviço continuam privados da total liberdade de ir e vir, o que fundamentalmente caracteriza a lógica voltada ao anormal, procurando paradoxalmente desinstitucionalizar o interno reinserindo-o em outra instituição.

Seja como for, a edição da Lei nº 81 de 2014, na qual se estabelecia que as REMS fossem adotadas excepcionalmente e em caráter residual, levou ao fechamento dos hospitais psiquiátricos judiciários no dia 31 de março de 2015, com a instauração de práticas de atendimento alternativas ao louco infrator, além de oferta de abrigo nos serviços territoriais de saúde mental (Venturini, 2016).

A experiência é recente e não se sabe se será suficiente para romper de uma vez por todas com a maneira histórica de tratar o louco infrator. Contudo, mostrou-se como um passo além no processo de reforma psiquiátrica italiana, desde que não se convertam em novas instituições de aprisionamento.

Nacionalmente, duas experiências de aplicação de medidas de segurança pautadas nos princípios da reforma psiquiátrica se destacam. São elas o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), executado pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais; e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), implantado pela ação conjunta do Ministério Público, entidades ligadas à saúde mental e o Estado de Goiás.

O PAI-PJ configura-se como um programa que torna efetivo o acompanhamento do louco infrator, contribuindo para sua reintegração social. Constituindo-se na experiência pioneira de aplicação dos princípios da reforma psiquiátrica no trato dos pacientes judiciários, sua aplicabilidade se dá a partir do estudo do caso por uma equipe multidisciplinar, que avalia

a melhor medida a ser aplicada, objetivando o tratamento do indivíduo. Pode-se dizer, dessa forma, que “o cerne do programa é auxiliar o juiz na aplicação e na execução da sentença, objetivando a futura reinserção social do doente, promovida através de acompanhamento em conjunto com os familiares e com a comunidade” (Moraes & Francischetto, 2014, p.49).

É um modelo que rompe com o a sistemática convencional de execução penal no caso do inimputável, objetivando promover-lhe um atendimento integral, que se norteia pelos princípios que orientam o processo de reforma psiquiátrica. Desse modo, o programa articula uma rede de cuidados conforme a singularidade clínica, social e jurídica de cada caso, com acompanhamento de profissionais nessas três esferas, o que contribui para manter os laços sociais e familiares dos assistidos.

Os resultados do projeto são animadores. Até o ano de 2009, o programa já efetuou o acompanhamento de “1058 processos criminais, numa parceria contínua entre a justiça, o Ministério Público, a rede pública de atenção em saúde mental e os dispositivos sociais da rede aberta da cidade” (Barros-Brisset, 2010, p. 126). Mais significativos são os dados quanto a reincidência criminal.

Pesquisando a situação dos casos encerrados, registramos uma reincidência em torno de 2%, relativa a crimes de menor gravidade e contra o patrimônio, e, em dez anos de trabalho, não temos registro de reincidência de crime hediondo, que ensejasse o retorno do fantasma da periculosidade que, via de regra, assombra o cuidado e a convivência com estas pessoas (Barros-Brisset, 2010, p. 127).

A segunda experiência, derivada diretamente do programa mineiro, surgiu com o intuito de realizar um censo das medidas de segurança em execução no Estado de Goiás no ano de 2003 e implementado oficialmente em 2006, o PAILI se tornou a inovadora experiência de implantação das modificações na abordagem ao paciente psiquiátrico no

âmbito da execução penal. Fruto da articulação entre diversas instituições, redirecionou os homens e mulheres submetidos à medida de segurança de internação psiquiátrica compulsória ao atendimento nas unidades de serviços abertos e serviços conveniados ao Sistema Único de Saúde, “espaço democrático de atendimento a esses pacientes” (Silva, 2010, p. 114). Com isso, o louco infrator deixou de ser um problema de segurança pública e passou a alçada da área da saúde pública. O novo paradigma, enfim, atingiu o reduto então intocado.

Logo, em que pese o fato da execução da medida de segurança continuar como um processo judicial, o juiz deixa de ser o responsável pela determinação do tratamento do paciente, ato para o qual efetivamente não possui habilitação. De igual modo, o Ministério Público permanece em atuação, acompanhando o tratamento e fiscalizando o funcionamento do programa.

De acordo com o Ministério Público do Estado de Goiás (2013),

Com autonomia para ministrar o tratamento, as equipes psicossociais dos CAPS ou das unidades de internação determinam e colocam em prática a melhor terapêutica, acompanhados de perto pelos profissionais do PAILI, cuja atuação é marcada pela interlocução e integração com toda a rede de atenção em saúde mental. Essa liberdade de ação de que dispõem os profissionais da saúde facilita ainda para a quebra de resistências ao acolhimento de pacientes do Programa, pois, com autonomia para o tratamento, não permanecem na dependência de decisões judiciais para encaminhamentos importantes como, por exemplo, nos casos de desinternação e encaminhamento do paciente para a família ou para uma residência terapêutica. Evitam-se, pela mesma razão, internações de longa duração por vezes caracterizadoras da perpétua privação da liberdade do paciente que, longe de seus laços afetivos e familiares, acabava se institucionalizando (p. 25).

Experiências como essas somente são possíveis em contextos marcados pela aplicação dos princípios vertidos na lei de reforma psiquiátrica, no plano geral de atendimento em saúde mental.

Mas não é só isso, a radicalidade da ruptura com o modelo asilar tradicional também foi demonstrada com o fechamento do Hospital Psiquiátrico Heitor Carrilho em 20 de março de 2013, o primeiro manicômio judiciário do país, localizado na cidade do Rio de Janeiro/RJ, grande ícone de afronta aos direitos humanos, o que evidencia a possibilidade concreta da superação do modelo manicomial, mesmo num cenário de grande clamor público por mais policiamento, por mais ações no campo da segurança pública e mesmo por maior demanda por internação psiquiátrica involuntária, a exemplo das demandas relacionadas à dependência química.

Assim, a superação do problema da segregação hospitalocêntrica, notadamente marcada pela realidade dura de violência e opressão praticada pelo próprio Estado ao paciente judiciário (o que acaba naturalizando sua invisibilidade dentro da escala de prioridades do Estado), representa a escrita de um novo capítulo na história da promoção da saúde mental que já tarda a ser iniciada, sobretudo em face do compromisso firmado pelo Brasil no sentido de garantir e promover os direitos humanos, reforçado pela assinatura da Convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência, alçada à condição de norma constitucional.

Capítulo 3. Explicando a pesquisa

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de natureza qualitativa, que permite revelar processos sociais pouco conhecidos, assim como construir novas abordagens, promover a revisão e criação de novos conceitos e categorias de investigação (Minayo, 2014). Com isso, é possível lançar uma compreensão acerca da dinâmica das relações sociais na busca por entender os sentidos e acontecimentos da vida, isto é, perseguir “o mundo social através das interpretações dos fenômenos, buscando as vivências, as experiências e a cotidianidade” (Romagnoli, 2009, p. 167). Trata-se, portanto, de um estudo contextual, pois que pretende ir além de uma secção transversal de eventos (Gray, 2012), no qual os dados são construídos diretamente do contexto selecionado.

Teoricamente, a pesquisa se fundamenta nos pressupostos da Análise Institucional francesa, buscando construir um campo de problematização em que o manicômio judiciário emerge como uma “dinâmica contraditória construindo-se na (e em) história, ou tempo” (Lourau, 1993, p. 11). Mais que isso, a análise institucional permite visualizar o manicômio judiciário, como o instituído, atuando como um jogo de forças violento, produtor de imobilidade (Lourau, 1993). Por isso, o arcabouço teórico mostrou-se como as lentes mais adequadas para enxergar o fenômeno do manicômio judiciário, já que é a perspectiva que favorece o descortino dos mecanismos que atuam nesse espaço, com ênfase sobre a sua funcionalidade social, bem como nas possibilidades de que uma dimensão instituinte e transformadora possa ocupar esse lugar do instituído (Bravo, 2007).

A partir desse referencial, e compreendendo o ato da pesquisa como ato político que ocorre no plano da crítica à concepção positivista de ciência, a análise da instituição manicomial envolveu o ato de decifrar determinadas relações mantidas entre indivíduos e a própria instituição, elucidando as dinâmicas em curso, ato no qual se exterioriza a relevância da noção de implicação. Essa noção, ao mitigar a dicotomia sujeito/objeto, procura não isolar o ato de pesquisar do momento em que a investigação ocorre no processo de construção do conhecimento (Lourau, 1993). Assim,

O princípio norteador deste procedimento é o de que a aproximação com o campo inclui, sempre, a permanente análise do impacto que as cenas vividas/observadas têm sobre a história do pesquisador e sobre o sistema de poder que legitima o instituído, incluindo aí o próprio lugar de saber e estatuto de poder do “perito-pesquisador” (Paulon, 2005, p. 23).

Nessa perspectiva, concebeu-se a pesquisa em três etapas. No primeiro momento, com a finalidade de coletar dados atualizados acerca do nosso manicômio judiciário, denominada Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento de Natal, delimitamos uma estratégia de observação do cotidiano institucional. A observação participante mostrou-se apropriada à realização da investigação por permitir entrar em contato com o ambiente asilar, possibilitando maior aproximação com os discursos, práticas e afetos que atravessam o ambiente caracterizado por ser, a um só tempo, hospital e prisão. Tal estratégia, segundo Gordo e Serrano (2008), representa uma maneira especial de olhar o fenômeno pesquisado, já que o investigador participa de forma direta dos grupos sociais que analisa por meio da imersão no campo e pela interação com os agentes objetos da pesquisa. Nesse sentido, permite-se o contato com o cotidiano da instituição o que possibilita a melhor compreensão dos saberes e das práticas ali vivenciadas. Como ferramenta de auxílio à estratégia de

observação utilizou-se o diário de campo, relevante tanto para a documentação do cotidiano, quanto para o registro daquelas questões mais ligadas à ordem subjetiva, como sensações, emoções e afetos que o ambiente desperta.

Para ter acesso as dependências da instituição, solicitou-se autorização à Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania, órgão responsável pela gestão das unidades prisionais do Estado do Rio Grande do Norte, mediante expedição do ofício nº 17/2016 – PPGPsi, (protocolado junto ao órgão no dia 07 de dezembro de 2016), no qual foram explicitados os objetivos do estudo. O pedido, no entanto, coincidiu com a eclosão da maior crise no sistema penitenciário da história do Estado, cuja repercussão foi amplamente divulgada em nível nacional pelos veículos de comunicação de massa e que culminou na chacina de 26 presos⁹. As sucessivas rebeliões no interior dos estabelecimentos prisionais e a disputa entre facções pelo controle dos presídios, que se digladiavam abertamente em meio a mais solene inércia das autoridades responsáveis pela gestão do sistema, acarretou a absoluta perda do controle da administração penitenciária e mobilizou diversos setores vinculados à área da segurança pública, inclusive a atuação da Força Nacional de Segurança Pública, além da mobilização constante dos agentes penitenciários estaduais, o que representou grande retardamento na obtenção de resposta ao requerimento. Após a pesquisa ser aceita pelos gestores do sistema prisional, o que ocorreu somente no final do mês de fevereiro de 2017, mantivemos contato com a direção do estabelecimento para ter acesso ao local. Apesar do fato da equipe da instituição ter se mostrado bastante receptiva, somente no final do mês de março fui autorizado a ingressar nas dependências do estabelecimento prisional.

9 <http://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/noticia/2017/01/dos-26-corpos-encontrados-em-alcacuz-15-estavam-decapitados.html>

Esse retardamento, somado ao momento crítico vivenciado pelo sistema prisional potiguar, que perdurou durante toda a investigação, embora experimentando momentos de menor intensidade, e o hermetismo característico da instituição, que será discutido mais detidamente no capítulo seguinte, frustrou a implementação da primeira etapa da pesquisa, não sendo possível realizar a imersão desejada no espaço asilar, como uma observação participante efetivamente demanda. Não obstante, configurou-se como momento de coleta de dados atualizados acerca da instituição, de maneira que constituiu uma etapa produtiva no sentido de permitir a construção de um panorama atual da unidade de custódia e de sua posição no contexto das políticas públicas (ou da ausência delas) relacionadas aos estabelecimentos prisionais do Rio Grande do Norte.

A segunda etapa da pesquisa envolveu a análise da fundamentação e dos argumentos utilizados pelos operadores do direito e da psiquiatria para o estabelecimento da medida de internação compulsória como destino final do louco infrator. Essa etapa envolveu a análise dos autos processuais relativos aos internos da Unidade Psiquiátrica de Custódia, em tramitação perante a Vara de Execuções Penais da capital. Para sua execução, solicitou-se formalmente autorização ao juiz titular daquela unidade jurisdicional, o que foi feito através da expedição do ofício nº 04/2017 – PPgPsi. A autorização foi concedida em 11 de maio de 2017, com início do manuseio dos processos a partir do dia 15 do mesmo mês.

A fase de análise dos autos processuais centrou-se na verificação das sentenças proferidas pelos juízes criminais de primeiro grau, responsáveis pelas ações penais em que se reconheceu a inimputabilidade dos agentes; assim como nos laudos periciais, que atestaram o estado de irresponsabilidade penal dos indivíduos, bem como o estado de periculosidade.

Podemos dizer que foi uma etapa especialmente penosa, já que, na ausência de estrutura adequada para realizar o exame dos processos, o trabalho foi efetivado na secretaria da Vara de Execuções Penais da capital, durante o expediente e em meio à rotina de trabalho dos servidores, circunstância que evidentemente causou certos inconvenientes, sobretudo pela impossibilidade de utilizar maior tempo para analisar detidamente os casos. Por isso, a utilização de um roteiro enxuto possibilitou o desenvolvimento mais eficiente em termos de obtenção dos dados.

Por fim, a última etapa da investigação foi constituída de entrevistas semiestruturadas com as autoridades judiciárias titulares das varas criminais da capital, bem como a entrevista com a única profissional médica psiquiatra responsável pelo atendimento dos internos da UPCT.

Com o objetivo de evitar maior desperdício de tempo, bem tão indispensável na realização de uma pesquisa de apenas 24 meses, iniciamos a etapa das entrevistas, contatando as unidades jurisdicionais, a fim de marcar um horário no qual explicássemos do que se tratava a pesquisa e quais os seus objetivos. Do total de 19 autoridades judiciárias, apenas 07 aceitaram participar da investigação, o que se mostrou ao mesmo tempo frustrante e revelador: havíamos tocado em um ponto bastante sensível, um fator de incômodo, uma fonte de constrangimento, que merece o adequado tratamento e problematização. A maior parte das autoridades responsáveis pela aplicação da medida se recusava terminantemente a refletir sobre a própria prática, ao menos quanto a este ponto, o que expõe certa indiferença para com o problema do paciente judiciário. De qualquer forma, colhemos as informações prestadas por aquelas autoridades judiciárias que concordaram em colaborar com a investigação, mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

As entrevistas foram realizadas com o intuito de extrair maiores dados para análise acerca dos argumentos utilizados para a fixação da medida de segurança de internação compulsória, bem como para verificar se tal medida é, de alguma forma, afetada pelo processo de reforma psiquiátrica. Foram efetivadas nas unidades jurisdicionais centrais da comarca, incluindo o juízo das execuções penais, que ganha relevo, por ser o órgão com jurisdição direta sobre a Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento.

Na sequência, foi realizada uma entrevista com a psiquiatra em atuação na UPCT. De mesma maneira, foi coletado o consentimento da participante, mediante a assinatura de TCLE.

A análise do conteúdo das entrevistas possibilitou identificar alguns analisadores que ensinaram a discussão, revelando dimensões institucionais ocultas. Nesse contexto, o analisador surge como elemento importante, pois é ele mesmo que viabiliza a análise (Lourau, 1993). A partir desse esforço interpretativo, é possível tornar visível práticas institucionais com força suficiente para mantê-la distanciada de qualquer processo de mudança na lógica manicomial que lhe é inerente.

Ao longo da pesquisa, durante a realização das entrevistas, mas, sobretudo quando da observação da unidade psiquiátrica, houve momentos em que se estabeleceram conversas informais com os participantes, que revelaram preocupações e descontentamentos em relação à administração do estabelecimento por parte da administração pública direta, cujo teor compõe igualmente a análise e discussão dos dados.

3.1. Instrumentos utilizados

Para execução das 03 etapas da pesquisa, foram utilizados roteiros elaborados com o intuito de orientar as observações e entrevistas, possibilitando a extração mais eficiente das informações acerca dos saberes e práticas dos operadores do direito e da psiquiatria em relação ao manicômio judiciário local.

O roteiro de observação do cotidiano institucional foi elaborado tomando como parâmetro o documento utilizado em procedimentos de inspeção aos hospitais e unidades psiquiátrica de custódia e tratamento, realizado por autarquias profissionais (CFP e OAB) e Ministério Público, em todo o Brasil, conforme se verá adiante.

Por sua vez, o roteiro das entrevistas e o roteiro de observação dos autos processuais foram elaborados a partir de pontos verificados na experiência de observação direta da realidade institucional, que possibilitou a identificação de algumas circunstâncias que necessitavam de maior aprofundamento junto às autoridades responsáveis pelo funcionamento e gestão da “máquina mortífera”, que é o manicômio judiciário (Brasil, 2012).

3.1.1. Roteiro de observação

Para o primeiro momento de visita à unidade psiquiátrica de custódia, desenvolvemos um roteiro de observação com base naquele utilizado nas inspeções aos manicômios judiciários do país, realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia, Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil e Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde, realizadas no ano de 2015 (Conselho Federal de Psicologia, 2015). O intuito foi obter dados atualizados acerca das condições de funcionamento da instituição, sobretudo no que concerne ao número de internos, ao número de profissionais que compõem a equipe

profissional do estabelecimento, às condições de infraestrutura do local, ao tempo médio de permanência dos internos, dentre outros aspectos. O roteiro aplicado encontra-se anexo.

