



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER

*A inimizabilidade infligida:
A tutela da loucura no Estado Penal*

Isadora Alves de Moraes

Brasília – DF
2014

ISADORA ALVES DE MORAIS

**A ININMPUTABILIDADE INFLIGIDA:
A TUTELA DA LOUCURA NO ESTADO PENAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social (SER) da Universidade de Brasília (UnB), para a obtenção do título bacharel de Serviço Social, sob a orientação da Prof^a. MSc. Jamila Zgiet Rodrigues dos Santos

Brasília – DF

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

A ININMPUTABILIDADE INFLIGIDA:

A tutela da loucura no Estado Penal

Por

Isadora Alves de Morais

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social (SER) da Universidade de Brasília (UnB), para a obtenção do título bacharel de Serviço Social, sob a orientação da Prof^a. M^a. Jamila Zgiet Rodrigues dos Santos

Prof.^a MSc Jamila Zgiet Rodrigues dos Santos

Prof.^a MSc Patrícia Cristina Pinheiro de Almeida
(Membro interno do SER/UnB)

MSc Thaís Kristosch Imperatori
(Membro externo do SER/UnB)

*A todos aqueles que, desprovidos da
razão comum, tiveram seus direitos
usurpados.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que se tornaram fonte desmesurada de admiração e inspiração no decorrer de minha trajetória acadêmica pelo ensejo de mudanças que me despertaram com sua sabedoria bravura com que conduziram suas investigações e projetos profissionais.

Agradeço a minha orientadora Jamila Zgiet pela gentil atenção e brandura com que acolheu minhas ideias transformando-as em um projeto real. O conhecimento compartilhado a cada conversa trouxe o estímulo necessário ao desenvolvimento desse trabalho.

Agradeço imensamente a experiência vivida em campo de estágio e a especial supervisão de Vânia Ferreira e Vilmaria Macedo pela generosidade para comigo a cada troca. Sua dedicação pela atenção à identidade dos indivíduos loucos me instigou e conduziu a devoção pela loucura.

Agradeço a João Carlos, meu companheiro, pela generosidade com que acolheu minhas aspirações e me trouxe a perseverança necessária para construir essa conquista. Sendo a inspiração e a voz que me aconselhou, sua presença foi sempre imprescindível.

Agradeço a minha família, em especial a meus pais, pela dedicação constante e por todo afeto ofertado em minha vida. Sua orientação me direcionou a uma conduta ética e a compreensão de que ser pacífico não é o mesmo que ser passivo. Todas as minhas conquistas serão sempre por vocês e para vocês.

Gostaria de expressar ainda o quão sou grata a todos os amigos que, no momento de minha luta, acalentaram meu desejo respeitando sempre com apreço a ausência constante.

RESUMO

MORAIS, Isadora. *A inimputabilidade infligida: a tutela da loucura no Estado Penal*. 94 f. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia). Departamento de Serviço Social – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

A medida de segurança é o instrumento do Estado utilizado para a proteção à incolumidade alheia determinada àquele em condição de transtorno mental que comete ato infracional e ao tempo da ação era considerado incapaz de compreender sua ilicitude. A realidade dos estabelecimentos de custódia criados para albergar esses indivíduos revela violações de direitos e garantias de proteção social infligindo sobre o infrator com transtorno mental um castigo mais aflitivo que aquele oferecido ao apenado. Nesse sentido, desenvolveu-se uma análise histórico-política dos processos de criminalização e de construção da loucura que fundamentam a intervenção preventiva. A inimputabilidade fôra então definida como objeto de pesquisa investigado e analisado através da configuração do Estado Penal e da atenção a saúde mental no Brasil. Para tanto se recorreu a análise bibliográfica dos estudos brasileiros referentes a questão, revelando-se significativo desvio na proteção aos direitos desses indivíduos.

Palavras-chave: Loucura - Medida de Segurança – Inimputabilidade - Estado Penal - Direitos Humanos

ABSTRACT

MORAIS, Isadora. *The inflicted unaccountability: the madness of protection in the Criminal State*. 94 f. 2014. Work Course Conclusion (Monograph). Department of Social Work. University of Brasília, Brasília, 2014.

The security measure is the state of the instrument used to protect the safety of others determined that in mental disorder who commits an infraction and action time was considered incapable of understanding their illegality. The reality of custodial establishments created to house these individuals reveals rights violations and social protection guarantees inflicting on the offender with mental disorder a more painful punishment than that provided for inmates. In this sense, it has developed a historical-political analysis of the processes of criminalization and madness construction underlying the preventive intervention. The unaccountability then had been defined as a research subject investigated and analyzed by the State Criminal configuration and attention to mental health in Brazil. For that we turned to literature review of Brazilian studies on the issue, revealing significant deviation in protecting the rights of these individuals.

Key-words: Madness - Security measure - Nonimputability - Criminal State - Human Rights

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ATP: Ala de Tratamento Psiquiátrico

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNJ: Conselho Nacional de Justiça

DMF: Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas

DP: Defensoria Pública

DPBA: Defensoria Pública da Bahia

HCTP: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

INFOPEN: Sistema Integrado de Informações Penitenciárias

IPF: Instituto Psiquiátrico Forense

LEP: Lei de Execução Penal

MS: Medida de Segurança

MTSM: Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

MPDFT: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios

NAPS: Núcleo de Atenção Psicossocial

ONU: Organização das Nações Unidas

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

SPT: Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes

STJ: Superior Tribunal de Justiça

SUS: Sistema Único de Saúde

TJAM: Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	14
CAPÍTULO 1 - A DOGMÁTICA PENAL	16
1.1 Escolas Criminológicas	16
1.2 O advento do Estado Penal	23
1.3 Falência do Estado Penal	30
CAPÍTULO 2 - HISTÓRIA DA LOUCURA	37
2.1 A institucionalização do perigo	37
2.2 Da Despsiquiatrização a Antipsiquiatria	45
2.3 A história da atenção à saúde mental no Brasil	47
2.4 A construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil	52
CAPÍTULO 3 - A LOUCURA NO ORDENAMENTO BRASILEIRO	57
3.1 Periculosidade e Desvio	57
3.2 O controle penal da loucura	60
3.3 A Medida de Segurança na contemporaneidade	64
CAPÍTULO 4 - A TUTELA DA LOUCURA NO ESTADO PENAL	69
4.1 Gestão de Riscos	69
4.2 A inimputabilidade infligida	74
4.3 A razão que habito	80
4.4 Os “esquecidos anônimos”	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90

INTRODUÇÃO

A historicidade da loucura dispôs um vasto território de estigmas incutidos à condição daqueles em sofrimento psíquico, que levaram à sua segregação e à perda de sua identidade social enquanto indivíduos de direitos. O caráter velado das ações advindas da associação do transtorno mental à periculosidade segmentou as pessoas com transtorno mental, apartando-as da sociedade.

A partir desse entendimento desenvolveram-se estratégias de proteção à incolumidade alheia, representadas pelo confinamento do acometido de transtorno mental que representaria perigo para a sociedade. A medida de segurança se oriunda então como instrumento do Estado utilizado para garantir a defesa social e a prevenção criminal, sendo determinada àquele em condição de transtorno mental que comete ato violador da lei criminal.

Para tanto, o Estado utiliza-se do fundamento da inimputabilidade enquanto dispositivo que exime de punição aquele que comete delito e ao tempo da infração fôra considerado incapaz de entender ou de determinar-se de acordo com o entendimento de seu caráter ilícito.