3.1.2. Roteiro de entrevistas semiestruturadas:

Para a segunda etapa da pesquisa, foi concebido um roteiro de entrevista, contendo 13 questões, subdivido em três eixos. O primeiro, destinado a perscrutar os critérios e argumentos que fundamentam a aplicação das medidas de internação. O segundo bloco de questões foi destinado a verificar possíveis efeitos da lei de reforma psiquiátrica no cotidiano da atividade jurisdicional (ou médica) junto aos internos da UPCT. Por fim, o último eixo destinou-se a uma avaliação da unidade psiquiátrica e a indicação de possíveis soluções para eventuais problemas apontados. Roteiro semelhante foi utilizado na entrevista com a psiquiatra que atua na UPCT, abordando os três eixos anteriormente mencionados.

3.1.3. Roteiro de análise das peças processuais

Com a finalidade de nortear a avaliação das peças processuais, desenvolvemos um roteiro com apenas 5 questões, sendo três destinadas a verificar as formas periciais utilizadas, as indicações terapêuticas e sua adequação ao contexto da instituição, isto é, se há tratamento indicado e como esse deve ser feito em relação ao contexto institucional; e duas relacionadas ao prazo mínimo de cumprimento da medida de internação, em comparação com o tempo de efetiva internação na unidade, e a existência de eventuais casos de rejeição total ou parcial do laudo psiquiátrico confeccionado, pela autoridade judiciária.

Capítulo 4. A Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento de Natal

Neste capítulo, apresentaremos as etapas da pesquisa, iniciando-se pela exposição da realidade institucional obtida através dos dados atualizados acerca da Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento de Natal, a partir da coleta *in loco*, como consequência da observação direta do seu funcionamento e do contato com os trabalhadores do estabelecimento, ao acompanhar o cotidiano da instituição. Conforme antes mencionado, a observação, que inicialmente se mostrou como uma ferramenta mais apropriada ao desenvolvimento da investigação, por propiciar o contato do pesquisador com o funcionamento daquele dispositivo, embora tendo sua execução frustrada, em face do momento crítico vivenciado pelo sistema prisional local, possibilitou a confecção de um diário que favoreceu a aproximação dos discursos e práticas que atravessam e caracterizam o híbrido hospital-prisão.

Inicialmente pensou-se em adicionar imagens do local, com o intuito de promover uma maior noção da realidade vivenciada na instituição, porém não nos foi permitido fotografar o ambiente, em razão da proibição estabelecida em uma portaria expedida pela Secretaria de Justiça. Dessa forma, a prospecção da realidade institucional ancora-se naquilo que se observou diretamente e nas informações colhidas junto aos servidores do estabelecimento, durante o pleno desempenho de suas atividades.

4.1. O hospital-prisão

Instituição que compõe o sistema prisional do Estado do Rio Grande do Norte, a Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento foi fundada em 19 de dezembro de 1997, no contexto e como resposta do poder público à crise que o sistema penitenciário enfrentava naquela época. Entrou em funcionamento somente no mês de abril de 1998. Situada no bairro Potengi, zona norte da capital, é uma das instituições que compõem o Complexo Penal Dr. João Chaves.

Destinada ao cumprimento de medida de segurança de internação compulsória, aplicadas a inimputáveis e semi-imputáveis em conflito com a lei, constitui a única instituição do gênero no estado, recebendo sentenciados de todos os municípios, a critério do juízo das execuções penais da capital.

Informações colhidas junto aos funcionários do local, durante a observação, dão conta da configuração de duas instituições distintas, no curso do tempo, que se relacionam diretamente ao cenário político da época. Da fundação, no ano de 1997 até o ano de 2002, o Governo do Estado, via Secretaria de Justiça do Estado, firmou um convênio com a Fundação Norte-Rio-Grandense de Pesquisa e Cultura (FUNPEC), para gestão da unidade. A partir desse momento, o estabelecimento se configurou verdadeiramente como um hospital psiquiátrico, inclusive funcionando 24 horas e contando com a colaboração de profissionais de medicina, psicologia, terapia ocupacional, além do corpo de enfermagem. Os profissionais relataram que o atendimento aos pacientes era bastante diverso. Ainda não eram propriamente internos, pois havia maior espaço de socialização, implementando-se inclusive estratégias com o objetivo de proporcionar o estabelecimento de relações que possibilitassem maior autonomia, seja no nível interno, seja realizando o que denominaram de “saídas terapêuticas”.

Inexistia um corpo de agentes penitenciários no interior da unidade. Havia apenas policiais militares na parte externa do prédio, responsáveis pela segurança do local.

Na transição do governo estadual, no ano de 2002, após o rompimento entre os líderes políticos que disputaram a eleição e que levou à derrota do grupo que tradicionalmente comandava o Rio Grande do Norte, a nova administração tratou de encerrar os programas que se relacionavam com a gestão anterior, repetindo em nível local a artimanha política tão comum no Brasil de descontinuar projetos que se supõe levar a marca do adversário. Essa estratégia resultou na rescisão do contrato e, portanto, no fim do convênio. A consequência disso, segundo noticiaram, foi a deterioração da instituição, que passou a se desenhar verdadeiramente como um estabelecimento prisional, inclusive com a lotação de agentes penitenciários no interior do espaço manicomial, dividindo a rotina com a equipe de saúde.

A unidade possui independência administrativa, dotada, portanto, de autogestão e de um corpo de servidores próprios, contando com funcionários vinculados à Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania (SEJUC), ao lado de uma equipe de funcionários ligados à Secretaria estadual da Saúde, que prestam serviço na unidade, em regime de plantão.

Atualmente possui disponibilidade para custodiar 52 internos, contando na ocasião com 43, todos do sexo masculino, que são acomodados em celas coletivas, aos pares ou trios. Os internos ali estavam por longos períodos. Um ali se encontrava desde a fundação da unidade. É um caso particular de institucionalização, já que, à época da sua transferência, já era apenado, tendo sido transferido da penitenciária “Doutor João Chaves”, denominado pela imprensa local como “o caldeirão do diabo”.

Não há vagas destinadas ao público feminino. As mulheres submetidas à medida de segurança permanecem em outros estabelecimentos componentes do sistema penitenciário

estadual, em isolamento. É curioso notar, acerca desse fato, que ninguém soube explicar o motivo da inexistência de vagas ou de uma seção destinada às mulheres, que permanecem em situação bastante dramática no contexto do sistema prisional.

Não havia disponibilidade de vagas para internação provisória no estabelecimento. Nesses casos, as pessoas presas cautelarmente são redirecionadas aos serviços públicos de saúde, sobretudo ao hospital “João Machado”, instituição hospitalar psiquiátrica pública de referência da capital.

A unidade também acomoda presos que foram acometidos de transtorno mental no curso do cumprimento de pena imposta, isto é, de maneira superveniente à execução penal. Nesses casos, a internação é antecedida da instauração de um procedimento específico, em curso perante a vara de execução penal, para aquilatar a higidez mental do indivíduo. É o que se denomina incidente de insanidade mental e, nesse caso, o preso é encaminhado ao médico perito oficial com atuação perante o Instituto Técnico e Científico de Polícia (ITEP), para ser submetido a exame psiquiátrico.

Apesar de apresentar problemas muito similares àqueles encontrados no sistema penitenciário geral, não se verificou superlotação na UPCT/RN, pois, não obstante exista uma demanda bastante razoável de internação, já que se constitui na única unidade do gênero no estado, a internação é controlada pelo juízo das execuções penais da capital, que decide, como última instância, quem deve ingressar no estabelecimento. Segundo informações colhidas junto à direção da unidade, há uma grande demanda represada, sobretudo nos municípios do interior, que permanece nas cadeias públicas e centros de detenção provisória, em meio a uma população carcerária bastante heterogênea. Embora não se enxergue nenhuma vantagem prática em recolher o paciente judiciário na instituição manicomial, ao invés de deixá-lo em

outra instituição prisional, posto que todos os estabelecimentos prisionais padecem dos mesmos males e, em última análise, são produtos da absurda crença na prisão como forma de reintegrar o sujeito à sociedade, é necessário fazer o registro dessa informação, pois o fato, a despeito de carregar em si uma ilegalidade, foi descrita como relevante para a manutenção de certa ordem na instituição asilar.

A infraestrutura da unidade psiquiátrica é bastante precária, semelhante ao que ocorre em outros estabelecimentos prisionais componentes do sistema penitenciário. A instituição é subdividida em três prédios, sendo um administrativo e duas alas de internação. O prédio administrativo possui uma cozinha, onde se prepara a alimentação dos funcionários. A alimentação dos internos é fornecida pelo Estado, na forma de “quentinhas”, da mesma forma que ocorre com as demais unidades componentes do sistema penitenciário. Além disso, o prédio administrativo conta com banheiros (masculinos e femininos); uma sala utilizada pela profissional de Serviço Social; uma sala do diretor e vice-diretor; sala de repouso para os agentes penitenciários de plantão; sala de enfermagem e outra, na qual são acondicionados os medicamentos destinados ao tratamento dos internos.

As alas de internação são constituídas por dois pavilhões, sendo o primeiro com quatorze celas; e o segundo, com doze. Cada cela possui duas camas de alvenaria. Neles são acomodados dois ou três internos. Notou-se, no entanto, três internos isolados, um policial militar; outro, portador de HIV; e um recém internado. Este último cumpria uma prática institucional de manter o inimputável novato em isolamento por alguns dias, a fim de evitar problemas com os demais. As celas são escuras, úmidas e pouco higienizadas. Na entrada já se percebe o odor forte e desagradável do local, o cheiro típico dos cárceres.

Há uma biblioteca montada no lugar em que, ao tempo do convênio com a FUNPEC, funcionava uma enfermaria, com dez leitos. Com o encerramento do contrato, o espaço foi desativado e tornou-se ocioso. É um ambiente descrito pelos funcionários do estabelecimento como “subutilizado”. Posteriormente, grupos religiosos estruturaram a biblioteca, utilizando-a para a prática de cultos. Funciona também como sala de aula, quando há professores disponíveis.

Há ainda um pequeno espaço utilizado como área de banho de sol pelos internos. É uma área pequena, sem gramado ou qualquer equipamento de lazer. Na verdade é um pequeno terreno, e, nesse único e precário recinto, os internos podem manter algum contato interpessoal mais próximo.

Na instituição trabalham 16 agentes penitenciários, sendo 14 homens e 02 mulheres. Esses agentes se revezam em escalas de serviço, sempre aos pares. As agentes prestam serviços no estabelecimento nos dias de visita, realizando a revista nas mulheres que comparecem na unidade. Há, portanto, uma rotina bastante semelhante àquela de outros estabelecimentos prisionais, o que reforça o caráter penal da sanção que ali se cumpre.

A equipe de saúde, por sua vez, é composta por uma médica psiquiatra, uma assistente social, uma farmacêutica, 02 enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem. Todos são funcionários lotados na Secretaria Estadual de Saúde, prestando serviços eventuais na unidade, em regime de plantões. A direção do estabelecimento é exercida por um agente penitenciário com formação em farmácia, enquanto a vice-diretora possui formação em psicologia.

Na instituição havia 02 internos que registravam cessação de periculosidade atestada, findando, por consequência, a necessidade de internação, mas permanecem abrigados na instituição, em razão do rompimento dos laços familiares.

Pelo menos um interno aguardava o resultado do exame para averiguar a cessação ou não da sua periculosidade há aproximadamente 05 meses. Como a instituição necessita do apoio de outros órgãos, notadamente do Instituto Técnico e Científico de Polícia do Estado, instituição na qual são realizados os exames de sanidade mental dos internos, é bastante frequente atrasos na implementação dos exames periciais, assim como na entrega dos resultados. Há grande morosidade nos serviços relacionados aos internos da UPCT, inexistindo obediência à periodicidade mínima anual de realização dos exames para as pessoas internadas em cumprimento de medida de segurança.

Segundo as informações fornecidas pelos funcionários do órgão, nos últimos três anos registraram-se episódios de violência física cometidas por internos entre si, incluindo violência sexual. O mesmo não ocorreu em relação aos agentes de segurança, que permanecem sempre armados na instituição. Ao lado dos profissionais da enfermagem, são os agentes penitenciários que mantêm contato diário com os internos, inclusive escoltando-os quando necessitam realizar exames ou consultas fora da unidade.

Os internos podem receber visitas, nas quartas e domingos. Nessas ocasiões podem receber até dois parentes. Alguns nunca são visitados, pois se encontram há muito tempo sem qualquer contato com familiares. A perda de vínculos familiares é, talvez, a face mais dura do problema das prisões, sobretudo daquelas de longa duração. Some-se a isso o fato de que, em muitos casos, os crimes cometidos vitimaram membros da própria família, de sorte que frequentemente os sujeitos adentram o sistema de execução penal já em situação de abandono.

Portanto, quando a unidade não contribui para o rompimento dos laços familiares, não exerce qualquer papel para seu eventual refazimento.

Como ocorre em outras instituições do país, não há quadros da defensoria pública ou qualquer outra instituição de assistência jurídica realizando o acompanhamento dos internos, o que é feito somente na vara de execuções penais, situada no Fórum central da capital e, portanto, sem a participação do interno.

A observação do cotidiano institucional e os diálogos mantidos com seus trabalhadores desvelaram-nos a um poderoso analisador, que se evidencia na defesa do manicômio judiciário como uma necessidade premente: o projeto manicomial institucional. A partir dele, a associação entre loucura e hospitalização emerge naturalmente e, em se tratando do louco infrator, é apontado como a única solução possível.

A defesa da instituição manicomial especificamente destinada a segregar o louco infrator remete diretamente às condições do surgimento do hospital psiquiátrico, estruturado fundamentalmente sobre o encarceramento como meio de reordenação do sujeito. Nesse sentido, a única reforma que se deseja nesse espaço é aquela vinculada à estrutura física da unidade, preservando-se, contudo, a lógica que está na base do funcionamento histórico do manicômio, porque afinal, como bem colocado por um dos trabalhadores da unidade, “alguns internos são bem perigosos; alguns não deviam sair nunca mais”.

Se a imagem social que foi construída acerca do louco criminoso o associa com a imponderabilidade, apresentando-o como o selvagem, regido por paixões, como afirma Peres (1999), compreende-se o apelo pelo dispositivo que, em última instância, se comporta como uma fronteira entre a barbárie e a civilização. Mas, essa função saneadora do manicômio judiciário, que ganha relevo sobre qualquer outra que possa ser destacada, operando no nível

da exclusão, possibilita que, na prática, se tolere a aplicação de penas de caráter perpétuo e que essa pena recaia exatamente sobre quem é legalmente isento de suportá-la, malgrado “o contorcionismo teórico que irá sustentar que a medida de segurança não seria pena, ou não teria caráter de pena” (Mattos, 2010, p. 53).

O projeto manicomial institucional, mais que denunciar o funcionamento do manicômio judiciário, revela a função reservada à unidade psiquiátrica de custódia. Se, como vimos, à definição do campo psiquiátrico por Philippe Pinel segue-se um processo de reordenamento do espaço hospitalar, que então deixa de ser o lugar de enclausuramento do louco, para ser socialmente percebido como o espaço da cura, ou seja, o *locus* próprio da promoção do reencontro do doente com a razão, fenômeno semelhante ocorre no manicômio judiciário. Não se trata exatamente de um lugar de cura, mas de controle do perigo, já que “a essência curativa do manicômio não conseguiu sair do discurso” (Mattos, 2010, p. 56).

Nesse sentido, a unidade psiquiátrica se comporta como uma tecnologia de domínio do homem, fundamentado no discurso científico próprio do positivismo, isto é, no saber/poder que se funda na observação e medição dos encarcerados (Batista, 2010). É, como afirmava Foucault (2006), uma forma de o espírito exercer poder sobre o espírito: expressão do Panóptico, aqui compreendida como uma forma de governo, uma forma de exercitar o poder, na qual os olhos do Estado conseguem chegar aos lugares mais recônditos e tudo vigiar. Não é de se admirar o fato da UPCT possuir tantos servidores para uma população carcerária tão pouco expressiva. Na realidade, essas equipes de trabalhadores, seja do campo da saúde, seja vinculada propriamente à área de segurança, compõem as estruturas de vigilância responsáveis tanto pela gestão da miséria, fundamento de existência do próprio direito penal,

como discutido em capítulos anteriores, como pela manutenção e significado dessa modalidade de prisão específica na contemporaneidade.

O funcionamento desse dispositivo para o cumprimento de medidas de pura contenção, como essencialmente o são as medidas de segurança de internação, sobretudo porque destinadas a interditar, pela via carcerária, a virtual capacidade de dano do sujeito em sofrimento mental, indiscutivelmente compõe o que se chama de “direito penal do inimigo”, que é o sistema penal próprio de Estados totalitários. Nesse cenário, o louco infrator converte-se na ameaça ao ordenamento jurídico, pois não oferece uma segurança cognitiva suficiente de seu comportamento pessoal, devendo, por isso mesmo, ser impedido, mediante coação (Jakobs & Meliá, 2009). A ausência de um projeto estatal de atendimento conforme o novo paradigma psicossocial na unidade psiquiátrica de custódia é indicativo bastante claro de que o louco infrator, semelhante ao que ocorre com a figura do terrorista, “não só não pode esperar ser tratado ainda como pessoa, mas o Estado não deve tratá-lo como pessoa, já que do contrário vulneraria o direito à segurança das demais pessoas” (Jakobs & Meliá, 2009, p. 40).

Seguindo nessa senda, a defesa do projeto manicomial se insere no movimento de populismo punitivo, que instrumentaliza o medo social para reapertar as engrenagens punitivas (Martínez, 2010). Voltado ao “desviante”, o apelo será sempre para a adoção de medidas que impliquem o mesmo resultado: a exclusão (Mattos, 2006). Essa é a realidade vivenciada pelos internos da UPCT, que, sendo inimputáveis, não contam com um projeto terapêutico capaz de reinseri-los na comunidade. Permanecem indefinidamente na instituição, mesmo quando cessada a suposta necessidade de internação, porque a instituição foi concebida sem uma “porta de saída”, isto é, “o Estado incorpora a demanda punitivo-segregacionista produzida socialmente, voltando-se para os internos com uma estrutura

alicerçada na violência, amparada pelo medo, controladora e reprodutora da desconfiança” (Correia, Lima & Alves, 2007, p. 2000).

A institucionalização aparece como destino certo para os internos, situação que é agravada pela desconexão com os equipamentos públicos de suporte psicossocial. Some-se a isso a completa desestruturação dos serviços técnicos de perícia responsável pela avaliação periódica daquela população carcerária específica, ao lado da ausência de acompanhamento jurídico do interno realizado diretamente na instituição, são fatores que contribuem decisivamente para a manutenção do sujeito no asilo. Os indivíduos que cruzam os umbrais da unidade e adentram no sistema penal permanecem marcados para sempre, constituindo uma espécie de população marginal (Foucault, 2006).

Ademais, o projeto institucional manicomial demonstra a permanência do fenômeno da “grande internação”, desta vez direcionada especificamente ao louco infrator e embora não se tenha verificado superlotação na unidade, essa situação, que ademais é absolutamente circunstancial, jamais pode servir como comprovação do contrário, porquanto se dá à custa da manutenção de uma demanda razoável represada no interior de outros estabelecimentos prisionais do Estado, muitas vezes em situação de ilegalidade, já que em total desconformidade com o que estabelece o artigo 99 do Código Penal¹⁰.

Foucault (1979/2007) afirma que o cárcere, longe de transformar criminosos em gente honesta, serve apenas para fabricar novos criminosos, ou para afundá-los mais ainda na criminalidade. A UPCT, como modalidade especializada de cárcere, funciona de maneira muito semelhante: afundando o sujeito em seu próprio sofrimento mental, cronificando-o,

10 Art. 99 - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento.

insitucionalizando-o. É gritante o descompasso entre as inovações no campo da saúde mental e o reacionarismo do aparelho jurídico-penal do Estado. Nessa perspectiva, tem razão Mattos (2006) quando afirma que “o que causa espécie é o fato de que a psiquiatria, no mundo dito ‘civilizado’, caminha para a desospitalização, enquanto o direito penal marcha em sentido inverso: prisionização” (p. 112).

4.2. O que dizem os autos processuais

A etapa de análise de processos em curso perante a vara de execuções penais de Natal foi iniciada no mês de maio de 2017, estendendo-se por cerca de um mês e meio. Para a execução da etapa, foi utilizado um roteiro de observação, além de um diário, no qual foram registrados os dados mais importantes relacionados aos argumentos jurídicos e médicos utilizados para o estabelecimento da medida de internação compulsória, conforme os objetivos da investigação.

Foram considerados como *corpus* da análise 38 processos de execução de medidas de internação compulsória, correspondentes aos internos da UPCT, de um total de 43. Os cinco processos restantes não se encontravam disponíveis, porquanto dois estavam em poder do Ministério Público durante todo o período de análise; enquanto que três outros não foram encontrados em meio aos mais de três mil processos em tramitação na unidade jurisdicional na época.

O foco da análise foi colocado sobre os primeiros laudos psiquiátricos confeccionados, que constituem os instrumentos institucionais que estabeleceram a inimputabilidade dos sujeitos e que, portanto, definiram a periculosidade do louco infrator, fundamentando a

possibilidade de aplicação da internação institucional. Igualmente, as sentenças judiciais presentes nos processos foram analisadas, verificando-se a sua conformidade ao estabelecido nos laudos, o que, por sua vez, se relaciona diretamente com as possibilidades e condições de retorno do inimputável à vida social.

Na análise do material, foram considerados alguns pontos relevantes, que compuseram o roteiro de observação. Em relação aos laudos psiquiátricos, centralizou-se nos seguintes aspectos:

1. O diagnóstico fixado no laudo psiquiátrico;
2. Descrição acerca das formas periciais utilizadas;
3. Indicações terapêuticas e sua adequação ao contexto da instituição.

Quanto às sentenças proferidas nos processos, a atenção recaiu sobre os seguintes pontos:

1. Qual o prazo mínimo de cumprimento da medida de internação (comparado com o tempo de internação no HCTP);
2. Se em algum caso houve rejeição total/parcial do laudo psiquiátrico;

Antes de passarmos a apresentar a situação jurídica dos internos, é preciso tecer alguns comentários relativos às circunstâncias que implicaram maior dificuldade no registro dos dados.

Como única instituição do gênero no estado, a UPCT recebe internos de todos os municípios do Rio Grande do Norte, sendo que os processos a eles correlatos tramitam na vara de execuções penais da capital. Para que isso ocorra, o juízo de origem do processo, ou seja, aquele que fixou a medida de segurança, deve remeter à vara das execuções penais as peças processuais necessárias para a formação do processo de execução, a fim de que seja possível realizar o acompanhamento do interno, de acordo com o que estabelece a Resolução nº 113/2010, do Conselho Nacional de Justiça. Ocorre que nem todos os processos estão instruídos com os documentos alvo da análise, nesta etapa da pesquisa. Do total de processos averiguados, 09 não continham o laudo de exame psiquiátrico que concluiu pela inimputabilidade do agente e que realizou o seu enquadramento em uma das categorias diagnósticas da psiquiatria, apontando para a necessidade da internação. Muitos foram os fatores indicados para a ausência de tais peças nos autos. A maior parte desses processos é de pessoas submetidas à internação compulsória antes de 2010. Na ausência da resolução que estabeleceu uma uniformização relacionada aos documentos necessários à formação do processo de execução da medida de segurança, as varas criminais, muitas vezes, não remetiam ao juízo das execuções as peças processuais que se configuram como provas técnicas que respaldam a internação compulsória, permanecendo tais documentos nos processos principais, nas varas criminais dos municípios de origem. Além disso, há processos antigos, nos quais a ausência de determinados papéis se relacionam às dificuldades próprias de documentação da época, anterior ao processo de informatização dos órgãos públicos, incluindo o Poder Judiciário. O caso mais expressivo nesse sentido se relaciona ao interno mais antigo da instituição, cujo processo data de momento anterior ao ano de 2001, marco legislativo do

processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Esses fatos denunciam o descaso histórico para com as peças processuais, que nunca foram vistos como documentos que veiculam história.

4.2.1. Situação jurídica e diagnóstica dos internos

Preliminarmente, é relevante fazermos um registro acerca do exame médico-legal realizado nos inimputáveis antes do ingresso na instituição manicomial. Verificou-se, na totalidade dos casos, o completo descompasso com as prescrições legais contidas nos artigos 149 a 154 do Código de Processo Penal, que impõem determinada formalidade para se proceder à perícia psiquiátrica. A legislação brasileira determina a prévia internação do sujeito a ser examinado no manicômio judiciário, caso esteja preso, ou em outro estabelecimento adequado, a critério do juiz. Em seguida, deve ser submetido a exame, que não durará mais de 45 dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade.

O que se verificou em todos os 38 casos analisados foi que o exame pericial consistiu em uma única consulta psiquiátrica, realizada na sede do Instituto Técnico e Científico de Polícia do Rio Grande do Norte (ITEP/RN), sediada no bairro da Ribeira, para onde os indivíduos foram levados do sistema penitenciário geral por agentes vinculados ao setor de segurança pública, sejam eles policiais ou agentes penitenciários estaduais.

Nessa única consulta, o exame é iniciado por uma etapa de anamnese, na qual são obtidas informações acerca do histórico pessoal e familiar do periciando. Segue-se colhendo a sua versão acerca dos fatos que ensejaram a deflagração do processo criminal e a posterior instauração do incidente de insanidade mental. Em seguida, realiza-se o exame mental, cuja conclusão estabelece o diagnóstico. Por fim, os peritos respondem aos quesitos previamente

remetidos pelo Ministério Público e pela defesa técnica. Um único ato médico sela o destino do inimputável, que, uma vez vinculado ao diagnóstico estabelecido, adentra o manicômio judiciário, lá podendo permanecer por tempo indeterminado.

Essa desconsideração em relação aos procedimentos legalmente previstos descortina uma rotina na qual são relativizados determinados direitos do cidadão, pois as formalidades do processo, mais que meros rituais, constituem garantias mínimas do cidadão frente ao arbítrio do Estado. Lamentavelmente, as violações aos direitos da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, como se vê, ocorrem muito cedo. Feito esse registro, passemos a análise dos tópicos relevantes dessa etapa da pesquisa.

O primeiro ponto a ser considerado é relativo à espécie de crimes cometidos pelos internos da Unidade de Custódia. O enquadramento legal dos atos praticados é relevante, porque o Código Penal brasileiro prevê duas espécies de medidas de segurança, que são escolhidas e fixadas pela autoridade judiciária de acordo com a natureza da penalidade prevista para o crime. Assim, caberá a internação compulsória desde que a conduta praticada seja reprimida com pena de reclusão. Em caso de cometimento de crime sancionado com pena de detenção, o inimputável pode ser submetido a tratamento ambulatorial.

Dentre os comportamentos tipificados na lei penal cometidos pelos internos, destacam-se os crimes contra a vida, os crimes contra o patrimônio, os crimes contra a dignidade sexual e os crimes contra a pessoa, além daqueles relacionados ao tráfico de drogas e porte ilegal de arma. A totalidade dos crimes contra a vida se refere ao crime de homicídio, definido no artigo 121 do Código Penal. Já em relação aos crimes contra o patrimônio, a maior parte dos casos se refere ao cometimento de roubo, incluindo latrocínio. Há, no entanto,

casos considerados menos graves, como furto, estelionato e até mesmo o crime de receptação.

Abaixo o demonstrativo da situação dos internos:

Tabela 1

Quantitativo de processos por crimes cometidos

Crimes cometidos^a	Quantidade de processos
Crimes contra a vida	20
Lesões corporais	03
Crimes contra a dignidade sexual	04
Crimes contra o patrimônio	09
Tráfico de drogas	01
Porte ilegal de arma	01

Da análise dos processos, percebe-se que condutas de diferentes potencialidades ofensivas são sancionadas de igual forma, com a aplicação da mesma medida de segurança detentiva. Assim, internos que praticaram crimes cujas penas mínimas se situam no patamar de 01 ano de reclusão, como o furto ou o estelionato, por exemplo, são tratados da mesma forma que aquele que praticou um latrocínio, que possui pena mínima de 20 anos de reclusão. Muitas vezes, crimes de mera conduta¹¹, como o porte ilegal de arma de fogo, recebe tratamento equivalente ao interno que cometeu um homicídio ou estupro. A natureza do crime não exerce qualquer influência em relação a maior ou menor permanência do interno no ambiente manicomial. Isso se deve à natureza da medida de segurança. Conceitualmente ela é definida como uma medida terapêutica, não possuindo propriamente um conteúdo punitivo (Zaffaroni & Pierangeli, 2011). Portanto, ao menos no plano teórico, a medida possuiria finalidade diversa da pena, por não objetivar a punição, mas o restabelecimento do

11 É aquele crime que se consuma independentemente da ocorrência de efetiva lesão ao bem jurídico protegido pela norma, de sorte que a probabilidade da ocorrência de dano é presumida.

sentenciado. Tanto assim, que a fixação da medida é precedida por uma sentença de absolvição. Se o agente é absolvido, a natureza do comportamento praticado passa a ser indiferente em relação aos desdobramentos jurídicos a ele relacionados, não exercendo qualquer influência em relação à maior ou menor necessidade de permanência do interno no ambiente manicomial.

Há ainda o problema daqueles internos que foram transferidos diretamente do sistema prisional comum, em razão do acometimento de transtorno mental de maneira superveniente à execução de pena privativa de liberdade, situação verificada em 07 dos casos analisados, o que significa quase a restauração do sistema do “duplo binário”, extirpado de nossa legislação penal após a reforma do Código Penal, em 1984. Esse sistema possibilitava cumular pena privativa de liberdade e medida de segurança, sujeitando o imputável à internação compulsória e congregando, “de um lado, a pena, de caráter retributivo, aplicada segundo o grau de culpa do sujeito e a gravidade do seu ato; e de outro, a medida de segurança calcada na avaliação do grau de periculosidade do acusado” (Reishoffer e Bicalho, 2017, p. 36). O sistema do duplo binário era o instituto jurídico que claramente permitia a perpetuidade da pena. Essas situações encontradas na Unidade Psiquiátrica de Custódia expõem ainda mais fortemente o problema da desconexão com os serviços públicos de saúde, esgarçando o caráter meramente detentivo da medida de segurança.

Conquanto a lei penal brasileira preveja a indeterminação temporal da internação, o juiz, ao aplicá-la, deverá fixar um prazo mínimo. Esse prazo é variável, situando-se entre 01 e 03 anos, nos termos do que dispõe o parágrafo primeiro, do artigo 96 do Código Penal. No caso dos internos da UPCT, verificou-se que a maioria teve fixados esses prazos em mínimo patamar, isto é, de 01 ano. Todavia, 08 internos foram encaminhados à instituição por prazo

indeterminado, o que escapa totalmente às prescrições legais, em uma situação absolutamente desfavorável ao agente, o que, como regra, não é admitido em nosso ordenamento jurídico.

Não foi possível colher dados precisos acerca das datas em que efetivadas as prisões dos internos e que posteriormente foram convertidas nas medidas de segurança detentivas. Os processos volumosos e a impossibilidade de se deter nas consultas por mais tempo inviabilizaram a obtenção das datas exatas. Além do mais, 07 dos internos já vivenciavam o cotidiano do sistema prisional, pois são casos de transtornos mentais supervenientes, cujas penas foram convertidas em internação manicomial. Especificamente em relação a esses casos seria necessário analisar os processos que culminaram em suas condenações e na consequente imposição de pena.

Porém, tomando as datas da prolação das sentenças e, no último caso, das decisões que converteram as penas em medidas de segurança, temos o seguinte panorama:

Tabela 2

Quantitativo de processos por ano de sentença

ANO DA SENTENÇA/DECISÃO	QUANTIDADE DE PROCESSOS
1997	01
2000	01
2003	01
2005	02
2006	03
2007	01
2008	01
2009	06
2010	02
2011	01
2012	05
2013	03
2014	05
2015	02
2016	02

Os dados nos mostram a submissão a longos períodos de internação, que superam até mesmo o limite máximo de pena cominada a determinados crimes. Dentre os maiores períodos de medida de segurança detentiva, o interno que se encontra por mais tempo na instituição já cumpriu dois terços do limite máximo de tempo que alguém pode permanecer no sistema prisional brasileiro, que é de 30 anos, segundo nossa legislação penal¹². Esse limite temporal possui fundamento constitucional e é estabelecido com o objetivo de impedir a imposição de uma pena de caráter perpétuo, tomando-se em conta a expectativa de vida do ser humano. O Supremo Tribunal Federal estende essa garantia constitucional à custódia implementada a partir da medida de segurança¹³. A aplicação da medida de segurança sem limitação temporal subverte a noção de aplicação de sanção de maneira proporcional à lesão social causada pela conduta. Nesse cenário, a completa ausência de um plano de reinserção gradativa desses internos à sociedade por parte dos gestores do sistema penitenciário expõe o abandono como a base da abordagem ao louco infrator, acentua a natureza meramente prisional da instituição e possibilita que, na prática, prevaleça a prisão perpétua.

A determinação de inimputabilidade penal constitui a etapa do processo de aplicação da medida de segurança centralizada na figura do perito. Este papel historicamente é conferido ao médico psiquiatra e se realiza com base na avaliação das funções mentais, tais como atenção, memória, senso-percepção, orientação, estados de humor, lucidez de consciência, curso e conteúdo do pensamento, entre outras.

12 Código Penal: Art. 75 - O tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a 30 (trinta) anos.

13 Vide julgamento do HC 84219/SP, rel. Min. Marco Aurélio, 9.11.2004. (HC-84219).

Ao final do exame, o perito confecciona o laudo, que além de responder aos quesitos elaborados pelo Ministério Público e pela defesa, efetuam o enquadramento nosológico do sujeito, estabelecendo um diagnóstico psiquiátrico que se relaciona à avaliação da sua periculosidade. O diagnóstico, portanto, constitui o fundamento da medida de segurança, por demonstrar que o sujeito, portador de uma doença mental, se torna propenso ao cometimento de atos violentos (periculosidade), ao mesmo tempo em que estabelece sua irresponsabilidade penal pelo crime praticado.

No que se refere à situação clínica dos internos da UPCT, é importante destacar que os diagnósticos são estabelecidos com base nas categorias especificadas no Código Internacional de Doenças (CID-10), cujas categorias diferem daquelas definidas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V). Convergem, na maioria das vezes, para o diagnóstico de esquizofrenia. Por vezes, esses diagnósticos envolviam mais de um transtorno mental, em situação de comorbidade. Abaixo temos um demonstrativo das categorias diagnósticas e a quantidade de casos verificados na Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento de Natal:

Tabela 3

Número de casos por diagnósticos

DIAGNÓSTICOS	CID-10	NÚMERO DE CASOS
Esquizofrenia	F 20	01
Esquizofrenia hebefrênica	F 20.1	03
Esquizofrenia paranoide	F 20.0	10
Retardo mental moderado	F 71	08
Retardo mental grave	F 72	01
Transtorno delirante	F 22	02
Transtorno afetivo bipolar	F 31.5	01
Psicose epiléptica	F 06.8	01
Transtorno esquizoafetivo misto	F 25.2	01
Transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool e outras substâncias	F 10.7	01

Em relação aos 09 processos restantes, não foi possível extrair os diagnósticos formulados, pois, como antes informado, os laudos psiquiátricos não constavam dos processos de execução da medida de internação compulsória.