O sofrimento mental, considerado causa excludente da culpabilidade, isenta o criminoso de punição verificando ainda que esse deve receber tratamento específico à recuperação de sua saúde mental que habilitará sua reinserção na sociedade. Assim, a medida de segurança pode ser executada em duas modalidades distintas, em tratamento ambulatorial e em regime de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Os Hospitais de Custódia contemplam, então, indivíduos que, por sofrerem algum distúrbio psíquico, são considerados penalmente irresponsáveis pelo delito por eles cometidos inserindo-se na medida de segurança. Oferecendo para o louco infrator tratamento terapêutico, sua proposta assenta-se na reabilitação desses sujeitos ao convívio social.

Este trabalho consiste em uma análise qualitativa de cunho bibliográfico da medida de segurança no Brasil apresentando como foco de sua análise a inimputabilidade no contexto do Estado Penal, caracterizado pelo fortalecimento da lei incriminadora e das respostas ao crime.

A predileção pela escolha do tema se deu a partir da vivência de estágio em Saúde Mental realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I). A experiência permitiu o acompanhamento de um usuário em medida de segurança em regime de tratamento ambulatorial. A curiosidade despertada acerca do funcionamento e eficiência de tal providência legal levou ao exame da bibliografia brasileira produzida até então, que denotou uma contradição entre aquilo que está previsto em lei e a realidade experienciada.

A Constituição Federal assegura os direitos humanos como alicerce necessário a formação da sociedade civil e declara que a saúde é direito de todos e dever do Estado a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas. Contudo, uma revisão crítica dos estudos brasileiros, que contemplam como foco de análise a execução da medida de segurança no Brasil, revela que os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico não oferecem condições para um tratamento que habilite o infrator a sua reinserção social.

Observada a atual configuração dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico, chegou-se a hipótese de que a inimputabilidade perde valia, enquanto instrumento jurídico que exime de pena aquele acometido por transtorno mental ao cometer delito, ao não conferir tratamento adequado à saúde mental do louco infrator em medida de segurança.

De tal modo, a inimputabilidade encontrar-se-ia como aparato que inflige sobre o infrator com transtorno mental um castigo mais aflitivo que aquele oferecido ao apenado. Por conseguinte, delineou-se a inimputabilidade como objeto de pesquisa.

A partir dessa compreensão, este trabalho endossou como objetivo averiguar a relação entre tratamento e punição presente na medida de segurança a fim de inquirir o atual modelo de atenção à saúde mental do louco infrator em regime de internação.

Do ponto de vista dos objetivos específicos pretendeu-se:

- Perscrutar os caminhos percorridos pela inimputabilidade na implementação da medida de segurança.
- Verificar a consonância entre direitos humanos, o caráter preventivo da medida de segurança e o tratamento conferido à saúde mental do louco infrator.

- Reconhecer as principais dificuldades e limites à implementação da medida de segurança em acordo com o disposto na legislação da Reforma Psiquiátrica.
- Avaliar a estratégia de atenção à saúde mental para a população em medida de segurança.

Este trabalho foi então referenciado a partir da construção sócio histórica dos conceitos que permeiam a medida de segurança quais sejam: a dogmática penal e a loucura. Para tanto, foi estruturado consoante às reflexões de dois grandes autores que retratam a instituição carcerária e as mazelas que podem incidir sobre aquele que é por ela abrigado: Michel Foucault e Erving Goffman.

A composição foi dividida em quatro seções que trazem um panorama de como os conceitos que permeiam a medida de segurança foram estruturados historicamente. Assim, os três primeiros capítulos do texto trazem um recorte histórico a fim de introduzir o contexto em a medida de segurança é assentada.

O primeiro capítulo evidencia os processos de criminalização e como a resposta ao delito evoluiu historicamente associada ao mundo do trabalho salientando como revigoramento do continuum punitivo do cárcere aponta para sua ruína eminente. Introduzindo, assim, a conjuntura em que se insere a medida de segurança no Brasil, a seção é relevante para sua apreciação crítica.

O segundo capítulo aborda a história da atenção a loucura com ênfase nos processos que incidiram o status de periculosidade sobre a mesma, a partir desse entendimento os sujeitos com transtorno foram apartados da sociedade através da instituição hospitalar. O princípio da periculosidade é então fundante da providência legal representada pela medida de segurança assinalada no terceiro capítulo, que tem sua trajetória assinalada pelo avanço da legislação no Brasil.

Finalizando, o último capítulo aponta os dados secundários da medida de segurança nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico do Brasil à luz da conquista da Reforma Psiquiátrica.

A apreciação desenvolvida sobre a construção sócio histórica dos conceitos de punição e loucura revelou que a medida de segurança retoma os preceitos positivistas sob a compreensão de periculosidade que impõe ao indivíduo com transtornos o rótulo de irrecuperável inibindo suas possibilidades reinserção social. No mesmo sentido, a

desinternação condicionada à probabilidade de que esse sujeito faça algo indesejável impele uma duração tendencialmente indeterminada à medida de segurança.

A maioria das medidas de segurança é executada em instituições com características asilares, onde os segurados encontram-se abandonados em celas superlotadas, sem estrutura física, sem laudo, sem condições ínfimas de atenção à sua saúde mental. Possíveis reminiscências de um duplo estigma sobre aquele que é abrigado pelas instituições de custódia e tratamento psiquiátrico: ser louco e desviante.

O estigma é então consubstanciado por um perfil comum à todas as instituições para os loucos infratores, indivíduos, pode-se inferir, cuja situação de miséria determinou a falta de acesso a tratamento adequado a sua saúde mental e, por conseguinte, as crises que culminaram no delito.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A fim de realizar um estudo comparativo entre a terapêutica prevista na legislação referente a medida de segurança e o tratamento conferido efetivamente ao louco infrator, inicialmente as pretensões de pesquisa propunham uma pesquisa de campo a ser viabilizada pela análise documental dos prontuários presentes na Ala de Tratamento Psiquiátrico do presídio feminino do DF (ATP-DF) e na Vara de Execuções Penais (VEP).

A investigação procederia ainda a entrevistas com profissionais da saúde e os de segurança com o propósito de estabelecer um possível contraponto entre suas opiniões e verificar a repercussão dessa relação no tratamento oferecido ao louco infrator.

Contudo, tais aspirações foram renunciadas em virtude do indeferimento à solicitação de autorização a entrevista com os profissionais justificado pelo baixo número de agentes computados na instituição não podendo, assim, ser cedidos para o tempo requerido nos processos da pesquisa. Ao período, os noticiários e demais mídias apresentavam informações em que tais funcionários apareciam operando reivindicações por melhores condições de trabalho e um novo concurso para suprir a sobrecarga excedente de presos.

A fim de dar prosseguimento a fundamentação da investigação, delineou-se a metodologia a partir da perspectiva das pesquisas qualitativas onde se objetivou esclarecer se inimputabilidade perde valia, enquanto instrumento jurídico que exime de pena aquele acometido por transtorno mental ao cometer delito, ao não conferir tratamento adequado à saúde mental do louco infrator em medida de segurança.

Nesse sentido, pondera-se como cuidado ético esclarecer a motivação para a escolha da terminologia louco infrator. A terminologia atribuída a pessoas em medida de segurança permeia uma caracterização do seu grau de periculosidade e a condição de vulnerabilidade a que estão submetidas.

Para fins do presente estudo, optou-se pela adoção da terminologia louco infrator por considerar-se que tal nomenclatura apura dois conceitos sobre os quais se inserem grandes estigmas, o louco e o desviante. Sendo possível, a partir disso, observar as nuances que a relevância dessa mácula impôs sobre a vida de seus sujeitos.

Concebendo a metodologia como narrativa das ações desenvolvidas na pesquisa, desenvolveu-se uma revisão acerca dos estudos brasileiros que contemplam a medida de segurança com foco de análise na inimputabilidade. Para tanto, buscou-se delimitar as etapas da investigação de caráter bibliográfico entre: levantamento da bibliografia e documentos pertinentes à questão e análise e interpretação dos dados. Para tanto, foram levantadas informações através da perquirição em bases de dados confiáveis tais como Scielo, Lilacs, Capes e bibliotecas de teses e dissertações, e ainda na plataforma oficial do governo federal Planalto.

De acordo com Cellard (2008), o procedimento de pesquisa que envolve a coleta de dados através da apreciação de documento adiciona à compreensão do social a dimensão de tempo, sendo possível observar vestígios da atividade humana em determinado espaço de tempo, a evolução de comportamentos, práticas e condutas favorecendo o processo de maturação da análise.

Aparece, assim, como testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente e, como tal, é possível observar a quase totalidade de vestígios da atividade humana em um determinado espaço de tempo. A partir disso é possível observar a evolução de comportamentos, práticas e condutas favorecendo o processo de maturação da análise.

Nesse entendimento, o levantamento de informações fôra realizado através da análise documental de fontes publicamente disponíveis analisando, a partir delas construções sócias históricas dos códigos penais brasileiros a fim de reconhecer como a medida de segurança foi edificada valendo-se de obsoletas compreensões positivistas. Assim, fôra ainda utilizada literatura do período de ascensão da teoria positivista de explicação para a criminalidade referente ao final do século XIX.

De acordo com Gil (2010), ao utilizar dados já existentes, o pesquisador vale-se de documentos elaborados com finalidades diferentes capazes de comprovar algum fato ou acontecimento. Assim, considerou-se que as diferentes pesquisas redigidas acerca do tema poderiam estruturar um estudo mais íntegro com informações complementares.

Considerando que o objeto de pesquisa tem existência objetiva e o objetivo do pesquisador é apreender sua essência, destacou-se a necessidade de assimilar a legislação atinente aos direitos da pessoa com transtorno para apreender suas particularidades e assegurar-se, assim, da qualidade da informação transmitida.

Capítulo 1 - A DOGMÁTICA PENAL

Atendendo à proposição do objetivo da pesquisa, ponderou-se como relevante descrever a evolução da resposta ao delito no decorrer da história a fim de compreender os fundamentos da punição e como ela é edificada em nossa sociedade. Considerando-se que a medida de segurança constitui-se em uma resposta do sistema penal à segurança pública, introduziu-se o estudo das escolas criminológicas com o propósito de problematizar como a visão do criminoso historicamente determinou o tratamento que este receberia.

A gênese das escolas criminológicas compreende a investigação da origem do delito a fim de obter uma resposta efetiva ao expurgo dos perigos advindos do incidente criminal. De tal modo, seu estudo permitir-nos-ia assimilar os processos sociais e históricos aos quais os infratores foram submetidos a cada período, desde os suplícios às penas, que objetivavam a prevenção criminal. Ainda nesse sentido, no último capítulo do presente estudo a perspectiva criminológica será retomada para fundamentar a análise crítica da medida de segurança no Brasil.

Iniciadas as contribuições das escolas criminológicas, o capítulo adentra o universo das instituições criadas para atender as funções de reparação e prevenção criminal salientando como a resposta ao delito evoluiu historicamente associada ao mundo do trabalho. A consequência consubstanciada dessa evolução foi a inserção no cárcere daqueles que estiveram à margem dessa relação sendo assim, suas principais “vítimas”.

É nesse contexto que se dá o advento de um estado punitivo demarcada pela retração da proteção social e pela exacerbação das políticas incriminadoras, contexto político no qual se insere a medida de segurança. Demarcada sua importância para os fins desse trabalho, há um empenho descritivo em destacar como tal condição degrada a prisão e aqueles que nela adentram.

1.1. Escolas criminológicas

Ambicionadas as condições à construção de um sistema punitivo outorgado por regras moralmente valoradas, entende-se que compreender como historicamente a criminalidade fôra observada permite assimilar/investigar os processos sociais e

históricos aos quais os infratores foram submetidos a cada período. A partir de tal compreensão, inicia-se uma introdução ao estudo das escolas criminológicas.

A *escola liberal clássica* do direito penal surgiu no final do século XVIII inspirada em ideais iluministas e contemplava como foco de sua análise o delito enquanto uma violação do direito e do contrato social. O delito insurgiria de um princípio autônomo, o ato da livre vontade e, em resposta ao ilícito dado, a pena corresponderia ao mínimo sacrifício necessário da liberdade individual (BARATTA, 2002).

O contrato social, que estaria presente na base da autoridade do Estado e das leis, fundamentaria os conceitos de delito, de responsabilidade penal e de pena do direito penal, pautando-se em uma concepção liberal do estado de direito baseada no princípio utilitarista da maior felicidade para o maior número de pessoas. O crime era considerado “fruto de uma decisão livre e soberana do homem que se rebelava contra a vontade sempre justa da lei” (DORNELLES, 2012: 35).

Perante semelhante compreensão,

Cada cidadão é sujeito e soberano, ou seja, é, ao mesmo tempo, assujeitado a cada um de seus deveres cuja não obediência é sancionada pelo aparelho de Estado e sujeito que participa das atividades regida pela lei e retira seus direitos dessas práticas, cuja realização define sua liberdade. [...] Assumindo seus deveres, ele desenvolve sua própria soberania e reforça a do Estado. (CASTEL, 1978: 35)

Sob esse olhar, os indivíduos teriam liberdade de escolha perante as próprias ações e responsabilidade moral para responder por elas. A pena, então, se oriunda nessa perspectiva como uma contra-motivação ao crime devendo ser baseada em um princípio de humanidade, legalidade e utilidade (BARATTA, 2002).

Dentre seus representantes, Cesare Beccaria foi considerado um dos teóricos de prestígio ao introduzir certa humanidade ao caráter das penas. Para o autor,

[...] não é o rigor do suplício que previne os crimes com mais segurança, mas a certeza do castigo, o zelo vigilante do magistrado e essa severidade inflexível que só é uma virtude no juiz quando as leis são brandas. A perspectiva de um castigo moderado, mas inevitável, causará sempre uma impressão mais forte do que o vago temor de um suplício terrível, em relação ao qual se apresenta alguma esperança de impunidade (BECCARIA *apud* VERONESE, 2002: 35).

Nesse sentido, a medida do delito seria aferida sobre o dano social causado e a pena adviria da necessidade de defesa social.

Baratta (2002) esclarece que Romagnosi, um dos iniciadores da escola clássica, compreendia que o direito natural tinha como princípio fundamental a conservação da espécie humana e a obtenção da máxima utilidade, negando, a partir disso, o conceito abstrato de uma independência natural, à qual o indivíduo renunciaria por meio do contrato para entrar no estado social.