Verificamos que o discurso psiquiátrico não estabelece qualquer relação entre a categoria de transtorno mental diagnosticado e o grau de periculosidade do sujeito. A mera subsunção a qualquer das categorias nosográficas específicas da psiquiatria presume essa condição, que leva sempre à mesma consequência posteriormente. Assim, um caso de alguém diagnosticado como sendo portador de retardo mental terá o mesmo tratamento que outro designado como esquizofrênico. Isso porque,

Devido a esse caráter secundário que ocupam na trama discursiva dos laudos, os diagnósticos podem mudar de um exame para outro ou serem contraditórios entre si. Seu propósito não é clínico senão jurídico: o de permitir sancionar a loucura e o mal-estar psíquico quando associado a uma infração da lei (Bravo, 2007, p. 39).

Conforme se verificará logo mais, em relação ao louco infrator, a questão do diagnóstico estará umbilicalmente relacionada a questão da periculosidade e esse fundamento, por sua vez, permitirá ao manicômio judiciário se configurar como um caminho escuro, muitas vezes sem volta.

4.3. Dialogando com os operadores do sistema

Esta seção é dedicada a apresentar o resultado das entrevistas realizadas com o pequeno número de juízes criminais da capital, que aceitou participar da investigação, assim como com a única médica psiquiatra que atua na Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento de Natal. Antes de passar a analisar o conteúdo das entrevistas, é necessário alinhavar algumas palavras acerca da escolha dos participantes e das principais dificuldades encontradas para executar essa etapa da pesquisa.

A lei de organização judiciária ordena os municípios do Estado em comarcas, as quais são estabelecidas em função de determinados requisitos legais, tais como a dimensão territorial, população, o maior ou menor movimento judiciário, entre outros. Dentro de cada comarca, a atividade jurisdicional é realizada por juízes de Direito, que são distribuídos para que exerçam determinada parcela de jurisdição, denominada de competência.

Na comarca de Natal, excetuados os juizados especiais criminais, onde as autoridades judiciárias não lidam com a matéria relativa a medidas de segurança, conforme anteriormente advertido, existem atualmente 19 juízes criminais, incluindo a autoridade jurisdicional responsável pela execução penal na capital. Esse número foi inicialmente tomado como

parâmetro para realizar a etapa de entrevistas. Desse total, no entanto, somente 07 juízes aceitaram participar da pesquisa.

A recusa em participar da investigação nem sempre se deu de forma direta, como uma negativa clara e precisa. Tampouco foi justificada na maioria das vezes. Frequentemente os juízes contatados não se negavam a se submeter às entrevistas, mas impunham tamanha burocracia para tanto que inviabilizavam a participação em função do tempo. Alguns profissionais até agendavam datas, mas na impossibilidade de comparecerem (em razão de compromissos de última hora, ou mesmo de esquecimento), reagendavam outras oportunidades, postergando indefinidamente o contato e impedindo a coleta das informações diante do cronograma para realização do campo. Outras vezes não se obtinha contato direto com o juiz. Nessas ocasiões os servidores da unidade jurisdicional intermediavam a comunicação o que dificultava ainda mais a participação, pois não era possível garantir que as informações acerca da pesquisa e seus objetivos chegavam, em sua inteireza, até o eventual participante. O fato é que, na maioria das vezes em que essa intermediação acontecia não se obtinha sucesso. Duas autoridades judiciárias se encontravam licenciados no período da execução da etapa da pesquisa. Três outras expressamente se negaram a participar e justificaram a recusa em função de “não se sentirem à vontade para tratar do assunto, por nunca ter aplicado a medida de segurança”.

Essa grande recusa por parte dos juízes criminais se configura como um primeiro ponto que merece destaque: evidencia que o tema espelha um tema sensível, cuja abordagem nem sempre passa pela mediação pura e simples da lei, exigindo maior reflexão sobre uma prática que, em essência, significa nada mais que outra forma de aprisionamento, talvez mais injusta porque direcionada a quem se encontra em situação de maior vulnerabilidade social.

Mesmo tendo aceitado participar da pesquisa, os magistrados se mostraram pouco à vontade para tratar de um tema marginal, considerando as matérias com que lidam habitualmente no cotidiano forense. Tanto assim, que em um dos casos, o participante esteve na iminência de desistir da entrevista, mesmo após ser devidamente informado acerca dos objetivos da pesquisa e ter agendado o horário para a ela se submeter. Nessa ocasião, a sua justificativa foi exatamente a pouca intimidade com o tema. Por fim, a resistência foi vencida e o profissional, embora discorrendo muito pouco sobre os tópicos, colaborou com a investigação.

Por outro lado, o contato com a médica que atende aos internos da UPCT foi relativamente fácil, tendo a profissional se disponibilizado prontamente e aceitado sem maiores problemas participar da pesquisa.

4.3.1. As entrevistas com os juízes criminais

Traçando um painel geral acerca de pontos mais relevantes das entrevistas, pode-se dizer que os magistrados apresentaram um critério predeterminado que sempre orienta a decisão de fixar a medida de segurança detentiva. Esse critério consiste no resultado do exame psiquiátrico, no qual se concluiu pela inimputabilidade penal do agente e pela presença do estado de periculosidade. Segundo um dos entrevistados: “nós nos apoiamos, única e exclusivamente no laudo pericial, realizado pelo Instituto Oficial de Perícia, no nosso caso, o ITEP”. Assim, o laudo psiquiátrico configura-se como elemento essencial à aplicação da medida de segurança, sendo mesmo o esteio no qual se acredita aplicar a medida mais adequada ao louco infrator. Isso fica expresso na fala de um dos participantes:

“Normalmente quando se faz a pergunta aos peritos no exame de sanidade, já se pede que caso a pessoa seja dada como inimputável, que seja indicado, pelos peritos, a medida de segurança mais apropriada. Aí, o juiz não tem muitos elementos pra sair dessa indicação”.

Verifica-se a total dependência dos magistrados em relação às conclusões firmadas pela psiquiatria, que ocorre em determinado momento do procedimento penal, mas que permanece durante as reavaliações periódicas dos internos. Nesse sentido, o acolhimento integral das conclusões dos laudos periciais pelas autoridades judiciárias na totalidade dos casos, na forma de uma adesão pouco crítica às opiniões médicas, legitima a posição do psiquiatra enquanto autoridade exclusiva no campo da saúde mental, estabelecendo um discurso de verdade que se vincula diretamente aos destinos do interno, demonstrando que efetivamente quando a doença entra em cena, o crime cede espaço, pois que com ele se incompatibiliza de maneira absoluta (Foucault, 2002b).

Isso demonstra fortemente o poder médico, pois, nesse momento, o discurso psiquiátrico tem prevalência sobre o jurídico, “desde que a justiça cedeu seu lugar à psiquiatria na determinação da responsabilidade penal e imputabilidade dos sujeitos” (Bravo, 2007, p. 39).

Ademais, essa prevalência do discurso médico tem suas raízes na pretensa cientificidade de sua prática, o que, segundo Martins (2004), lhe confere uma posição de onipotência diante da doença e do paciente, que deve apenas se submeter incondicionalmente à sua tutela.

A crença na verdade científica e a centralidade que a figura do médico ocupa no sistema de saúde outorga ao seu discurso o status de verdade, conferindo-lhe um poder inquestionável. Nesse sentido, “o médico passa a ser um guardião da verdade que deve ser

imposta ao paciente” (Martins, 2004, p. 25). O mesmo ocorre no caso específico do louco infrator. A medicina converte-se em uma técnica de política de intervenção, produzindo efeitos de poder próprios (Ribeiro & Ferla, 2016), em relação aos quais os operadores do direito ficam igualmente submetidos. Portanto, estabelecido o emolduramento nosográfico pelo saber psiquiátrico, ao poder jurídico resta a adesão às suas conclusões, impulsionando o procedimento que culminará com o recolhimento do sujeito no asilo.

Mediado pelo recurso ao ordenamento jurídico em termos do tratamento que a lei penal confere ao problema do inimputável em conflito com a lei, a temática da periculosidade social do louco infrator emergiu em todas as entrevistas, o que evidentemente determina consequências na forma como o interno é visto durante todo o processo, já que funciona como um duplo que se sobrepõe à doença e determina um modo peculiar de com ele lidar, que lhe nega a subjetividade, a identidade, “a partir da objetivação extrema da pessoa como objeto do saber” (Amarante, 1996, p. 81). É nesse sentido que Basaglia (2005) afirmava que a psiquiatria codificou o problema do louco em um plano em que algo lhe escapa, expondo-o como “desviante” duplamente desadaptado, em relação à realidade, a qual permanece desajustado, assim como em relação à ideologia que lhe define.

Esse fato nos coloca diante de um poderoso analisador, que se expressa na forma do conceito mais relevante para o manejo da internação compulsória, que precisa ser problematizado, pois que se relaciona diretamente à maior ou menor possibilidade de saída do espaço asilar.

A periculosidade constitui a expressão da associação entre transtorno mental e insegurança social, ou o ponto de intersecção entre os campos jurídico e psiquiátrico que se

verifica propriamente no âmbito do manicômio judiciário. É o operador discursivo que permite naturalizar a segregação do louco infrator.

De acordo com o nosso ordenamento jurídico, para que o Estado estabeleça uma medida de segurança de internação compulsória, como vimos, é necessário que se efetue o enquadramento do indivíduo em uma das categorias nosográficas estabelecidas pela psiquiatria, de maneira que se conclua que, ao tempo da prática de determinada conduta expressa como crime na legislação, o agente não podia compreender o caráter ilícito de seu comportamento ou não podia se comportar conforme esse entendimento. Isso, porém, não é tudo. É preciso ainda comprovar o estado de periculosidade do sujeito.

Conceito que remonta a tradição da Escola Positiva de Direito Penal, cujo desenvolvimento se implementou em contraposição ao idealismo organicista hegeliano, estruturou-se como um painel teórico que justificava o poder social como sendo resultante de uma evolução orgânica, no qual se opera a seleção natural dos melhores, aptos ao exercício do poder (Zaffaroni & Pierangeli, 2011). Esse sistema de pensamento tem na figura de Césare Lombroso (ao lado de Ferri e Garofalo) um dos maiores expoentes da nova escola de pensamento criminológico.

Segundo Yarochevsky e Coelho (2013), a Escola Positivista italiana procurou estabelecer diferenças entre o homem delinquente e o não delinquente, conferindo maior destaque à natureza própria do homem criminoso, em prejuízo da análise da gravidade do crime praticado. Com isso, o direito penal passou a ter uma função de garantia e proteção da sociedade em face daqueles que se apresentam como inimigos, como indivíduos perigosos à paz social. A ênfase passou a recair não mais no fato criminoso, mas diretamente sobre o indivíduo, que seria dotado de maior ou menor carga de temibilidade social.

Nesse sentido, “a difusão da ideia de que a adaptação das sanções penais à natureza e ao nível da perigosidade do delinquente constituiria o instrumento necessário para restabelecer o equilíbrio na luta da defesa social contra a delinquência” (Gabriel & Losekann, 2017, p. 28). A periculosidade, portanto, pode ser compreendida como “uma espécie de criminalidade virtual, ou índice pessoal de expectativa de realização de novos crimes” (Mecler, 2010, p. 71).

A Escola Positiva significou um ponto de inflexão da ciência jurídica, tendo se tornado um conceito-chave no Direito Penal moderno, pois a partir dessa concepção o delito passou a ser um indicador, uma espécie de sintoma de personalidade anormal do sujeito, um índice de delinquência potencial. Sob esse prisma, o fazer jurídico se aproximou da prática médica, pois que

Assim como a medicina científica passou, a partir do século XIX, a ter como objeto os doentes e a classificar as doenças segundo suas causas, também o Direito deveria ter como objeto os criminosos e, não, seus crimes, classificando as formas de criminalidade segundo suas causas (Mecler, 2010, p. 71).

Doravante, a figura do delinquente permanecerá aderida à noção de periculosidade, tornando-se objeto de uma repressão estatal preocupada em lhe perscrutar a personalidade, o ânimo, a intenção, compondo um Direito Penal direcionado ao autor do fato ilícito, o que se revela fundamental na posterior abordagem ao louco infrator.

Em relação à loucura, a noção de periculosidade surgirá diretamente atrelada à ideia da necessidade de isolamento do indivíduo do convívio social, o que se fez a partir da atribuição de diagnósticos pelos psiquiatras, e isso, por sua vez, reforçou a relação de correspondência entre loucura e violência. “Desde então a pessoa em sofrimento psíquico é rotulada de doente

mental e tratada como um ‘ser agressivo por natureza’, que deve ser afastado da sociedade de bem por guardiões da ordem” (Jardim & Dimenstein, 2007, p. 53).

A marca da periculosidade está inscrita na própria história da construção da identidade do louco, processo forjado no âmbito da sociedade disciplinar, em que o poder, capilarizado nas rotinas, práticas e hábitos do dia a dia, possibilita a fabricação de um indivíduo dócil e útil, a partir da intervenção sobre os corpos, estabelecendo um regramento, isto é, aquilo que se considera adequado, normal. Tudo aquilo que desborda dessa normalidade, que não se encaixa nos padrões estabelecidos, é, por isso mesmo, excluído.

Foucault (1979/2007) demonstrou como o poder disciplinar foi complementado pelo biopoder, produzindo-se um refinamento das tecnologias de controle, que passam a deixar de incidir propriamente nos corpos para gerir a vida. A disciplina converte-se em regulamentação. O poder atravessa o espaço social, mas agora de maneira sutil, para assegurar a vida e evitar a morte, “já que o fim da vida é o fim da exploração, o próprio desmantelamento do capitalismo” (Jardim e Dimenstein, 2007, p. 55).

A psiquiatria seguiu o mesmo processo biopolítico, reconfigurando a concepção da loucura enquanto doença mental. Nesse sentido:

Construíram-se, então, instituições para aqueles que de algum modo fugiam da normalidade. Tais espaços circundados por muros ou grades serviam para a delimitação de conjuntos e subconjuntos de desviantes para que estes pudessem sofrer as devidas intervenções reformadoras de sua normalidade. Cria-se, então, uma estrutura classificatória que permite a mediata inteligibilização e intervenção sobre os corpos anormais (Fonseca et al, 2008, pp. 33-34).

Ao lado dessa nova composição identitária do louco, a difusão da lógica manicomial impregnando a sociedade através das ações de leigos, mas, sobretudo, dos especialistas,

engendrou um sistema de tratamento da loucura que se fundamenta nas estratégias de isolamento, de tutela e, no fim, de violência (Spohr, 2011).

Nesse horizonte, a periculosidade surge como sendo o território natural da loucura, o terreno social que identifica o louco com a bestialidade. Em outras palavras, “no imaginário popular, está naturalizada a identidade do doente mental, que aparece como alguém perigoso, agressivo, mau, perverso, que não responde por si mesmo, fora da realidade, que não deve ser ouvido porque não sabe o que diz” (Jardim & Dimenstein, 2007, p. 59).

Verificamos que o discurso dos magistrados replica essa relação direta, ou essa linearidade entre sofrimento mental, periculosidade e necessidade de aprisionamento. Isso fica bastante claro, por exemplo, em alguns trechos das falas dos participantes:

“A periculosidade não pode ser nunca observada, por exemplo, para o criminoso comum que não sofra de nenhuma anomalia psíquica. Eu não posso nunca ver a periculosidade pra fim de prisão, de punição etc. Mas no caso do cidadão que vai sofrer a imposição de uma medida de internação de tratamento ambulatorial, na realidade o que se vê é a periculosidade dele, em relação a si próprio e em relação aos demais”.

Essa é a construção discursiva que permite o isolamento do louco nas estruturas de contenção física, responsáveis pela defesa da ordem social, quando se constata a sua inadequação aos valores normalizados. Está explícita, por exemplo, na expressão de outro participante: “quando eu aplico uma medida de segurança de internação, o primeiro elemento que a gente vê é a periculosidade do autor do fato, do agente, caso ele realmente tenha sido o autor do fato. A periculosidade social dele”.

É interessante notar que, mesmo não estando adstritos às conclusões médicas para fins de aplicação da norma penal¹⁴, os magistrados relataram que, ao aplicarem a medida de segurança detentiva, se apoiam no laudo pericial, que veicula o diagnóstico médico. Há, portanto uma capitulação do discurso jurídico frente ao discurso psiquiátrico, que é a reafirmação pública do poder médico. Nessa vertente, afirmaram: “nós nos apoiamos, única e exclusivamente no laudo pericial, realizado pelo Instituto Oficial de Perícia”; “Eu me apoio muito, claro, na perícia, que se a pessoa não tivesse discernimento para cometer a aquele ato no momento do crime, eu me apoio muito na perícia”.

Diante disso, verificamos que o saber psiquiátrico, ao separar o comportamento patológico dos comportamentos socialmente regulados, condiciona uma visão bastante negativa do louco e da loucura. Nesse sentido, o corpus teórico da medicina mental desempenha um papel fundamental. Sob esse aspecto,

As nosografias se contentam em esmiuçar, num certo número de sub-espécies, essa percepção global e globalmente pejorativa. A loucura, esse excesso que é uma falta: agitação, exagero, arrebatamento, imoderação, desregramento, impulsividade, imprevisibilidade, periculosidade, esses traços codificam igual número de distâncias em relação à tranquila plenitude de uma vida que tenha integrado todas as normas disciplinares, fazendo delas uma segunda natureza. A rotulagem nosográfica nada mais faz, assim, do que formalizar os dados imediatos da consciência social da loucura (Castel, 1978, p. 80).

O saber psiquiátrico logrou isolar o perigo representado pelo doente mental da família e do espaço público, colocando-o na instituição totalitária, sob o argumento de fazê-lo para sua própria proteção e da sociedade (Maciel, Maciel, Barros, Sá & Camino, 2008).

14 Código de Processo Penal: Art. 182. O juiz não ficará adstrito ao laudo, podendo aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte.

Nesse momento, o ato médico vai se firmando como mais relevante, na medida em que se concebe que somente a psiquiatria é capaz de divisar a loucura e seu grau intrínseco de perigo (Weigert, 2015). O exame pericial se configura enquanto regime de produção da verdade em relação ao louco infrator, porque, diante da loucura o crime cede espaço, esmaece, pois não pode existir no mesmo momento, isto é “quando o patológico entra em cena, a criminalidade, nos termos da lei, deve desaparecer” (Foucault, 1974/2002a, p. 39).

Esse regime de produção de verdade continuará a definir o destino do interno, pois a ciência jurídica demandará continuamente sua atuação, no sentido de obter uma prognose em relação à possibilidade de reincidência criminal, isto é, que se estabeleça um índice a respeito do quanto essa periculosidade imanente ao louco infrator pode redundar no cometimento de novos crimes. É calcado nessa perspectiva que se estabelecem os inúmeros exames para verificação da cessação do estado de periculosidade a que se submetem os internos do manicômio judiciário, como condição para desinternação.

Podemos dizer, portanto, que diante dos loucos infratores, o operador da periculosidade se reveste de maior relevância. Na ausência de culpabilidade, por se encontrarem enquadrados na categoria de doentes mentais, criou-se a figura de pessoas que estão sempre na iminência da perda do controle dos impulsos e do cometimento do ato violento. Esse fundamento, que está na base do medo social do louco, serve perfeitamente ao objetivo da segregação, de maneira que são excluídos pela via do sistema punitivo, sob o etiquetamento de seres socialmente perigosos. Atados às estruturas de contenção, seu comportamento alimenta o imaginário coletivo acerca do perigo que representam, porque sendo “objetos de um sistema de tratamento animal, assumem necessariamente uma postura bestial” (Guattari, 2012, p. 160).

Robert Castel (2010), comentando o crime cometido em 1835 por Pierre Rivière, demonstra que é sob o registro da periculosidade que a sociedade pode exigir o isolamento do louco criminoso, como meio único de promover a paz social, porque o louco é sempre alguém muito doente para gozar de liberdade. Nesse sentido, a sociedade produz a naturalização da sua exclusão, participando desse processo de apagamento do sujeito a partir da validação do espaço asilar.

O modo de lidar com o louco infrator, que nada mais é que uma variante da maneira como a nossa sociedade lida (ou se defende da) com a diferença, espelha um modo específico de arranjo social que, nesse caso, é mediado pelo *status* individual da periculosidade. Levi-Strauss (1957), comentando acerca dos nossos costumes judiciários e penitenciários, identifica dois tipos fundamentais de sociedades: aquelas que praticam a antropofagia, isto é, que veem na absorção de determinados indivíduos possuidores de qualidades e forças, o meio de neutralizá-las e até mesmo de aproveitá-las; e aquelas que, como a nossa, adotam o que denominou de antropoemia (do grego *emein*, vomitar), as quais, quando postas diante do mesmo problema, escolheram a solução oposta, ou seja, expulsar esses seres para fora do corpo social, de sorte a mantê-los temporária ou definitivamente isolados, por vezes em estabelecimentos especificamente criados para essa finalidade. O manicômio judiciário, a exemplo de outras instituições totalitárias, funciona nessa perspectiva, isolando o perigo, aquilo que pode ser fonte de mal-estar social, enfim, excluindo o extremo da diferença da vida. Pouco importa se os seres humanos considerados perigosos perderam paulatinamente suas características humanas, tornando-se surdos e cegos a qualquer comunicação social (Guattari, 2012).

Além de se configurar como um conceito bastante questionável, do ponto de vista jurídico, a existência do operador discursivo “periculosidade” significa, assim, uma barreira no campo penal ao esforço de constitucionalização do direito brasileiro. Isto porque, após a promulgação do texto constitucional em 1988, todas as normas incompatíveis com suas disposições não foram recepcionadas pela nova ordem jurídica e os textos normativos acolhidos pela constituição passaram a ser interpretados segundo seus princípios. Ocorre que a abordagem, ao consolidar a identidade entre crime, loucura e perigo, continuou a tradição da escola clássica do Direito Penal, dando menos ênfase ao fato criminoso e muito mais ao agente, suas características e seu histórico pessoal, o que configura, em plena ordem democrática, um direito penal de exceção.

Sob o estigma da periculosidade engendra-se um sistema sancionatório bastante questionável, pois a resposta estatal fundamentada na eventual diminuição ou controle do impulso delitivo impossibilita a fixação prévia da duração da medida de internação, de modo que o cárcere, nesse caso, pode ter prazo quase ilimitado, a depender da manutenção ou não do estado de periculosidade. Portanto,

Mais grave é a solução que temos nestes casos, para consertar a sanidade quebrada, rompida, a segregamos do mundo pretensamente são e certamente social, depositando-a em um outro mundo apartado, separado e tomado de significados negativos (Barbosa, 2016, p.164).

Mitjavila & Mathes (2012) explicam que essa lógica presente no julgamento e administração de penas em relação ao louco infrator, por estar fundamentada na noção de periculosidade, segundo a qual esse indivíduo se situa no limiar da loucura e da criminalidade, impõe a sua retirada compulsória do convívio em sociedade. O potencial dano social que representa impõe sua institucionalização, seja no espaço da prisão, no polo judiciário, ou em

hospital psiquiátrico, no terapêutico. Essa construção está na base de outro importante analisador que se observou nos discursos dos operadores do direito em relação ao manicômio judiciário, que é a “reforma do manicômio”.

Discursivamente, essa lógica se evidencia ao formular a questão acerca da possível extinção do manicômio judiciário. Todas as autoridades judiciárias foram unânimes em discordar dessa solução, defendendo o manicômio judiciário como um projeto necessário para o resguardo da sociedade e mesmo enquanto projeto terapêutico. Nessa perspectiva afirmaram-se coisas do tipo “ela é mais uma medida de proteção pra o próprio doente e a sociedade, né?”; ou ainda “eu não acho que deva ser extinto, não. Eu acho que ele deve ser aprimorado o funcionamento. Talvez ele seja um mal necessário, como a prisão. Ela é um mal necessário”.

Essa fé na prisão como projeto de sociabilidade reforça a ideia de criminalidade como impureza social, como algo que precisa ser extirpado (Shecaira, 1997). As palavras revelam a solução penal como a forma básica de controle social formal, exercido através do apego cego à letra da lei (que é sempre o produto de determinada ideologia dominante) e impõe a punição como meio de garantia do respeito à ordem. Ora, se a prisão é a garantia de manutenção da estabilidade social diante do evento criminoso, outra solução não há para o louco criminoso, senão tutela-lo na velha estrutura asilar, sob regime de prisão, sendo a custódia nesse caso, nas palavras de um dos juízes, uma espécie de “resguardo da própria situação do agente, que quando começa a se envolver em atividades delitivas fica mais vulnerável”. É o discurso que possibilita a retirada do sujeito da cena social. Exemplo dessa racionalidade foi a constatação de que em 12 processos averiguados, os laudos contêm indicações terapêuticas, sendo que apenas 03 registram a sugestão do tratamento ambulatorial. Em um desses processos, a

autoridade judiciária rejeitou a sugestão, aplicando a medida mais drástica, a internação compulsória. Os demais laudos indicam a medida detentiva como a principal medida “terapêutica” a ser adotada e efetivamente aplicada pelas autoridades judiciárias. São fatos que reforçam a convicção de “que o trajeto percorrido neste século deixou inalterado o sentido do castigo e da recompensa como formas de sociabilidade, pretendendo ajustá-los às novas conformações acerca da produção da vida” (Passetti, 1999, p. 56).

Comentando o caso do apenado João Acácio Pereira Costa, que ficou nacionalmente conhecido pelo epíteto de “o bandido da luz vermelha”, Shecaira (1997) afirma que após 30 anos de reclusão, onde teve crises de sanidade, institucionalizou-se e aprisionou-se, o preso perdeu sua humanidade, tornando-se um ser extremamente dependente de assistência para voltar a ser um homem. Essa necessidade de assistência está na base da racionalidade segundo a qual a saída para o problema do manicômio judiciário na contemporaneidade não é sua extinção, mas sua reformulação, sua reestruturação, sua humanização. É nesse contexto que o analisador demonstra como se é capaz de advogar pela humanização do manicômio judiciário como solução para o perfeito atendimento ao louco infrator, mas nunca pela sua superação.

Bem por isso, ao apontarem as dificuldades encontradas para a fixação da medida de segurança detentiva, os participantes direcionam suas críticas à precariedade estrutural da unidade psiquiátrica de custódia (descrita sempre como insuficiente para dar conta da grande demanda de internação existente). A débil infraestrutura para acondicionar o louco infrator foi apontada pela quase totalidade dos entrevistados, que se referiam a necessidade de “espaços, vagas. A principal dificuldade é essa, vagas na unidade psiquiátrica”.

Essa conjuntura demonstra claramente que a aspiração reformista em relação ao manicômio judiciário não é considerada pelos participantes da pesquisa enquanto uma missão do sistema judicial, apesar da instituição ser administrada conjuntamente pelos Poderes Executivo e Judiciário. Isso se torna mais claro quando se verifica que as críticas também foram dirigidas aos órgãos públicos auxiliares da atividade jurisdicional, notadamente ao instituto de polícia técnica do Estado, sendo apontado como um dos entraves para o mais adequado funcionamento da instituição de custódia, causa de grandes dificuldades na aplicação da internação compulsória. Assim, ao lado da ausência de estrutura adequada para comportar maior número de internos, o reduzidíssimo número de peritos oficiais disponíveis no Estado, foi destacado como um dos principais entraves a uma melhor qualidade do tratamento do louco infrator.

De outro lado, constatamos o quase completo desconhecimento por parte dos operadores jurídicos em relação à lei de reforma psiquiátrica e aos princípios que informam o processo de mudança paradigmática em atenção à saúde mental. Embora alguns juízes tenham relatado já terem substituído a aplicação da medida de segurança detentiva pelo estabelecimento de um tratamento ambulatorial, em nenhum caso isso se deu sob inspiração do processo de reorientação da atenção em saúde mental. Muitas vezes, a substituição foi efetivada exatamente por não existir disponibilidade de vagas na instituição e, diante da impossibilidade de deixar o sujeito preso, já que tecnicamente é irresponsável pelo ato praticado, optou-se pelo encaminhamento aos serviços de saúde mental. Essa circunstância mais uma vez reforça a natureza da unidade de custódia como um efetivo estabelecimento prisional, já que a liberdade foi uma alternativa indesejada, somente tolerada em face da

desestruturação do sistema prisional local. Acerca deste ponto, vejamos esse trecho de uma das entrevistas:

“Aqui nós já fizemos isso algumas vezes, mesmo quando, às vezes, o laudo indica que a medida mais cabível a internação, algumas vezes já colocamos pra tratamento ambulatorial, não por entender que fosse o melhor, mas por não ter vaga na internação. Então, por falta de vagas na internação, nós optamos pelo tratamento ambulatorial”.

Essa desconsideração da lei de reforma psiquiátrica por parte dos magistrados expõe, em cores vivas, certa indiferença em relação aos destinos do interno, o que não deixa de ser problemático, sobretudo se considerarmos que a lei nº 10.216/2001, ao dispor sobre matéria relativa à internação, pode ter efeito derogatório em relação a tópicos específicos da legislação penal que tratam da mesma matéria e que com ela se incompatibiliza.

Verificamos ainda que os discursos se afinam às críticas direcionadas à gestão do sistema penitenciário estadual, situando o problema do manicômio judiciário distante da lógica que subjaz ao seu funcionamento. Portanto, a principal solução apontada pelos juízes para o problema do manicômio judiciário enquanto projeto terapêutico voltado ao louco infrator, longe de ser a sua extinção e a aplicação das diretrizes traçadas pela Lei de Reforma Psiquiátrica brasileira, com a absorção da demanda nos serviços territoriais de saúde mental, materializou-se na ideia de reestruturação e ampliação do serviço, de modo a ser possível absorver essa demanda e ofertar o tratamento psiquiátrico (clássico) adequado aos internos.

4.3.2. A entrevista com a psiquiatra

A única psiquiatra que atua na unidade psiquiátrica de custódia e tratamento foi igualmente entrevistada, tendo anuído prontamente ao requerimento e agendando um horário em seu consultório particular.

De maneira geral, os pontos controvertidos pouco se diferenciaram em relação ao discurso jurídico, já que a crença no funcionamento da instituição manicomial (e aqui não só da Unidade Psiquiátrica de Custódia, como das instituições manicomiais de maneira geral), é a mesma partilhada pelos operadores do direito.

Surpreendentemente, a periculosidade do agente não foi descrita como uma categoria essencial à internação compulsória: “Eu não concordo que a aplicação da medida de segurança, haja vista uma inimputabilidade ou uma semi-imputabilidade, se dê com base na periculosidade do agente”. O exame psicopatológico, por outro lado, foi descrito como sendo o fator decisivo para a definição da medida de internação manicomial. Isso fica bastante explícito em uma de suas falas:

“Eu acho sim que, no momento em que você tem um paciente que “tá” com exame de estado mental alterado, agressivo, com dificuldade na contenção dos impulsos, de repente delirando ou alucinando, isso dificulta muito o atendimento dele na rede básica de saúde mental, porque não temos equipes preparadas pra lidar com esse tipo de paciente, não temos seguranças, equipe de enfermagem, nem segurança, preparadas pra lidar com esse tipo de paciente. Então acho que dificulta demais sim, quando o paciente tá com o exame de estado mental alterado e, portanto, não está estável do ponto de vista psiquiátrico”.

Como se vê, a ênfase recai sobre a patologia. A periculosidade constitui uma categoria mais manejada no âmbito do discurso jurídico relacionado à defesa social. Para a psiquiatria, o grande ordenador das práticas indiscutivelmente é a “doença mental”, que surge então como o grande analisador desta etapa da pesquisa.

Ao longo da entrevista, ficou bastante enfatizado o papel da “doença mental” na definição das práticas médicas relacionadas ao âmbito do manicômio judiciário. Isso foi claramente afirmado nos seguintes termos: “como médica e como psiquiatra forense eu lhe digo que a expressão, o termo, a entidade “periculosidade”, em si, psicopatologicamente falando ela não é considerada na hora de tratar e medicar o paciente. Os parâmetros considerados são os parâmetros psicopatológicos”.

Desse modo, a “doença mental” funciona como norteador da atuação do papel do principal ator do campo da saúde na instituição manicomial, pois, conforme suas próprias palavras,

“Os pacientes são vistos quando têm alguma alteração comportamental percebida pelos profissionais, pela equipe de saúde ou pela equipe de segurança, pelos agentes penitenciários, ou quando eles próprios pedem para falar com a médica, que sou eu, referindo alguma queixa. Assim é feito o acompanhamento médico”.

Revolve-se, pois, à questão relacionada com a dificuldade de se estabelecer um conceito universalmente válido acerca de “doença mental”, o que, por sua vez, se liga às perspectivas de tratamento e de atuação no campo da saúde.

Segundo Silva (2008), a definição de doença mental constitui o primeiro problema com que se defrontam as propostas de tratamento psicológico, vez que doença é um conceito construído a partir de um conjunto de critérios orientados por um valor. Portanto, “traçar a história da doença mental é traçar de algum modo a história dos valores que a delimitaram” (p. 145). No âmbito do aparelho manicomial e especificamente do hospital psiquiátrico judiciário, o valor que norteia a atuação em saúde mental, indiscutivelmente, é o ideal da normalização. Esse aspecto também foi observado dentro do discurso psiquiátrico, ao se insistir no problema da periculosidade, enquanto fundamento da aplicação da medida de

internação compulsória, e indagar se esse fundamento impediria o atendimento da demanda na rede de atenção psicossocial: “acho que dificulta demais sim, quando o paciente tá com o exame de estado mental alterado e, portanto, não está estável do ponto de vista psiquiátrico”.

Essa ênfase na doença mental permite manter a centralidade do espaço asilar como mecanismo terapêutico. A violência própria da exclusão que a internação promove se torna justificada. Foucault (1979/2007) relata que ao se estabelecerem as grandes estruturas asilares, no início do século XIX, se buscava a justificativa de tal projeto na “maravilhosa harmonia entre as exigências da ordem social que pedia proteção contra a desordem dos loucos, e as necessidades da terapêutica, que pediam o isolamento do louco” (p.126). De maneira análoga ao que ocorre com a internação hospitalar, em que a exclusão se torna necessária ao processo de cura (Basaglia, 1985), no manicômio judiciário o horizonte não é outro senão o isolamento do louco infrator, na busca pelo ideal da ressocialização.

Ocorre, porém, que o discurso da ressocialização fracassou no âmbito do projeto penitenciário brasileiro, o que obviamente inclui o manicômio judiciário e disso se tem absoluta consciência, como ficou bastante evidente em outro trecho da fala da profissional:

“Os colegas de trabalho me passam que já houve pacientes que foram liberados da medida de segurança, né? Que foram pra a rua e pra suas casas e recorreram em crimes em muito pouco tempo, então não sei... não sei quanto que eu acredito na ressocialização desses pacientes”.

E continua:

“Essa infraestrutura é muito precária, então, na medida em que você não trata, a ressocialização fica muito difícil e é um ambiente que, na minha opinião, é muito adoecedor. Como é que você já está doente e você vai pra um cubículo com outra pessoa que também é doente, viver um regime prisional!”.

Contudo, não se concebe a possibilidade de desmonte da unidade e o direcionamento dessa demanda específica aos serviços de saúde estabelecidos a partir de um projeto de rede de atenção psicossocial. A esse respeito, relevante registrar a posição radicalmente contrária ao processo de reforma psiquiátrica brasileira, exposta de maneira bastante direta no curso da entrevista. Em dado instante, a participante se posiciona da seguinte forma:

“Eu não gosto da lei da reforma psiquiátrica, porque há certos ambientes de que nós precisamos pra tratar o doente mental, como os hospitais, principalmente. As pessoas tergiversam muito sobre essa coisa de modelo hospitalocêntrico, não sei o quê e eu não acho que o modelo seja hospitalocêntrico. Eu trabalho em hospital psiquiátrico e eu sei o quanto é necessária a passagem do paciente psiquiátrico em muitos ou em alguns momentos de sua vida para o tratamento. Então essa coisa de cada dia deixar o hospital mais de lado e optar por outras opções terapêuticas eu não acredito, não apoio, não defendo e acho um absurdo”.