Nesse contexto, a pena assinalaria um limite lógico ao crime, exercendo para aquele que o executa um contra estímulo. Contudo, para o teórico, o maior esforço da sociedade deveria ser colocado na prevenção do delito, através do melhoramento e desenvolvimento das condições da vida social dos indivíduos.

Ainda segundo Baratta (2002), Cesare Carrara afirmava que a finalidade da pena não seria a retribuição, nem a emenda, mas a eliminação do perigo social que sobreviria da impunidade do delito que por sua vez partiria de um ato de livre vontade.

Carrara (1998) aponta que ao consagrar a igualdade jurídica e a liberdade individual, a ordem liberal se mostrava incapaz de administrar a desigualdade natural existente entre os homens, que daria origem aos crimes. É no contexto de questionamento dos limites da liberdade individual que se dá o desenvolvimento da *escola positiva do direito penal* ao final do século XIX, representada pelo desenvolvimento de teorias patológicas da criminalidade baseadas em uma construção de características biológicas e psicológicas na determinação da qualidade de criminoso sobre os indivíduos.

A nova escola do direito penal concebia que, no combate ao fenômeno social do crime, dever-se-ia combater as causas de sua origem buscando-se “encontrar todo o complexo das causas na totalidade biológica e psicológica do indivíduo, e na totalidade social que determina a vida do indivíduo” (BARATTA, 2002: 38). Nesse sentido, as doutrinas positivistas atribuíam uma função preventiva especial à pena.

Os principais teóricos a desenvolverem reconhecidamente a perspectiva positiva foram Cesare Lombroso, Raffaele Garófalo e Henrico Ferri. Compondo a tríade italiana,

Lombroso postulou características físicas¹ reconhecíveis no perfil do criminoso desenvolvendo, assim, uma tipologia criminal. No mesmo sentido, Garófalo na área do direito caracterizou traços da personalidade do delinquente, enquanto o jurista Ferri classificou a estrutura social como determinante ao desenvolvimento do criminoso. A descrição de características singulares próprias dos criminosos determinaria, nesse sentido, sua necessidade de neutralização.

Comum à escola positivista e a clássica, argumenta Baratta (2002), está a fundamentação da pena no primado da defesa social e da prevenção criminal. A nova escola do direito penal que se desenvolvia em direção à criminologia científica propunha o delito como um ente natural e seu *criminoso nato* como um indivíduo diferente clinicamente observável por uma inferioridade biológica.

Nesse sentido, o livre arbítrio era relativizado pelo determinismo biológico. A questão criminal não mais seria concebida como uma escolha. “Enquanto o criminoso-louco, atingido por uma patologia, podia ser tratado, o criminoso nato era impermeável a qualquer tratamento” (DORNELLES, 2012: 37).

O período de ascensão da perspectiva positivista foi contemporânea a compreensão alienista da loucura enquanto doença diagnosticável e, como tal, tratável. Conforme será observado no capítulo adiante, tal conjuntura levou a necessidade de afastamento dos loucos da sociedade através de uma estrutura que submeterá os corpos a um poder disciplinar assim como a prisão, o hospital.

O desenvolvimento da compreensão do delito como ente natural partia de um rígido determinismo biológico a partir da qual o crime surgiria enquanto elemento sintomático da personalidade de seu autor, sendo assim possível ser estabelecida uma classificação tipológica sobre os autores dos delitos. No Brasil, a doutrina fôra reelaborada em teses sobre o país e o “criminoso brasileiro”; “este ganha novos adereços, relacionados às teses da miscigenação racial e às elucubrações sobre a presença de negros nas cidades brasileiras” (NEDER, 1995: 18).

¹ Lombroso desenvolveu sua Teoria do Atavismo concebendo o crime como fenômeno natural e próprio às forma humana primitiva e selvagem, para tanto seu estudo foi fundamentado em procedimentos de antropometria e cranioscopia confrontados com estatísticas criminais.

Sob tal perspectiva, o médico psiquiatra Lombroso foi o responsável pelo marco inicial da fase científica da criminologia ao utilizar-se de métodos empíricos na determinação do caráter criminoso dos sujeitos relacionando demência com delinquência, procedendo a pesquisas anatômicas e antropológicas de delinquentes em prisões deu início ao desenvolvimento da antropologia criminal (DORNELLES, 2012).

Lombroso compreendia o crime como um fenômeno do atavismo, ou seja, como um comportamento apropriado a formas humanas inferiores, mas que podia reaparecer subitamente em agrupamentos sociais onde tais formas já haviam sido ultrapassadas (CARRARA, 1998: 104).

Houve uma dissolução do criminoso nato no tipo degenerado em que as diferenças entre os criminosos seriam apenas de ordem gradativa individual. Com isso, houve uma indefinição entre o estado de loucura e a dita maldade, e conseqüentemente uma incerteza quanto ao seu tratamento legal. “Esses personagens eram candidatos ao que se transformaria também no seu correlato híbrido institucional: o manicômio judiciário e a medida de segurança” (DORNELLES, 2012: 43).

Dornelles (2012) afirma que muitos psiquiatras do período observavam que, em termos médico-legais, criminosos e loucos não se distinguiam sendo os conceitos de criminoso nato e de degenerado sobrepostos. “[...] o crime como desvio moral pôde também ser compreendido enquanto disfunção orgânica” (CARRARA, 1998: 100).

O fundamento do castigo era a responsabilidade social, que derivava do mero fato de viver em sociedade. No lugar das penas, propunha um conjunto de *medidas de defesa social*. Os criminosos comuns deveriam ser assistidos por programas de emenda. Os criminosos natos ou degenerados deveriam ser submetidos a medidas de neutralização, segregação (DORNELLES, 2012: 39) [grifo meu].

Os autores da escola positiva partiam de uma concepção do fenômeno criminal como um dado ontológico preconstituído à reação social e ao direito penal baseados no binômio: periculosidade criminal e defesa social (DORNELLES, 2012: 52). Sob esse ponto de vista, o comportamento do homem seria então uma expressão da realidade determinada em que está inserido, não sendo, assim, possível a ele fugir a essa certeza. No Brasil, sua influência surgiu atrelada ao evolucionismo e ao racismo (NEDER, 1995).

Consoante a esse ponto de vista “[...] os positivistas lutavam pela implantação de asilos para a segregação perpétua de menores com tendências criminais e de manicômios judiciários” (CARRARA, 1998: 116).

Posteriormente houve um deslocamento do foco da análise do fenômeno criminal para o sistema punitivo e seus processos de criminalização, onde se desenvolvem as teorias da reação social. Nesse sentido, Baratta (2002) expõe a origem das teorias psicanalíticas da criminalidade partindo da teoria freudiana em que a repressão dos instintos delituosos individuais os sedimentaria no inconsciente daquele que os possui.

Pressupondo a presença de impulsos semelhantes aos proibidos entre os demais indivíduos da sociedade, a reação punitiva seria dirigida concomitantemente ao delinquente e à sociedade. Nesse sentido, com a finalidade de exercer influência para um resultado futuro sobre o autor do delito e a coletividade em que se encontra inserido, a pena adquiriria assim também um “significado de recompensa pela renúncia ao sadismo” (BARATTA, 2002: 54).