A busca de uma solução terapêutica centrada na instituição manicomial para o que se considera como “doença mental” despreza o poder político que o movimento de reforma psiquiátrica enverga. A reação a isso é a solução de força, a violência intrínseca ao fazer psiquiátrico que, por óbvio, está na base do modo como o manicômio judiciário funciona. Efetivamente, parece ser certo que

A violência aparece onde o poder está em risco, mas, deixada a seu próprio curso, conduz à desapareção do poder. Isso implica ser incorreto pensar o oposto da violência como a não violência; falar de um poder não violento é de fato redundante. A violência pode destruir o poder; ela é absolutamente incapaz de cria-lo (Arendt, 1970/2011, pp. 73-74).

Um último ponto que merece destaque em relação a entrevista com a psiquiatra da Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento relaciona-se às soluções visualizadas para a instituição. De maneira similar ao que se verificou nos diálogos com os magistrados, não se defende a extinção do estabelecimento, mas sua reforma, sua reformulação, preservando-se

seu funcionamento calcado na internação, por acreditar que não é possível promover o atendimento do inimputável nos serviços territoriais de saúde mental: “é impossível promover o atendimento ao inimputável em conflito com a lei nos serviços territoriais de saúde mental”, por isso o manicômio judiciário “não deve ser extinto, ele deve ser reformulado”.

A constatação da absoluta impermeabilidade que o nosso manicômio judiciário atualmente apresenta em relação ao processo de reforma psiquiátrica sugere, como afirma Delgado (1991), que a luta pelo fim da instituição manicomial vai além da superação da estrutura física, colocando a necessidade de se destruir a lógica da exclusão, o manicômio que existe dentro dos operadores do dispositivo. E “talvez este se apresente como um dos maiores ‘nós’ a serem desfeitos” (p. 17).

Considerações finais

Ao longo desse trabalho, nos deparamos com o insólito do manicômio judiciário, atravessado que é por linhas de forças poderosas, capazes não só de o manterem atado a um modo de funcionamento específico, no contexto das modificações introduzidas pelo processo de reforma psiquiátrica brasileira, mas de ser defendido como sendo uma garantia para a sociedade, diante da representação ameaçadora do desviante perigoso.

A análise dos dados colhidos a partir da operacionalização das 03 etapas da pesquisa possibilitou a constatação de alguns analisadores, problematizados ao longo dos capítulos e que denunciam o funcionamento e a posição que a Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento de Natal ocupa na nossa cultura punitiva, na qual se exterioriza como um conjunto molar tão enrijecido que ainda não se verifica qualquer espaço para um processo de ruptura e o surgimento de uma lógica instituinte, mediada pelo processo de reforma psiquiátrica.

Os dados construídos no curso da investigação acerca da Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento de Natal permitem concluir que apesar da denominação que carrega, o estabelecimento pouco se diferencia de qualquer unidade prisional componente do sistema carcerário estatal. Diante disso, fica bastante evidente a completa falência da ideia de uma rede de serviço de saúde e de um projeto terapêutico direcionado ao louco infrator.

Isto porque, o modelo de atenção psiquiátrica atualmente em operação naquele estabelecimento tem determinado uma atuação eminentemente custodial por parte do Estado,

impermeabilizado que está em relação a alterações que favoreçam a integração do sujeito em sofrimento mental à sua família e à sua comunidade. Assim, o tratamento dispensado aos internos se resume ao esforço de uma contenção química e estrutural.

A unidade, portanto, se conforma como uma instituição total clássica, conforme definida por Goffman (1961/2007), com seus elementos característicos. Nesse sentido, é um dispositivo fechado, onde são estabelecidas barreiras em relação ao mundo exterior e a saída do interno. Constitui-se em um estabelecimento que funciona a partir da internação, de maneira que os sujeitos que ali adentram passam a viver, em tempo integral, sob a autoridade da equipe composta por servidores da saúde e agentes de segurança, responsáveis pelo gerenciamento administrativo da vida institucional.

Nesse ambiente, o sujeito sofre um processo paulatino de mortificação. O insulamento do internado da UPCT e a ruptura com o mundo externo, a obrigação de realizar uma rotina diária (muitas vezes estranha ao interno), a compulsória perda de privacidade, já que permanecem aos pares ou aos trios, recolhidos nas celas, compõem algumas das mutilações operadas pela instituição, que demonstram como “perturbam ou profanam exatamente as ações que na sociedade civil têm o papel de atestar, ao ator e aos que estão em sua presença, que tem certa autonomia no seu mundo” (Goffman, 1961/2007, p. 46).

Semelhantemente ao que se verifica na quase totalidade dos estados da federação, não se identifica qualquer política pública voltada para a reorientação do modelo assistencial aos internos. Inexiste vinculação da instituição ao Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira que o Estado tem mantido os inimputáveis controlados sob segregação, deixando-os à margem das inovações no campo da saúde mental.

Ao contrário das experiências mineira (PAI-PJ) e goiana (PAILI), verifica-se em relação à UPCT uma total desconexão com a rede de atenção psicossocial, negando-se ao paciente psiquiátrico judiciário aquilo que deveria ser o cerne da sua existência, que é o tratamento, na perspectiva delineada pela Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

No misto hospital-prisão que é a UPCT, a internação compulsória revela-se como o que é em essência: como um instituto de contenção da liberdade, concebido no âmbito do projeto do positivismo criminológico que influenciou o direito penal brasileiro. A falência absoluta de ideia de rede e de um projeto terapêutico orientado, por exemplo, para a estruturação de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), sobretudo para aqueles internos que passaram longos períodos na instituição e, por isso, perderam o contato familiar, impõe uma punição a mais ao louco infrator, que é o abandono perpétuo.

Funcionando exclusivamente a partir do conceito de periculosidade, como vimos, um operador tão poderoso como controverso, o ato praticado pelo paciente judiciário deixa de ser relevante no âmbito da valoração da aplicação da medida. Com isso,

a análise da questão criminal centra-se não mais essencialmente no crime, mas no criminoso, isto é, o crime deixa de ser um ente jurídico abstrato, fruto do livre arbítrio individual e passa a ser um ente jurídico ligado à totalidade natural e social, um elemento sintomático da personalidade do autor (Ribeiro, 2016, p. 128).

Para além da questão relativa ao distanciamento do manicômio judiciário da reorientação do cuidado da loucura, o funcionamento institucional, determinado pelos saberes e práticas dos operadores jurídicos e psiquiátricos, que condiciona o modo de entender e considerar o louco infrator, produzem subjetividades, desde que aprisionam o sujeito em

determinada natureza ou identidade, que são sempre produto das relações saber/poder que perpassam a instituição (Benelli & Costa-Rosa, 2003).

Deleuze e Parnet (1998), afirmam que indivíduos e grupos são constituídos por linhas de naturezas diversas, sendo que a primeira delas é a de segmentaridade dura, típicas dos grandes conjuntos molares ou estratos, como a família, a profissão, a escola, o exército, entre outros.

Assim, em toda sociedade existem linhas de segmentaridade dura, que se manifestam de diversas maneiras ao longo da história e do modo da sociedade vigente, mas nunca deixam de estar presentes (Cassiano & Furlan, 2013). São elas que estabelecem as grandes dualidades que comandam a sociedade de forma bem delimitada, estabelecendo os papéis sociais.

Cassiano e Furlan (2013) afirmam, ainda, que as linhas duras são as linhas de controle, normatização e enquadramento, através de seus atravessamentos se busca manter a ordem e evitar o que é considerado inadequado a determinado contexto social instituído. Por sua vez, Deleuze e Parnet (1998), lembram que essas linhas molares de segmentaridade dependem de máquinas binárias, que estabelecem dicotomias e implicam dispositivos de poder, que fixam códigos e territórios próprios. É exatamente nessa perspectiva que se pode considerar o manicômio judiciário: constitui-se como um exemplar desse conjunto molar, como um dispositivo de poder, atravessada por essas linhas de força que estabelecem a separação radical entre o normal e o patológico, entre a sanidade e a loucura. Desse modo, o hospital psiquiátrico judiciário emerge como o território próprio de uma loucura específica, aquela que transbordou dos limites do socialmente aceitável e avançou sobre bens juridicamente tutelados, por serem considerados mais relevantes pelo ordenamento jurídico, dentro de um momento histórico-econômico-social específico.

Dessa maneira, é possível pensarmos que, nesse espaço, o conjunto de procedimentos disciplinares e normas de segurança encontram-se tão hipertrofiados, que o funcionamento institucional, segundo as linhas de forças que lhe atravessam, capturam o sujeito, fazendo-o sorver uma identidade própria. Isso talvez explique, muito mais que a ausência de um serviço residencial terapêutico (embora não tenhamos nenhuma dúvida de que essa ausência é bastante relevante), o motivo pelo qual dois internos da Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento permanecerem na instituição, submetidos à mesma disciplina, aos mesmos códigos, aos mesmos dispositivos de subjetivação, ainda que cessada a necessidade de internação.

A observação direta da unidade psiquiátrica permitiu compreender como esse dispositivo de controle funciona como uma especialização de cárcere onde se amontoam as pessoas em um sistema penal que concebe o aprisionamento como projeto de solução principal de regulação da vida social e que, portanto, estabelece uma sociabilidade segregacionista, que opera a partir da negação do outro, ficando muito claro, pois, “que nossas prisões jamais foram inteiramente disciplinares, jamais nelas funcionou um verdadeiro panopticom, pois elas sempre foram, com grande facilidade, uma região de amontoados humanos, ainda que aqui e ali possam aparecer exceções” (Rauter, 2016, p. 48).

Isso está demonstrado mesmo nas falas dos participantes da pesquisa, durante as entrevistas, as quais expõem essa faceta da instituição de maneira muito clara. Os discursos que fundamentam as práticas judiciárias no campo da aplicação das medidas de segurança haurem no projeto punitivo, que tem a prisão como seu ponto máximo, a inspiração para manter a lógica de funcionamento do manicômio judiciário na contemporaneidade, desde que existe como uma espécie de “prisão tutelar”, onde paradoxalmente se encarcera o louco

infrator para garantir sua integridade. Reconhecem que é um mal, porém “um mal necessário”. Os discursos exprimem lógicas que se complementam, pois estão relacionados à suposta necessidade de aprisionamento do inimputável em conflito com a lei, objetivando sua própria tutela jurídica, diante da vulnerabilidade em que se encontra, assim como do resguardo da própria sociedade, fortemente turbada pelo comportamento desajustado do louco infrator e pelo risco que, por isso, ele representa.

É nesse contexto que os operadores do direito e os próprios trabalhadores da unidade, longe de desejarem o fim da instituição asilar, defendem um projeto de “humanização do manicômio”, revelando como “o saber das pessoas comuns também está impregnado pela ladainha do saber biomédico (...), que, agindo sobre as subjetividades desterritorializadas do capitalismo atual, constituem poderosos dispositivos de captura” (Rauter & Peixoto, 2009, p. 269).

A prevalência do discurso psiquiátrico sobre o jurídico, que ficou muito evidente ao longo da pesquisa e que está na base do apelo pela reestruturação do asilo de alienados na atualidade, eleva a psiquiatria, conforme assinalam Rauter e Peixoto (2009), à categoria de um poderoso dispositivo de controle contemporâneo, cuja principal característica é seu caráter global e abrangente. A análise dos autos processuais, por sua vez, possibilitou mergulhar mais profundamente no manicômio judiciário e enxergá-lo como essa vigorosa estrutura de contenção, mediado pelo saber psiquiátrico, dentro do aparato judiciário local. Possibilitou visualizar como os discursos penalógico e psiquiátrico se articulam no momento de determinar a responsabilidade penal e imputabilidade dos internos e como essa operação impossibilita o acesso a serviços de saúde mental orientados na perspectiva da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011,

que dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Podemos afirmar que o atual modo de funcionamento do manicômio judiciário impossibilita a promoção da reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental, o que contribuiria para a manutenção dos seus vínculos familiares. Tampouco se promove o cuidado em saúde mental, por meio do acolhimento e do acompanhamento contínuo. De plano, até mesmo pela mera observação da estrutura física que comporta os internos, conclui-se que está completamente inviabilizado qualquer projeto terapêutico com tal inspiração.

Aqui é preciso discutir mais acerca do papel que os discursos jurídico e psiquiátrico desempenham na manutenção da lógica manicomial, que contribuem para perpetuar o espaço do instituído, naturalizando a associação entre loucura, periculosidade e exclusão.

Baremlitt (1992) afirma que cada sociedade, em seus aspectos instituintes e organizantes, evidencia sempre uma utopia, uma orientação histórica de seus objetivos. Essa utopia frequentemente é desvirtuada ou comprometida, deformando-se na exploração de alguns homens por outros, na dominação e imposição da vontade de uns sobre outros, no desrespeito à vontade coletiva e, enfim, na administração arbitrária daquilo que se considera saber e verdade, substituindo-se por mentiras, enganos, ilusões e sonegação de informações. O autor vai além, ao demonstrar que as instituições desempenham funções que estão sempre a serviço das formas históricas de exploração e dominação.

Nesse sentido, a investigação nos autoriza a perceber como, dentro da instituição manicomial, os argumentos jurídico e psiquiátrico instrumentalizam um sistema de poder, que se expressa em práticas normatizadoras, que, por sua vez, acentuam a rigidez do dispositivo

prisional. É que tais discursos reproduzem modelos que não permitem, como assinalam Guattari e Rolnik (1990), a criação de saídas para processos de singularização, atuando sempre na manutenção de equipamentos segregativos e na marginalização de determinados grupos.

Observou-se que os operadores do direito e da psiquiatria utilizam uma linguagem técnica, que promove um distanciamento em termos de responsabilidade pelas consequências institucionais relacionadas à aplicação da internação compulsória compreendida como aquilo em que fundamentalmente se constitui: uma punição destinada a quem é legalmente irresponsável pelos seus atos. Muitas vezes o discurso ganha certa tonalidade ideológica, quando, por exemplo, defende-se a internação compulsória como “modo de estabilizar o quadro do paciente”, como frequentemente encontrado nos laudos dos internos da UPCT. “Aparecem aqui traços discursivos do discurso fundante da psiquiatria e do direito penal no começo da época moderna, que era o de conter e disciplinar o sub-proletariado e ajustá-lo para integrar-se às relações sociais de produção que o capitalismo demandava” (Bravo, 2007, p. 39).

Nessa perspectiva, as práticas dos operadores do direito, mediadas pela norma penal, assim como a prática médica, mediada pela especialidade psiquiátrica, forjam uma práxis que, na perspectiva de uma micropolítica, reproduz o sistema de produção de subjetividade dominante (Guattari & Rolnik, 1990). Mas esses instituídos se exprimem como naturais e mesmo desejáveis (Baremlitt, 1992). O manicômio judiciário mantém, com isso, uma função dentro do sistema de organização social que é conservativo: trabalha no nível da manutenção da ordem dominante.

A “periculosidade” demonstra como o diagnóstico médico sustenta uma dupla identidade do interno, uma vez que ele passa, a um só tempo, a ser visto como preso e como louco: “são duplamente *misfits*” (Basaglia, 2005, p. 161). Esta identidade leva àquela, pois à incapacidade de se responsabilizar pelos seus atos impõe ao louco infrator o isolamento como destino final.

Refletindo acerca dessa condição, que foi sua própria vivência, Althusser (1992), afirma que o estado de responsabilidade viabiliza o procedimento judicial clássico, em que o debate público é conduzido e há um julgamento por uma instância judicial. Por outro lado, o estado de irresponsabilidade jurídico-legal subtrai o contraditório diante de uma instância judicial e destina o infrator à internação psiquiátrica, onde é posto a salvo de promover dano à sociedade por tempo indeterminado, onde supostamente recebe os cuidados que sua condição de doente mental reclama. Afirma ainda que

Se é condenado à prisão ou ao internamento psiquiátrico, o criminoso ou assassino desaparece da vida social – por um tempo definido por lei, no caso da prisão (que reduções de pena podem encurtar); por um tempo indefinido, no caso do internamento psiquiátrico, com a seguinte circunstância agravante: considerado privado de seu perfeito juízo e portanto de sua liberdade de decidir, o assassino internado pode perder a personalidade jurídica, delegada pela autoridade competente a um “tutor” (advogado) que tem sua assinatura e age em seu nome e em seu lugar – enquanto um outro condenado só a perde em “matéria criminal” (Althusser, 1992, pp. 26-27).

Isso significa que “presos a esse duplo discurso, os sujeitos não têm condições de elaborar o fato criminoso cometido, elaboração esta que contribuiria para um processo clínico” (Bravo, 2007, p. 40).

A reforma psiquiátrica, tendo como um de seus objetivos o combate à violência institucionalizada, encontra no manicômio judiciário, uma grande resistência, considerando as características desse espaço atravessado por relações de poder que mortificam os sujeitos e no

qual o uso de estratégias discursivas se situa tão próximas daqueles fundante da psiquiatria e do direito penal. A concepção segundo a qual existem indivíduos mais propensos ao cometimento de crimes pela condição psíquica que ostentam, naturalizam o ambiente manicomial como território inerente ao louco infrator, configurando-se como uma estrutura absolutamente impermeável a um pensamento instituinte.

Seguindo essa lógica e partindo-se da premissa de que o discurso implica determinada prática, porque compõe um instrumento de organização funcional que estrutura o imaginário social (Foucault, 1961/2008), verificamos como os operadores do direito e da psiquiatria sustentam o discurso asilar nos tempos atuais, quando já se verificam os efeitos da reforma psiquiátrica no Brasil. Nesse sentido, continuam a afirmar que “o CAPS não tem infraestrutura para acolher esse tipo de paciente”; ou “essas pessoas precisam ficar internadas, não tem que fantasiar”.