O período em que se cunhou tal perspectiva era ainda demarcado pela ascensão alienista que tratava a loucura como um problema de ordem moral e fundamentava sua terapêutica na condição de isolamento. Nesse sentido, a ordem social à época era regida pelo advento da psiquiatria alienista como ciência soberana da loucura que compartilhava dos ideais positivistas.

As teorias psicanalíticas, portanto, não conseguiram superar os limites fundamentais da criminologia tradicional, fruto de um fundamental, natural e ineliminável antagonismo entre indivíduo e sociedade. Segundo Baratta (2002), surge um novo momento com a revisão crítica da criminologia de orientação biológica e caracterológica do desviante ainda no final do século XIX. Com o entendimento do desvio como fenômeno comum a toda estrutura social se dá o desenvolvimento da teoria estrutural-funcionalista do desvio.

Durkheim² ao analisar a sociedade constata que o delito participaria enquanto elemento funcional da fisiologia e não da patologia da vida social. A partir dele

² Durkheim desenvolveu o conceito de *anomia* para designar o estado de desorganização social gerado quando o desvio ultrapassa determinados limites. Nesse estado, as regras de conduta perderiam seus valores.

permitir-se-ia a transformação e a renovação social na qual o delinquente seria um agente regulador da vida social (BARATTA, 2002).

Nesse entendimento, Merton (*apud* BARATTA, 2002) propõe um modelo de explicação à criminologia baseado em uma contradição fundamental entre estrutura social e cultura. A cultura proporia ao indivíduo determinadas metas, sendo a partir da estrutura econômico-social que se ofereceria a possibilidade de distribuição e acesso aos meios legítimos para alcançá-las – o que criaria diferentes tipos de respostas individuais.

A estrutura social não permite, pois, na mesma medida, a todos os membros da sociedade, um comportamento ao mesmo tempo conforme aos valores e às normas. Esta possibilidade varia, de fato, de um mínimo a um máximo, segundo – tem-se dito – a posição que os indivíduos ocupam na sociedade (BARATTA, 2002: 63).

Segundo Baratta (2002), Merton evidencia como a estratificação social é responsável por submeter os membros dos estratos sociais inferiores à máxima pressão ao colocar-lhes exigências inconciliáveis entre si. A desproporção³ presente nessa relação seria responsável pela criação de subculturas criminais, minorias desfavorecidas que ao tentarem se orientar para dentro da sociedade originariam os comportamentos desviantes.

Sob a visão do paradigma da reação social proposto por Baratta (2002) - *labeling approach* – entende-se que, para compreender a criminalidade, é necessário estudar a ação do sistema penal que a define e reage contra ela, sendo a sociedade produto de uma construção social. Dentro dessa compreensão, dá-se um deslocamento do objeto de estudo da criminalidade para os processos de criminalização onde caberia investigar a validade do juízo pela qual alguém é definido como desviante e os efeitos desta definição, racionalizando, assim, o comportamento desviante.

O que é criminalidade se aprende, de fato, pela observação da reação social diante de um comportamento, no contexto da qual um ato é interpretado (de modo valorativo) como criminoso, e o seu autor tratado consequentemente. (Baratta, 2002: 95)

³ Essa visão apontaria para uma compreensão de que as referidas minorias seriam as responsáveis por todos os comportamentos desviantes criminalizando, assim, a pobreza.

Conforme se pode apreender, historicamente a compreensão da origem dos delitos determinou o tratamento que aqueles que o praticaram receberiam. De tal modo, esses indivíduos foram submetidos a diversas privações que, fundamentadas na manutenção do bem estar social, os expuseram a castigos que gradualmente foram extintos das legislações das ordens do rei à lei penal. Contudo, o caráter disciplinar das instituições que os contemplam permanece extirpando as garantias dos direitos humanos, conforme será observado.

As instituições totais têm aqui um papel estratégico na conformação da finalidade que a pena vai adquirir historicamente, ou seja, retribuir o dano causado à sociedade e prevenir sua reincidência em infração penal. A pena se oriunda como resposta a violação dos direitos fundamentais contidos na Constituição que justifica a supressão de outro direito fundamental, a liberdade.

Através do cárcere o Estado legitima seu poder de punir incidindo sobre o infrator uma penitência que também deriva da reação social ao crime. Conforme se poderia prever inquirindo nosso paradigma penal, os modelos obsoletos que explicam a origem do crime encontram-se imbricados no senso comum que determinam a reação social, sem estimar o crime como fruto de uma construção social estrutural que antecede sua consumação.

1.2. O advento do Estado Penal

Perpassando as atrocidades históricas às quais foram submetidos os criminosos desde os suplícios às execuções, Foucault (1977) explicita que houve uma metamorfose nos métodos punitivos desenvolvida sobre o que denominou como *tecnologia política do corpo*. O corpo encontra-se aqui submetido a uma relação de consequência legítima entre a verdade e a punição. De acordo com o autor,

O direito de punir deslocou-se da vingança do soberano à defesa da sociedade. Mas ele se encontra então recomposto com elementos tão fortes, que se torna *quase mais temível*. O malfeitor foi arrancado a uma ameaça, por natureza, excessiva, mas é exposto a uma pena que não se vê o que pudesse limitar. Volta de um terrível super-poder. E necessidade de colocar um princípio de moderação ao poder de castigo. (FOUCAULT, 1977: 83) [grifo meu]

Nesse sentido, Rusche e Kirschheimer (*apud* MADEIRA, 2008) atribuem às casas de correção (criadas no fim do século XVI), a incumbência de aproveitar a reserva

de mão-de-obra disponível absorvendo-a às atividades econômicas e, ainda, ressocializando-a de modo a entrar no mercado de trabalho espontaneamente no futuro. Os referidos autores endossam a tese de que, com o fim das casas de correção, decretado por mudanças econômicas, as instituições totais⁴, caracterizadas pela barreira à relação social com o mundo externo (GOFFMAN, 2007), assumem a principal forma de punição no mundo ocidental tornando-se parte do programa mercantilista do Estado.

[...] Na idade moderna, entre os séculos XVI e XVII, a crise socioeconômica motivada pelas guerras religiosas espalhou-se pela Europa e trouxe um novo norte ao conceito de prisão. A pobreza e a delinquência alastraram-se de forma descontrolada, e, em face do elevado número de infratores, já não era adequada a política de contenção criminal da época, baseada na aplicação da pena de morte. O poder do Estado estava ameaçado, assim, em meados do século XVI, com a evolução das penas privativas de liberdade, iniciou-se um movimento que culminou na construção de prisões que suportassem os condenados (BITENCOURT *apud* BRANDÃO, 2012: 11).

Remontando ao surgimento dos setores urbanos, à extensão dos mercados e ao crescimento da demanda por bens de consumo encontram-se as origens do sistema penitenciário em um contexto de escassez de força de trabalho. Segundo Foucault (2011), a justiça penal insere-se no aparelho do Estado a fim de coagir a plebe a aceitar o novo estatuto e condição de exploração de proletariado sendo produzida pura e simplesmente pela burguesia, como um instrumento tático importante no jogo de divisões que ela queria introduzir.

De acordo com o autor, foi então desenvolvido um sistema complexo onde aqueles que recusavam seu estatuto ou mesmo aqueles que não poderiam inserir-se nele eram marginalizados e apartados dos demais por representarem uma ameaça à sociedade.