Compreende-se assim que o próprio funcionamento da unidade envolve a aplicação de um exercício de violência que não busca prevenir o evento criminoso, mas que é dirigido ao autor do fato. Ser louco e infrator o identifica como inimigo da sociedade, justificando um tratamento que não respeita mínimas garantias como, por exemplo, a limitação temporal da sanção penal imposta, o que é absolutamente incompatível com o sistema de garantias e proteção aos direitos humanos instituídos pela Constituição da República em 1988.

Se essas discussões fazem sentido, é preciso compreender o porquê de se manter ainda hoje essa estrutura e esse modo de funcionamento. Uma reflexão superficial nos levaria a pensar na exigência legal como pressuposto para sua permanência. Mas a lei de reforma psiquiátrica, em vigor há mais de 15 anos poderia ser o fundamento legal invocado para promover as adequações no tratamento ao louco infrator. O fato é que se seguem existindo “é

porque forças poderosas o mantêm ou tornam-no necessário” (Rauter, 2015, p. 44). A manutenção da lógica asilar nos dias atuais parece que se vincula muito mais a uma etapa anterior à edificação de uma sociedade disciplinar, reeditando ou mantendo vivo o apelo pelo grande encarceramento.

Mas, se é certo que o espaço asilar da Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento é atravessado por forças poderosas, certo é que há de encontrar pontos de resistência, que possivelmente uma imersão mais profunda e duradoura na instituição permitiria a melhor abordagem.

Todavia, o esforço de romper com o paradigma da loucura compreendida como sinônimo de incapacidade ou de periculosidade, assim como com as práticas que advogam medidas de tutela e de exclusão, como assinalam Maciel et al. (2008), não se dá somente pela via do esforço legislativo ou por um esforço solitário, pois que se refere a um esforço maior, que envolve a desconstrução de uma cultura que naturaliza a patologia e a exclusão como medida terapêutica.

A reflexão proposta neste trabalho envolveu o esforço de pensar sobre a sobrevivência do manicômio judiciário na contemporaneidade, a partir dos saberes e discursos que orientam as práticas dos operadores jurídicos e médicos relacionados a essa instituição e ao louco infrator. Ao fazê-lo, incursionou-se por uma vereda que conduz além da mera constatação do efeito de impermeabilização institucional à influência de processos de ruptura com a lógica do confinamento e do controle, adentrando o terreno do papel que essa instituição totalitária desempenha no interior da nossa estrutura social, questionando sempre acerca de quais mecanismos a sustentam e viabilizam.

Assim, a discussão não se deteve na necessidade de maior efetivação da política nacional de saúde mental (o que é evidente e desejável), nem se reduz à questão relacionada à necessidade de atualização da legislação direcionada ao inimputável. A insuficiência de equipamentos de suporte social e a aplicação de uma normatização antiquada, embora contribuindo para permanência do manicômio judiciário, por si só não se mostra bastante para lançar uma compreensão acerca daquilo que se mantém inalterado no interior dos avanços produzidos pelo processo de reforma psiquiátrica, sobretudo quando já existem modos diferentes de lidar com o louco infrator, inclusive no âmbito nacional.

Para que o processo de reforma psiquiátrica pudesse avançar no Brasil, dos anos 1980 até o momento atual, muito se produziu acerca do hospital psiquiátrico e seu significado social. Conhecer permitiu questionar a importância de uma estrutura tão poderosa, abrindo espaço para um movimento de contestação de seu papel no quadro de assistência em saúde mental.

Nesse horizonte, parece claro que qualquer compreensão acerca do manicômio judiciário passa pelo questionamento dos saberes e práticas que lhe definem, compreendendo que esses discursos fazem parte de uma cultura que eleva a penalidade ao status de garantia do processo civilizatório. Nesse sentido, é possível afirmar que

Os mecanismos ideológicos legitimadores do poder do Estado de punir, propagandeando a ideia de que a imposição deste sofrimento irracional aos responsáveis por condutas conflituosas ou socialmente negativas, a que se dá a qualificação legal de crimes, poderá trazer proteção, segurança e tranquilidade, alimentam e são alimentados com falsas crenças, partindo fundamentalmente da equivocada identificação de determinadas ações criminalizadas como únicas tradutoras da ideia de violência, identificação que, divulgada através de uma publicidade tão enganosa quanto intensa se constrói basicamente através da ocultação de dados essenciais, da repetição de informações inteira ou parcialmente falsas, da manipulação de sentimento de medo e insegurança e de emoções provocadas por uns poucos

episódios mais cruéis, que comovem e assustam, especialmente roubos, sequestros, estupros e um ou outro homicídio (Karam, 1997, p. 68).

Calcada nessa ideia, compreendemos que o manicômio judiciário não se constitui como um resquício do passado, isto é, como uma instituição arcaica que extemporaneamente teima em permanecer na atualidade, funcionando sobre bases muito semelhantes àquelas que possibilitaram o seu surgimento no século passado. Em realidade, essa instituição, concebida como um projeto de higienização do espaço urbano, permanece nos dias de hoje porque cumpre uma função específica dentro de determinada ordem econômico-social. Configura-se como o moinho de gastar gente que consome os indesejáveis de nosso tempo, os homens infames que, como afirma Foucault (2006), não têm sido nada na história, não desempenham papéis de relevância nos acontecimentos ou entre as pessoas importantes, mas sobretudo que não têm (e nunca terão) existência fora daquilo que dizem os autos de um processo penal.

Então a questão se relaciona diretamente ao modelo societário adotado pelo Estado brasileiro, mas também está posta no nível da sociabilidade segregacionista que nos condiciona e nos constitui, de maneira que, ao abordar o problema do manicômio judiciário, precisamos responder antes acerca da lógica manicomial que sustentamos no dia a dia.

Necessitamos compreender

por que as pessoas lutam por sua própria opressão como se estivessem lutando por liberdade? Por que produzimos modos de existência tiranos que fazem com que a hierarquia e a exploração sejam desejadas? Por que costuramos tantas burcas que, mesmo de cores e tecidos variados, são sempre fôrmas-prisões? (Dimenstein, 2006, p. 77).

Esses questionamentos nos convocam a abordar o problema do manicômio judiciário como expressão de um desejo socialmente compartilhado. Desse modo, é certo que a prática

judiciária, na medida em que trabalha no nível de aplicação coercitiva da legislação, reproduz a ideologia dominante inerente ao texto normativo. De mesmo modo, a psiquiatria, ao reduzir a complexidade humana ao nível patológico, enquadrando-o em uma categoria nosológica, empobrece a visão do homem e limita suas potencialidades ao nível de suas capacidades biológicas. Porém, a perpetuação da instituição manicomial parece se relacionar ao desenvolvimento de modos de subjetivação nos quais

Somos capturados constantemente pela tentação do conforto das formas e dos equilíbrios; indicam também que empreendemos, a todo o momento, processos de institucionalização da vida e que ajudamos a modular os sistemas de saberes-poderes que nos atravessam e a conservar as redes invisíveis de subjetivação moral, que sabotam as forças vivas da vida, a potência do novo, do desconhecido, do inusitado, da diferença. Chamamos isso de “desejos de manicômio”. Trata-se de uma lógica; são marcas invisíveis que produzem formas de subjetivações (Dimentein, 2006, p. 77).

Essa fé na reação punitiva, produto de uma perversa fantasia (Karam, 1997), tem contribuído para a completa desestruturação do próprio sistema carcerário, pois tende a se refletir no aumento exponencial da demanda por mais controle e mais prisão.

De acordo com Batista (2010), no período de transição do regime autoritário para a retomada do processo de democratização, os dispositivos de controle social não apenas se mantiveram inatingidos, como se expandiram vertiginosamente nos últimos 20 anos. “A vida moderna é garantida com base na crença no Estado com monopólio das armas, exército, polícias, e instituições que previnem, asseguram e cuidam das populações e de suas felicidades” (Passetti, 2004, p. 151). O Estado atua absorvendo, pela prática parlamentar, as demandas dos cidadãos (Passetti, 2004).

Ao nos debruçarmos sobre uma realidade muitas vezes esquecida, pretendeu-se contribuir para construir uma forma de ruptura com essa rigidez institucional, que passe necessariamente pela consideração da cultura de controle em que estamos imersos, porque

Essa lógica manicomial não está restrita a um campo específico de práticas. Ou seja, a fabricação desses modos de existência, capturados em sua força de invenção, de devires fascistas que se voltam em nome da razão, à correção de tudo o que escapa à normalidade, à vigilância ininterrupta para não sairmos da ordem, à produção de práticas e tecnologias de disciplinarização é algo que perpassa o cotidiano, que alimenta os modos pelos quais circulam as pessoas nos espaços sociais, nossos atos e formas de pensar. Portanto, não é algo produzido especificamente no contexto da saúde mental; são movimentos que atravessam o *socius*, o tornar-se humano contemporâneo. Isso quer dizer que eles envolvem todos nós; estão dentro e fora dos muros dos hospitais (Dimenstein, 2006, p. 78).

A instauração de um pensamento instituinte mediado pelo processo de reforma psiquiátrica em relação ao manicômio judiciário, talvez necessite de um anterior cultivo a um abolicionismo penal, que evidencie como a lógica punitiva é disparada muito antes do surgimento do conflito, como bem assevera Passetti (2006).

Cabe-nos dizer, por fim, que o desmonte do manicômio judiciário talvez seja uma utopia distante, mas possível. E embora esse trabalho não tenha a pretensão de esgotar a reflexão acerca dessa possibilidade, resulta da imensa fé no conhecimento como primeiro passo em sua direção.

Referências

- Abramovay, P. & Batista, V. M. (2010). *Depois do grande encarceramento*. Rio de Janeiro: Revan.
- Althusser, L. (1895). *Aparelhos ideológicos de Estado: nota sobre os aparelhos ideológicos de Estado*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Althusser, L. (1992). *O futuro dura muito tempo; seguido de Os fatos: autobiografias*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Alverga, A. R. & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 299-316. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Arendt, H. (2011). *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira. (Texto original publicado em 1970).
- Assis, M. (2014). *O alienista*. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1882).
- Barbosa, N. H. (2016). O mito da periculosidade e as medidas de segurança. In E. Venturini, R.T. Oliveira e V. Mattos. *O louco infrator e o estigma da periculosidade* (pp. pp. 154-184). Brasília: CFP.
- Baremlitt, G. F. (1992). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos.
- Barreto, A. H. L. (1993). *Diário do hospício; o cemitério dos vivos*. Rio de Janeiro: Divisão de Editoração.
- Barros-Brisset, F. O. (2010). Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. *Journal of Human Growth and Development*, 20(1), 116-128.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.

- Batista, N. (1990). *Punidos e mal pagos: violência, justiça, segurança pública e direitos humanos no Brasil de hoje*. Rio de Janeiro: Revan.
- Batista, V. M. (2003). Criminologia e história. In V. Malaguti (Org.), *Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro* (pp. 43-63). Rio de Janeiro: Revan.
- Batista, V. M. (2008). A criminalização da juventude popular no Brasil: histórias e memórias de luta na cidade do Rio de Janeiro. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, (44), 19-22.
- Batista, V. M. (2010). A governamentalização da juventude: policizando o social. *Revista EPOS*, 1(1).
- Batista, V. M. (2011). *Introdução crítica à criminologia brasileira*. Rio de Janeiro, Revan.
- Benelli, S. J., & Costa-Rosa, A. da. (2003). Geografia do poder em Goffman: vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no hospital psiquiátrico. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 20(2), 35-49. doi:10.1590/S0103-166X2003000200004
- Bezerra, B., Jr. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 243-250. doi:10.1590/S0103-73312007000200002
- Bitencourt, C. R. (2009). *Código penal comentado*. São Paulo: Saraiva.
- Brasil, C., Coelho, E., & Brasil, R. (2011). Manicômio Judiciário: Pequeno ensaio sobre as forças que atuam nesse dispositivo. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 1(2), 131-141. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1138>.
- Brasil, R. S. (2012). *Da maquinaria mortífera do manicômio judiciário à invenção da vida: saídas possíveis* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/66658/000870928.pdf?sequence=1>
- Bravo, O. A. (2007). As prisões da loucura, a loucura das prisões. *Psicologia & Sociedade*, 19(2), 34-41. doi:10.1590/S0102-71822007000200005
- Bravo, O. A. (2011). *Las prisiones de la locura. La construcción institucional del preso psiquiátrico*. Cali: Universidad Icesi.
- Carrara, S. (1998). *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Casara, R. (2015, 09 de maio). Exceção ou regra?. *Justificando*. Recuperado de <http://justificando.cartacapital.com.br/2015/05/09/estado-de-excecao-ou-regra/>
- Cassiano, M., & Furlan, R. (2013). O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 373-378.

- Castel, R. (1974). La contradicción psiquiátrica?. In B. Franco (Org.), *Los crimines de la paz* (pp. 151-167). México: Siglo Veintiuno Editores.
- Castel, R. (2010). Os médicos e os juízes. In M. Foucault, *Eu, Pierre Rivière: que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão: um caso de parricídio do século XIX, apresentado por Michel Foucault* (pp. 259-275). São Paulo: Edições Graal
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Chies, L. A. B. (2013). A questão penitenciária. *Tempo Social*, 25(1), 15-36. doi:10.1590/S0103-20702013000100002
- Conselho Federal de Psicologia. (2015). *Inspeções aos manicômios: relatório Brasil 2015*. Brasília: Autor.
- Cooper, D. (1976). *Psiquiatria y antipsiquiatria*. Buenos Aires: Locus Hypocampus.
- Cordioli, M. S., Borenstein, M. S., & Ribeiro, A. A. A. (2006). Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos. *Escola Anna Nery*, 10(4), 671-677. doi:10.1590/S1414-81452006000400008
- Correia, L. C., Lima, I. M. S. O., & Alves, V. S. (2007). Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 1995-2002. doi:10.1590/S0102-311X2007000900002
- Delgado, J. (1991). Reflexões na cidade sem manicômios. In: Jaques Delgado (Org.), *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha.
- Delgado, P. G. (2013). Reforma psiquiátrica: conquistas e desafios. *Revista EPOS*, 4(2).
- Deleuze, G., & Parnet, C. (1998). *Diálogos*. São Paulo: Escuta.
- Dimenstein, M. (2006). O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental*, 4(6), 69-82.
- Diniz, D. (2013). *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: Letras Livres/Universidade de Brasília.
- Duarte, S. L., & Garcia, M. L. T. (2013). Reforma psiquiátrica: trajetória dos leitos psiquiátricos no Brasil. *Emancipação*, 13(1): 39-54.
- Fernandes, F. (2008). *A integração do negro na sociedade de classes: o legado da "raça branca"* (Vol. 1). São Paulo: Globo.
- Fonseca, T. M. G., Thomazoni, A. R., Costa, L. A., Souza, V. L. I., & Lockmann, V. S. (2008). Microfascismos em nós: práticas de exceção no contemporâneo. *Psicologia Clínica*, 20(2), 31-45. doi:10.1590/S0103-56652008000200003

- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes. (Texto original publicado em 1975)
- Foucault, M. (2002). *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: NAU Editora. (Texto original publicado em 1974)
- Foucault, M. (2002b). *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2003). A vida dos homens infames. In M. B. Motta (Org.), *Estratégia, poder-saber: Ditos e Escritos IV* (pp. 203-222). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2006). *Estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2007). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. (Texto original publicado em 1979)
- Foucault, M. (2008). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva. (Texto original publicado em 1961)
- Foucault, M. (2010). *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão... um caso de parricídio do século XIX*. Rio de Janeiro: Graal. (Texto original publicado em 1988)
- Gabriel, J. E., Neto, & Losekann, L. A. (2017). *Medidas de segurança e periculosidade: aspectos jurídicos, médicos e psicológicos*. Porto Alegre: Sérgio Fabris Editor.
- Giorgi, A. (2006). *A miséria governada através do sistema penal*. Rio de Janeiro: Revan.
- Goffman, E. (2007). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva. (Texto original publicado em 1961)
- Gordo, A. J., & Serrano, A. (2008). *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson Educación.
- Gray, D. E. (2012). *Pesquisa no mundo real*. Porto Alegre: Penso.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (1990). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes.
- Guattari, F. (2012). Práticas analíticas e práticas sociais. In F. Guattari, *Caosme: um novo paradigma estético* (pp. 159-179). São Paulo: Editora 34
- Ibrahim, E. (2014). *Manicômio judiciário: da memória interrompida ao silêncio da loucura*. Curitiba: Appris.
- Jakobs, G., & Meliá, M. C. (2009). *Direito penal do inimigo: noções críticas*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.

- Jardim, K. & Dimenstein, M. (2007). Interface entre a saúde mental e a justiça: desconstruções e problematizações sobre o "louco perigoso". *Veredas Do Direito: Direito Ambiental E Desenvolvimento Sustentável*, 4(8). Recuperado de <http://www.domhelder.edu.br/revista/index.php/veredas/article/view/47>.
- Jakobs, G. & Meliá, M. C. (2009). *Direito penal do inimigo: noções críticas*. Porto Alegre: Editora Livraria do Advogado.
- Lei nº 8.072*. (1990, 25 de julho). Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. Brasília: Presidência da República.
- Lei nº 8.930*. (1994, 06 de setembro). Dá nova redação ao art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. Brasília: Presidência da República.
- Lei nº 9.695*. (1998, 20 de agosto). Acrescenta incisos ao art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, e altera os arts. 2º, 5º e 10 da Lei no 6.437, de 20 de agosto de 1977, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República.
- Lei nº 10.216*. (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República.
- Lei nº 10.792*. (2003). Altera a Lei no 7.210, de 11 de junho de 1984 - Lei de Execução Penal e o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal e dá outras providências. Brasília: Presidência da República.
- Levi-Strauss, C. (1957). Um cálice de rum. In C. Levi-Strauss, *Tristes Trópicos* (pp. 409-420). São Paulo: Anhembi.
- Lourau, R. (1993). *Análise Institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Machado, F. N. (2015). A gestão penal da pobreza no curso da história: das origens da penitenciária às crises contemporâneas. *Revista da Defensoria Pública da União*, 8, 184-205.
- Maciel, S. (2012). Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(8), 73-82.
- Maciel, S. C., Maciel, C. M. C., Barros, D. R., Sá, R. C. N., & Camino, L. F. (2008). Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *PsicoUSF*, 13(1), 115-124.