Arguello (2005, p. 15) afirma que a “formação da sociedade disciplinar (séculos XVII e XVIII) e a consolidação da prisão (fim do século XVIII e início do século XIX) estão intrinsecamente relacionadas ao processo histórico das transformações

⁴ Goffman (2007) introduz a concepção de instituição total para referir-se ao espaço fechado que funciona em regime de internação estabelecendo uma barreira direta entre o mundo externo e o interno sob uma disciplina de vigilância específica que organiza residência e trabalho.

econômicas no Ocidente, a partir do qual a burguesia se transformou em classe politicamente hegemônica (século XVIII)”.

Nesse entendimento,

O governo e os empregadores do período mercantilista interessam-se pelo desenvolvimento de uma força de trabalho de baixo custo, assim como pela promulgação de legislações regulamentadoras do trabalho nas fábricas. O relacionamento entre a esfera produtiva e o direito penal fica evidenciado na atuação estatal voltada ao controle da pobreza, cujos alvos preferenciais são mendigos, prostitutas, viúvas, loucos e órfãos. (MADEIRA, 2008, p. 77)

Dornelles (2008) explicita que na passagem do século XVIII ao XIX o pensamento jurídico tradicional era questionado sobre a finalidade das leis penais e dos castigos, sobre o conceito de delito, sobre a importância da figura do delinquente dentre outros aspectos. Para Foucault (1977), a punição assumia certa discricção ao propor sofrimentos mais sutis, mais velados e despojados de ostentação em que seu papel fundamental seria corrigir, reeducar e curar recalcando a estrita expiação do mal.

Pode-se, portanto, opor a reclusão do século XVIII, que exclui os indivíduos do círculo social, à reclusão que aparece no século XIX, que tem por função ligar os indivíduos aos aparelhos de produção, formação, reeducação ou correção de produtores. Trata-se, portanto, de uma inclusão por exclusão. (FOUCAULT, 1999, p. 114 *apud* MADEIRA 2008).

A pena substituiu o castigo, surgindo como perda de um bem ou direito e passando a ser uma medida de defesa social e de prevenção criminal. Passou-se a qualificar o indivíduo ambicionando tornar o criminoso desejoso e capaz de viver respeitando a lei e suprindo suas próprias necessidades inaugurando-se um modelo correcionista com técnicas de disciplinamento e controle individual a fim de reparar o dano causado e, se possível, preveni-lo.

A ideologia da defesa social, presente na base das teorias criminológicas, nasceu como elemento essencial do sistema jurídico burguês na passagem do estado liberal clássico ao estado social, sendo seu uso acompanhado de uma irrefletida sensação de militar do lado justo (BARATTA, 2002).

Todas as doutrinas utilitaristas passaram a conferir à pena o objetivo único da prevenção a delitos futuros, tutelado a maioria dos não-delinquentes. As doutrinas utilitaristas do século XIX voltaram-se para

modelos correicionais e intimidativos de direito penal. (DORNELLES, 2008, 46)

Neder (1995) informa que o processo de criminalização no Brasil encontrava-se como aporte ao discurso jurídico que se encaminhava para a disseminação da ideologia burguesa de trabalho na passagem para o capitalismo. Na virada do século, formulando projetos para a construção da “nação”, promove a individualização dos conflitos através do processo de criminalização e encaminha a ideologia burguesa de trabalho, ajudando a abrir caminho para a construção do mercado de trabalho na sociedade brasileira.

Carrara (1998) afirma que na passagem do século XIX ao XX houve um aumento significativo nas taxas de criminalidade e no interesse em torno da questão delitual justificado pela intensificação do processo de urbanização e industrialização a que as cidades assistiram. Nesse processo, argumenta que suas consequências trouxeram a agudização dos conflitos sociais naquele período.

O discurso jurídico, enquanto uma teia de representações ideológicas determinada, reflete um nível específico do poder e da *violenta repressão às classes subalternas* na virada do século no Brasil. A violência, neste particular, pode ser captada num duplo sentido: de um lado, as normas jurídicas enunciadas exigem um conjunto de ações a serem praticadas (a repressão, o controle social); de outro, a própria violência do discurso (NEDER, 1995: 15). [grifo meu]

Madeira (2008) esclarece que as mudanças ocasionadas pela Segunda Guerra Mundial tornaram as condições carcerárias péssimas: superlotação, ineficiência do aparato administrativo e más condições de vida das classes subalternas.

Na perspectiva do pós-guerra é desenvolvido então o modelo de bem estar social reconhecido como Welfare State que se oriunda na Europa em fins do século XIX generalizando-se pelos países centrais após a Segunda Guerra (Madeira, 2008). Articulado estrutura econômica e atuação estatal, foram desenvolvidas políticas assistenciais dentro de instituições políticas liberal-democráticas como estratégia à criação de uma proteção social generalizada demarcada pela relação com o trabalho, Workfare – o termo desenvolvido por Wacquant (2008) remonta ao condicionamento do trabalho para concessão da assistência pública.

Madeira (2008) afirma que no último quarto do século XIX decresceu a criminalidade e o encarceramento em virtude da melhora nas condições de vida das classes subalternas. Poderia se afirmar, então, que a preocupação em torno da questão

delitual crescente no início do século trouxe uma ampliação em torno da repressão regular das ilegalidades que a aprimorou a partir de um controle mais estrito e mais constante, quando se tornou um imperativo essencial. É presumível, portanto, que as consequências desse intenso controle ocasionaram a redução nas taxas de criminalidade.

Marcada pela segmentação entre duas parcelas populacionais, os trabalhadores e os marginalizados, a sociedade salarial foi erigida demarcando o fortalecimento dos movimentos dos trabalhadores atrelado ao desenvolvimento do Welfare e ao crescimento econômico.

Nessa perspectiva, o encarceramento foi então tomado como algo indesejável e descompassado para a época surgindo, nesse contexto, o Welfarismo Penal (MADEIRA 2008). A perspectiva do welfarismo penal, segundo o autor supracitado, trazia à punição a dimensão de uma função educativa cujo objetivo era corrigir individualmente o criminoso através de intervenções destinadas à sua reabilitação. Contemplando o Estado como responsável pelo controle do crime e do castigo, partia-se da ponderação de uma causa social ao crime.

[a respeito da prisão] Foi no século XIX que ocorreu uma nova concepção quanto a sua existência: não mais poderia ser vista como um lugar que simplesmente privava a liberdade, mas que se servindo do trabalho, do isolamento e da modulação, teria a pena ajustada à necessária transformação do apenado, seria, portanto, um verdadeiro *reformatório integral*. (VERONESE, 2009: 32) [grifo meu]

Observa-se, contudo, que

Através da prisão, o “crime” se organiza, se especializa e se profissionaliza no meio urbano, e a nova feição que adquire aparece marcada pelo fenômeno da **reincidência**. Desligado de seu meio social de origem, dados os longos períodos de reclusão a que é submetido, e preso nos jogos da marginalização, começava a se desenhar para o criminoso uma trajetória social sem retorno (CARRARA, 1998: 63)

Nesse contexto, ao final do século XIX, se dá a formação daquilo que Carrara (1998) denominou um *meio delinquencial fechado*, recortado principalmente entre infratores das classes populares e gerador da reincidência. A reincidência, aparato utilizado pelo positivismo para deslegitimar a escola clássica, serviu então de justificativa para modernização das técnicas de controle e repressão.

Tal formação poderia ser concebida como resposta às deficiências do sistema carcerário o início do século XIX composto por uma administração incompetente e

ineficaz que transformava as prisões em empresas privadas de carcereiros (RUSCHE, KIRSCHHEIMER *apud* MADEIRA, 2004). A conjuntura estabelecida levou ao internamento de condenados juntamente com homens aguardando julgamento e ao internamento de homens com mulheres – não muito diferente das condições observadas atualmente no cárcere brasileiro que frequentemente vêm à tona por meio das mídias.

Em um contexto em que a dominação burguesa era questionada, fazia-se necessária uma sofisticação no discurso dominante. Nesse sentido, passou-se a considerar a preocupação com o crime enquanto ciência, a polícia assumira então um status importante na ordenação da vida social ao combater a criminalidade dando origem a chamada “polícia científica” (NEDER, 1995).

O uso das forças repressivas se mostrava ineficaz na Europa, para a manutenção da hegemonia burguesa, dado o avanço do movimento operário. Desenvolver um “pensamento científico” que regulasse o que se denominava “normal” ou “desviante” (criminalidade/loucura) passou a ser exigência premente. (NEDER, 1995: 21)

Esse quadro determinou, de acordo com Neder (1995), uma visão evolucionista acerca do progresso do desenvolvimento das instituições legais, em que “[...] toda a efetividade das práticas correcionais dependia da capacidade de inserir o delinquente no trabalho e na estabilidade doméstica, inserções viáveis pela época de pleno emprego e de concessão de benefícios” (MADEIRA, 2008: 81).

De acordo com Neder (1995), a busca dessa “cientificidade” significou a elaboração de um discurso capaz de garantir a hegemonia burguesa junto às classes subalternas em um período em que sua dominação era fortemente contestada. Em meados da década de 1970, o modelo de bem-estar social entra em crise com a reestruturação capitalista bem como o welfarismo penal e seu modelo correcionista. O colapso foi responsável pela ampliação da capacidade punitiva do Estado e utilização cada vez maior dos sistemas penitenciários.

Segundo Mitjavila (2002), essa crise implicou uma série de mecanismos que representaram um apelo à responsabilidade dos indivíduos nos processos de gestão dos riscos sociais suprimindo, ainda, fatores de integração social. Ratificando tal consideração, Madeira (2008) esclarece que a crise tornou a sociedade civil e a comunidade responsáveis por desempenhar controles informais na ampliação das redes de vigilância.

Atualmente a prisão é apontada como uma boa saída, por desafogar a busca pelo ingresso no sistema produtivo, por permitir uma atuação dicotômica por parte dos Estados-Providência: a uma determinada camada, a via política assistencialista; às *classes perigosas*, o sistema penal. (MADEIRA, 2008: 95) [grifo meu]

Utilizando como exemplo os Estados Unidos, Arguello (2005) explica que a crise do Estado Social elenca no cenário punitivo o Estado Penal, caracterizado pela exacerbção das políticas criminalizadoras “a fim de garantir a contenção das desordens geradas pela exclusão social, desemprego em massa, imposição do trabalho precário e retração da proteção social do Estado” (ARGUELLO, 2005: 6).

Consoante a avaliação de Wacquant, a penalidade no enredo neoliberal exerce um domínio restrito da manutenção da ordem pública a partir do tratamento penal da miséria. Nesse contexto, a reação estatal seria mais danosa em países como o Brasil, marcados por fortes desigualdades de condições e de oportunidades de vida. Agravada pela intervenção das forças da ordem, segundo o autor, a resposta criaria verdadeiros campos de concentração para pobres.

Em tais condições, desenvolver o Estado penal para responder às desordens suscitadas pela desregulamentação da economia, pela dessocialização do trabalho assalariado e pela pauperização relativa e absoluta de amplos contingentes do proletariado urbano, aumentando os meios, a amplitude e a intensidade da intervenção do aparelho policial e judiciário, equivale a (r)estabelecer uma verdadeira *ditadura sobre os pobres*. (WACQUANT, 1999: 6)

No Brasil, esse movimento é representado pelo “aumento considerável das taxas de aprisionamento, das vagas prisionais e dos projetos de ampliação do sistema carcerário nos próximos anos” (MADEIRA, 2008: 89). Madeira (2008) sugere que o aumento do aprisionamento não estaria relacionado diretamente a um incremento nos índices de criminalidade, e sim a uma escolha, como a própria criminalidade, cujo estabelecimento de uma tipificação de condutas criminosas também decorre de arbítrio da justiça penal.

Tomando como modelo o estado norte-americano, este

[...] evidencia uma política de criminalização da pobreza, que é o complemento indispensável à imposição de ofertas de trabalho precárias e mal remuneradas na forma de obrigações cívicas para aqueles que estão cativos na base da estrutura de classes e castas, bem como a replantação concomitante de programas de welfare reformulados com uma face mais restritiva e punitiva (WACQUANT, 2008: 11).

A ideologia da defesa social se legitima atrelada a consolidação do trabalho enquanto elemento central da sociedade tornando os espaços de privação da liberdade recintos de reclusão da miséria, condição agravada pelo Estado Penal.

1.3. Falência do Estado Penal

[...] nos indagamos o porquê da continuidade de se mandar aos cárceres aquele que de lá sairá pior. É a maneira – como alguém já disse – mais tola de se investir em alguém para transforma-lo em um ser pior quando do seu retorno à sociedade, porque esse indivíduo, recolhido aos cárceres, submetido aos maus-tratos, em função do problema da superpopulação carcerária à falta de higiene, à falta de trabalho, à carência médica, à carência jurídica, ao uso de drogas, à corrupção, aos abusos sexuais e a outras violências, enfim, que lhes são alvo no dia-a-dia, em verdade, bestializa-se, animaliza-se. (KUEHNE, 2001: 13)

O Estado Penal, conforme abordado no tópico anterior, resulta da falência do estado de bem estar social instaurando consigo um regime de fortalecimento das políticas incriminadoras caracterizado pela fusão das funções de estigmatização, reparação moral e repressão do Estado (WACQUANT, 2008).

Nesse sentido, Arguello (2005) evidencia que a desregulamentação da economia e a destruição do Estado social produzem desigualdades sociais que exigem o fortalecimento do Estado penal para normalizar o trabalho precário. O aparelho carcerário brasileiro só serviria então para agravar a instabilidade e a pobreza das famílias cujos membros ele sequestra para alimentar a criminalidade (WACQUANT, 1999).

Partindo desse entendimento,

Não oferecer nem uma explicação teórica, nem uma alternativa prática às condições sócio-econômicas indicadas como condições do fenômeno criminal significa, de fato, aceitar estas condições como limite (mesmo que provisório) da operacionalidade teórica e prática da teoria criminológica, e universalizar, novamente, o fenômeno criminal e a consequente reação punitiva (BARATTA, 2002: 83).

O Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), instituído como regulador das relações sociais, estabelece um cunho ressocializador à execução penal (destinada às penas privativas de liberdade) distanciando-se das funções meramente retributivas ou preventivas. Contudo, conforme esclarece Veronese (2009), cabe-nos questionar segundo a realidade observada se “é possível ressocializar quem nunca esteve

efetivamente inserido no corpo social ou como reeducar quem nunca foi educado?” (p. 32).