- Marcantonio, J. H. (2010). A loucura institucionalizada: sobre o manicômio e outras formas de controle. *Psicologo informacao*, 14(14), 139-159.
- Marigoni, G. (2011). O destino dos negros após a abolição. *Desafios do desenvolvimento*, 70, 36-42.
- Martínez, M. (2010). Populismo punitivo, maioria e vítimas. In P. Abramovay & V. Malaguti (Orgs.), *Depois do grande encarceramento* (pp. 313-327). Rio de Janeiro: Revan.
- Martins, A. (2004). Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 21-32. doi:10.1590/S1414-32832004000100003
- Marx, K. (2013). A assim chamada acumulação primitiva. In K. Marx, *O Capital: livro 1* (pp. 959-1014). São Paulo: Boitempo. (Texto original publicado em 1867)
- Mattos, V. (2006). *Crime e psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*. Rio de Janeiro: Revan.
- Mattos, Virgílio de. (2010). Canhestros caminhos retos: Notas sobre a segregação prisional do portador de sofrimento mental infrator. *Journal of Human Growth and Development*, 20(1), 51-60. Recuperado em 09 de fevereiro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100008&lng=pt&tlng=pt
- Mattos, V. (2016). Por que ainda existem manicômios? In E. Venturini, V. Mattos & R. T. Oliveira (Orgs.), *Louco infrator e o estigma da periculosidade* (pp. 62-74). Brasília: CFP.
- Mecler, K. (2010). Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. *Journal of Human Growth and Development*, 20(1), 70-82.
- Melossi, D., & Pavarini, M. (2014). *Cárcere e fábrica – as origens do sistema penitenciário (séculos XVI-XIX)*. Rio de Janeiro: Revan.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Justiça. (2014). *Levantamento nacional de informações penitenciárias (INFOPEN)*. Recuperado de <http://www.justica.gov.br/news/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>
- Ministério da Justiça. (2014). *Relatório de inspeção em estabelecimentos penais do estado do Rio Grande do Norte*. Recuperado de <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/relatorios-de-inspecao-1/relatorios-de-inspecao-2014-1/relatorio-de-inspecao-rn-abril-03-e-04-2014.pdf>

- Ministério da Saúde. (2010). Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde. (2015). *Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12*. Informativo eletrônico. Recuperado de www.saude.gov.br/bvs/saudemental
- Ministério Público do Estado de Goiás. (2013). *Paili: programa de atenção integral ao louco infrator*. Goiânia: Autor.
- Ministério Público Federal. (2011). *Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001*. Brasília: Autor.
- Miranda-Sá, L. S., Jr. (2007). Brief history of psychiatry in Brazil: from the colonial period to the present. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(2), 156-158. doi:10.1590/S0101-81082007000200005
- Mitjavila, M. R., & Mathes, P. G. (2012). Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(4), 1377-1395. doi:10.1590/S0103-73312012000400007
- Moraes, R., & Francischetto, G. (2014). Manicômios judiciais: a invisibilidade social dos inimputáveis e as ações do PAI – PJ como forma de energia emancipatória. *Panóptica - Direito, Sociedade E Cultura*, 9(1), 37-53.
- Oliveira, W. V. (2011). A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18(1), 141-154. doi:10.1590/S0104-59702011000100009
- Passetti, E. (1999). Sociedade de controle e abolição da punição. *São Paulo em Perspectiva*, 13(3), 56-66. doi:10.1590/S0102-88391999000300008
- Passetti, E. (2004). Segurança, confiança e tolerância: comandos na sociedade de controle. *São Paulo em Perspectiva*, 18(1), 151-160. doi:10.1590/S0102-88392004000100018
- Passetti, E. (2006). Ensaio sobre um abolicionismo penal. *Revista Verve. São Paulo: Nu-Sol*, 9, 83-114.
- Pastana, D. (2009). Justiça penal autoritária e consolidação do estado punitivo no Brasil. *Revista de Sociologia e Política*, 17(32), 121-138. doi:10.1590/S0104-44782009000100008
- Pasukanis, E.B. (1989). Os métodos de construção do concreto nas ciências abstratas. In E. B. Pasukanis, *A teoria geral do direito e o marxismo* (pp. 31-39). Rio de Janeiro. Renovar.
- Paulon, S. M. (2006). A Desinstitucionalização como Transvalorização. Apontamentos para uma terapêutica ao niilismo. *Athenea Digital*, 10, 121-136

- Paulon, S. M. (2005). A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, 17(3), 18-25. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822005000300003>
- Peres, M. F. T. (1999). Erasmo: o Estranho da loucura criminal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(2), 121-143. doi:10.1590/1415-47141999002009
- Pessoti, I. (1996). *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34
- Portaria nº 3.088. (2011, 23 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ramminger, T. (2002). A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. *Bol. da Saúde*, 16(1), 111-124.
- Rauter, C. (2010). Os discursos e práticas Psi no contexto do grande encarceramento. In P. Abramovay & V. Malaguti (Orgs.), *Depois do grande encarceramento* (pp. 195-205). Rio de Janeiro: Revan.
- Rauter, C. (2016). Por que o manicômio ainda existe?. In E. Venturini, V. Mattos & R. T. Oliveira (Orgs.), *Louco infrator e o estigma da periculosidade* (pp. 44-61). Brasília: CFP.
- Rauter, C., & Peixoto, P. T. C. (2009). Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 14(2), 267-275. doi:10.1590/S1413-73722009000200007
- Reishoffer, J. C., & Bicalho, P. P. G. (2017). Exame criminológico e psicologia: crise e manutenção da disciplina carcerária. *Fractal: Revista de Psicologia*, 29(1), 34-44. doi:10.22409/1984-0292/v29i1/1430
- Ribeiro, A. C. L., & Ferla, A. A. (2016). Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. *Psicologia em Revista*, 22(2), 294-314. doi:10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P294
- Ribeiro, D. (1995). *O povo brasileiro*. São Paulo: Companhia das letras.
- Ribeiro, R. L. (2016). Medida de segurança: um dogma penal. In E. Venturini, V. Mattos & R. T. Oliveira (Orgs.), *Louco infrator e o estigma da periculosidade* (pp. 124-153). Brasília: CFP.
- Romagnoli, R. C. (2009). A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 166-173. doi:10.1590/S0102-71822009000200003
- Rusche, G., & Kirchheimer, O. (2004). *Punição e estrutura social*. Rio de Janeiro: Revan.

- Senra, A. H. (2011). Inimputabilidade e loucura: os paradoxos da proteção e do tratamento. In G. J. C. Gauer & D. S. Machado (Orgs.), *Filhos e vítimas do tempo da violência: a família, a criança e o adolescente* (pp. 199-212). Curitiba: Juruá.
- Shecaira, S. S. (1997). Prisões do futuro? Prisões no futuro?. In E. Passetti & R. B. D. Silva (Orgs.), *Conversações abolicionistas: uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva* (pp. 171-175). São Paulo: IBCCrim.
- Silva, A. A. (2015). *Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará* (Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo). Recuperado de <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17130>
- Silva, H. C. (2010). Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do PAILI. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 20(1), 112-115.
- Silva, M. B. (2013). Um caso entre a saúde mental e os direitos humanos: as versões e a vítima. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(4), 1257-1275. doi:10.1590/S0103-73312013000400012
- Silva, M. M. (2008). A saúde mental e a fabricação da normalidade: uma crítica aos excessos do ideal normalizador a partir das obras de Foucault e Canguilhem. *Interação em Psicologia*, 12(1). doi:10.5380/psi.v12i1.8322
- Spohr, B. (2011). Lógica psiquiátrica e reforma em saúde mental. *Mental*, 9(17), 559-570.
- Souza, J. (2009). *A ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Szasz, T. S. (1974). A quien sirve la psiquiatria?. In F. Basaglia (Org.), *Los crimines de la paz* (pp. 308-320). México: Siglo Veintiuno.
- Szasz, T. S. (1979). *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59. doi:10.1590/S0104-59702002000100003
- Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. (2010). *PAI-PJ: programa de assistência integral ao paciente judiciário*. Recuperado de http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/cartilha_final.pdf
- Vasconcelos, E. M. (2010). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, M. F. F., & Paulon, S. M. (2014). Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica brasileira. *Psicologia & Sociedade*, 26(n. spe.), 222-234.

- Venturini, E. (2010). A desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Journal of Human Growth and Development*, 20(1), 138-151.
- Venturini, E. (2016). Manicômios judiciários: uma saída. In E. Venturini, V. de Mattos & R. T. Oliveira (Orgs.), *Louco infrator e o estigma da periculosidade* (pp. 13-43). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Venturini, E., Casagrande, D., & Toresini, L. (2012). *O crime louco*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Venturini, E. (2010). A desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Journal of Human Growth and Development*, 20(1), 138-151. Recuperado em 22 de abril de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822010000100018&lng=pt&tlng=pt.
- Wacquant, L. (2001). *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Wacquant, L. (2003). *Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos*. Rio de Janeiro: Editora Revan.
- Weigert, M. A. B. (2015). *Entre silêncios e invisibilidades: os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciários brasileiros* (Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140989>
- Wendel, T., & Curtis, R. (2002). Tolerância zero: a má interpretação dos resultados. *Horizontes Antropológicos*, 8(18), 267-278. doi:10.1590/S0104-71832002000200012
- Weyler, A. R. (2006). A loucura e a república no Brasil: a influência das teorias raciais. *Psicologia USP*, 17(1), 17-34. doi:10.1590/S0103-65642006000100003
- Yarochevsky, L. I., & Coelho, T. S. (2013). Periculosidade criminal: conceito, tratamento e consequências. *Percurso acadêmico*, 3(5), 22-34.
- Zaffaroni, E. R. (2007). *O inimigo no direito penal*. Rio de Janeiro: Revan.
- Zaffaroni, E. R., & Pierangeli, J. H. (2011). *Manual de direito penal brasileiro: parte geral*. São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Zimmer, F. (2011). *Internação compulsória: uma nova porta de entrada legal para o asilo* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória). Recuperado de <http://repositorio.ufes.br/jspui/handle/10/6733>

Apêndices

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS MAGISTRADOS CRIMINAIS

EIXOS:

Medidas de Internação (critérios e argumentos):

- Quando uma medida de segurança de internação na Unidade Psiquiátrica de Tratamento e Custódia é definida, quais os principais elementos/argumentos que justificam sua decisão? Em que o(a) sr(a) se apoia?
- Quais as principais dificuldades com que o juiz se depara na aplicação dessa medida?
- A internação compulsória é comumente definida como “sanção terapêutica”. Em sua opinião, como ela funcionaria?
- A aplicação da medida de segurança se baseia na periculosidade do agente. Para o(a) sr(a), esse fundamento gera um direito penal do autor em detrimento de um direito penal do fato?
- Quais os efeitos, impactos ou consequências da aplicação da medida de internação compulsória na vida do inimputável?
- Acredita na possibilidade de ressocialização do interno do UPCT? Tem experiências nesse sentido que possa exemplificar?

Efeitos da Lei da RP no cotidiano:

- O (A) sr(a) conhece a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, chamada “lei de reforma psiquiátrica brasileira”? O que acha dela? Em que ela modificou dispositivos legais que impõem a aplicação da internação compulsória imediata?

- Como essa Lei impacta no seu trabalho ao aplicar uma medida de segurança de internação compulsória? Ela interfere nas suas decisões? Como?
- Quais as principais dificuldades para efetivação da Lei da RP na realidade do RN?

Avaliação e Soluções para a UPTC:

- Qual sua avaliação acerca da Unidade Psiquiátrica de Tratamento e Custódia do RN? Que soluções vê para ela?
- A internação compulsória atende aos fins para os quais idealizada?
- É possível afastar a norma penal, deixando de promover o internamento do inimputável em conflito com a lei e encaminhá-lo aos serviços territoriais de saúde mental?
- Em sua opinião, o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico deve ser extinto?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A MÉDICA PSIQUIATRA

EIXOS:

Medidas de Internação (critérios e argumentos):

- Quais os critérios utilizados para indicar a inimputabilidade do agente e as medidas de internação em um dado caso? Concorda com esses critérios?
- Como é realizado o acompanhamento médico psiquiátrico dos internos da Unidade Psiquiátrica de Tratamento e Custódia?
- Quais as principais dificuldades em relação a tal acompanhamento?
- A internação compulsória é comumente definida como “sanção terapêutica”. Em sua opinião, como ela funcionaria?
- A aplicação da medida de segurança se baseia na periculosidade do agente. O que esse fundamento significa em relação ao tratamento que é dispensado ao interno? Esse fundamento, na sua opinião, impede o seu atendimento na rede de atenção psicossocial? Por quê?
- Quais os efeitos, impactos ou consequências da aplicação da medida de internação compulsória na vida do inimputável?
- Acredita na possibilidade de ressocialização do interno do UPCT? Tem experiências nesse sentido que possa exemplificar?

Efeitos da Lei da RP no cotidiano:

- O (A) sr(a) conhece a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, chamada “lei de reforma psiquiátrica brasileira”?
- Qual a sua opinião acerca dela?
- Como essa Lei impacta o seu trabalho junto aos internos da UPCT? Ela interfere na sua prática? Como?
- Quais as principais dificuldades para efetivação da Lei da RP na realidade do RN?

Avaliação e Soluções para a UPTC:

- Qual sua avaliação acerca da Unidade Psiquiátrica de Tratamento e Custódia do RN?
- Que soluções vê para ela?
- A internação compulsória atende aos fins para os quais idealizada?
- Na sua opinião, é possível promover o atendimento ao inimputável em conflito com a lei nos serviços territoriais de saúde mental?
- Em sua opinião, o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico deve ser extinto?

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1. Caracterização da Instituição:

Nome da instituição: Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento de Natal

Endereço: Rua Iguatu, s/n, Potengi, Natal/RN.

Telefone de contato da instituição:

Localização: área urbana () rural () centro () periferia ()

Acesso: Fácil acesso () difícil acesso ()

Data de fundação do estabelecimento:

Instituição ligada à Segurança Pública ou Saúde? Vinculada à Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania.

Estrutura física:

Acomodações dos internos na instituição:

As acomodações são: Individuais () Coletivas ()

Em caso de acomodações coletivas, qual o número médio de internos por acomodação?

Quais as condições?

Existem em número suficiente: Sim () Não (). Existe privacidade: Sim () Não ()

Existem espaços de isolamento ou contenção, celas (individuais?): Sim () Não ()

Descreva-os:

Como se dá o acesso às áreas externas ao alojamento? Livre? Por alas? Por pacientes?

Há circulação dos pacientes?

Existem áreas de convivência comum fora os alojamentos? (Espaços de conversa, área livre, áreas de lazer, equipamentos e atividades de lazer, outros): Sim () Não ()

Em caso de público de ambos os sexos, há convivência entre homens e mulheres?

Há espaços, separados, de convivência íntima?

Capacidade e ocupação do estabelecimento:

Capacidade máxima de vagas:

Vagas para homens:

Vagas para mulheres:

Número de internos no dia da observação:

Número de homens:

Número de mulheres:

Tempo de permanência dos internos no serviço:

2. Caracterização do corpo técnico-administrativo:

Quantos funcionários?

Quantos agentes de segurança existem na Instituição?

Os agentes de segurança tem formação pra lidar com o público da instituição?

Qual regime de trabalho e carga horária?

Há interação entre internos e profissionais?

Número de pessoas internadas na instituição:

Qual o número de pessoas internadas na Instituição sob medida de segurança?

Há semi-imputáveis?

Há obediência à periodicidade mínima anual de realização dos exames de cessação de periculosidade para todas as pessoas internadas em cumprimento de medida de segurança?

Há casos de pacientes com a periculosidade cessada (“exame conclusivo”) que permanecem internados na Instituição?

As pessoas internadas recebem tratamento ambulatorial e especializado externo quando necessário (a exemplo de pacientes renais, portadores de doenças crônicas e demandantes de outros cuidados especializados em saúde)?

Há pessoas internadas provisoriamente? Quantos casos no total?

Há episódios de violência física cometidas por internos entre si e/ou relacionada aos agentes?

As pessoas internadas podem receber visitas?

Setor de saúde/enfermaria/ambulatório:

Qual o número de:

Auxiliares e Técnicos de Enfermagem ()

Psicólogos ()

Médico Clínico ()

Médico Psiquiatra ()

Terapeuta Ocupacional ()

Assistente Social ()

3. Outras observações:

Qual a frequência dos atendimentos médico psiquiátrico aos internos?

Há casos de óbitos dentro da instituição?

Quantos no total? Quantos no último mês?

Há assistente jurídico na instituição?

Caso sim, há contato entre assistente jurídico e paciente?

Há acesso à Defensoria Pública?

ROTEIRO DE ANÁLISE DOS PROCESSOS

Corpus da análise: laudos que atestam a inimputabilidade dos internos e sentenças que aplicaram a medida - 43 processos dos internos da UPCT.

LAUDOS:

1. Qual o diagnóstico fixado no laudo psiquiátrico?
2. Descrição acerca das formas periciais utilizadas.
3. Há indicações terapêuticas e, caso afirmativo, existe adequação ao contexto da instituição (tratamento indicado e como vai ser feito, dentro ou fora da instituição).

SENTENÇAS:

Qual o prazo mínimo de cumprimento da medida de internação (comparado com o tempo de internação no HCTP);

Se em algum caso houve rejeição total/parcial do laudo psiquiátrico;