No mesmo entendimento, Wacquant (1999) assemelha as instituições prisionais brasileiras a *campos de concentração para pobres* ou, ainda, a empresas públicas de depósito industrial dos dejetos sociais. O autor desvela uma conjuntura perversa de entupimento dos estabelecimentos penais brasileiros que levam a condições de vida e de higiene abomináveis, caracterizadas pela falta de espaço, ar, luz e alimentação.

Analisando o lugar da prisão na nova administração da pobreza, o autor afirma que, nas principais cidades da sociedade norte-americana, o abrigo para sem-teto de maior capacidade e as mais amplas instalações para doentes mentais prontamente acessíveis ao subproletariado estão na prisão municipal.

O que nós estamos testemunhando aqui é a gênese, um *continuum carcerário-assistencial em parte explorado para fins lucrativos*, [...] que é a linha de frente do Estado liberal-paternalista nascente. Sua missão é vigiar e subjugar, e se necessário reprimir e neutralizar, as populações refratárias à nova ordem econômica. (WACQUANT, 2008: 15)

No mesmo entendimento, Veronese (2009) em análise sobre os conflitos e paradoxos do sistema prisional brasileiro relata que, àquele período, seriam necessários 130 estabelecimentos penais para acabar com a superlotação. Levando ainda em conta o número crescente de mandados expedidos, seria necessária a construção de no mínimo dois presídios por mês em cada Estado da federação.

Os dados recentes da população carcerária distribuída nos estabelecimentos penais brasileiros referente ao período de 06/2013 são representados em números pelo InfoPen⁵. Tais informações corroboram para a compreensão das sequelas da consolidação do Estado Penal, os resultados demonstram uma grande discrepância entre a capacidade de vagas em tais espaços e a quantidade de presos presentes na engrenagem judiciária.

[...] nos distritos policiais, os detentos, freqüentemente inocentes, são empilhados, meses e até anos a fio em completa ilegalidade, até oito em celas concebidas para uma única pessoa, como na Casa de Detenção de São Paulo, onde são reconhecidos pelo aspecto raquítico e tez amarelada, o que lhes vale o apelido de "amarelos" (WACQUANT, 1999: 7)

⁵ Sistema Integrado de Informações Penitenciárias

O contingente de infratores lotados em precariedade supera vertiginosamente a quantidade de vagas existentes para cada complexo penitenciário. Analisando a quantidade de vagas disponibilizadas pela Secretaria da Justiça (INFOPEN, 2014) para os diferentes regimes punitivos encontra-se um registro total de 317.733 enquanto o registro de agentes (homens e mulheres) é deliberado em 537.790.

Tais informações podem ser explicadas pela qualidade total e disciplinar dos estabelecimentos penais que impedem as possibilidades de ressocialização desses indivíduos ao inseri-los no isolamento e em condições de extrema precariedade, condição asseverada no Brasil por um sistema que progressivamente amplia a política criminalizadora.

Para Wacquant (1999) o processo de superlotação carcerária estabelece uma série de retrocessos aos direitos humanos em que há negação de acesso à assistência jurídica e aos cuidados elementares de saúde resultando na aceleração dramática da difusão da tuberculose e do vírus HIV entre as classes populares.

Os espetáculos de horror que acontecem nas prisões brasileiras e que volta e meia são trazidos à tona, ora pela mídia, ora pelas denúncias de grupos defensores de direitos humanos, são, também, reveladores da deslegitimação do sistema penal, uma vez que este não consegue cumprir as *funções declaradas em seu discurso, as quais são reproduzidas para justificar a sua existência e perpetuação*. (VERONESE, 2009: 34) [grifo meu]

Da população carcerária total no Brasil, equivalente a 574.027 segundo o referido registro, aproximadamente 10% (58.750) encontram-se inseridos em Atividade Educacional e em sua maioria são homens, população prevalente entre os presos custodiados no sistema penitenciário.

Ainda de acordo com os dados fornecidos, a quantidade de presos reduz gradativamente conforme se amplia o tempo total das penas, sendo a maioria dos delitos representada por crimes ao patrimônio com faixa etária majoritariamente entre 18 a 24 anos com prevalência parda seguida de branca e, posteriormente, preta.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) emitiu em junho/2014 pelo Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF) o *Novo Diagnóstico de Pessoas Presas no Brasil* que apontou déficit de vagas para a população carcerária em todas as unidades da federação. Em números, o déficit total é apresentado em 206.307 (vagas).

O estudo revela ainda que o Brasil supera, em quantidade de vagas no sistema prisional, países como a Argentina, México, África do Sul e Alemanha estando 200% delas ocupadas. O país encontra-se em 4º lugar no ranking dos 10 países com maior população prisional, segundo esses mesmos dados. A população carcerária equivaleria a 300,96 para cada 100.000 habitantes e, para essa mesma população, haveria 358 prisões.

Poder-se-ia tomar a “violência pandêmica entre detentos, sob forma de maus-tratos, extorsões, sovas, estupros e assassinatos, em razão da superlotação superacentuada” (WACQUANT, 1999: 7) como justificativa aos índices. Para o período analisado (06/2013) nos dados do InfoPen, foram verificados em 1.675 os presos envolvidos em motins ou rebeliões e 786 fugas.

Assim, os cárceres são na realidade o espelho da violência de um sistema que pretende manter os desfavorecidos economicamente à margem do corpo social, no qual as cadeias abarrotadas explicitam muito mais o caráter vingativo da pena do que qualquer possível proposta socializadora. (VERONESE, 2009: 37)

Segundo Kuehne (2001), apenas no mês de abril de 2011, mais de quarenta rebeliões ocorreram nos locais onde há o recolhimento de ser humano privado de sua liberdade, delegacias de polícia, cárceres, distritos policiais e penitenciárias.

A partir das reflexões das condições do sistema prisional Veronese (2009) afirma que ao analisarmos nos deparamos com a certeza de que tal sistema não apresenta condição nenhuma de humanização, de criar possibilidades de um futuro retorno à sociedade. Nesse sentido, poder-se-ia conceber a perspectiva de que se criminaliza por ser a opção mais cômoda (inflação legislativa).

[...] esses resultados mostram que a intervenção do sistema penal, especialmente das penas detentivas, antes de terem um efeito reeducativo sobre o delinquentes determinam, na maioria dos casos, uma consolidação da identidade desviante do condenado e o seu ingresso em uma verdadeira e própria carreira criminosa. (BARATTA, 2002: 90)

Baratta (2002) compreende então a marginalização criminal como mecanismo fundamental ao desenvolvimento de aparatos econômicos e políticos do parasitismo e da renda. Sendo assim, seu enfrentamento dependeria permanentemente de um conflito com a estrutura da sociedade capitalista, que necessita de desempregados e da marginalização criminal.

A inclinação ao crime é então reconhecida como resultado da ação prévia do próprio Sistema Penal que, ao invés de atuar de forma preventiva, acaba operando de forma condicionante de “carreiras criminais”, estigmatizando e inserindo o apenado em instituições totais (DORNELLES, 2012). Assim, pode-se dizer que a prisão historicamente faliu, sendo sua história exatamente a sua crescente abolição, pois a humanidade aprendeu a conviver com a pena privativa de liberdade e conheceu sua amarga realidade (D’URSO, 1996).

A execução penal, por exemplo, é quase sempre vista a partir das condições históricas da punição, ligadas às condições de existência humana inferiores das dos setores miseráveis da população. Isto pode levar a um posicionamento necessariamente de acomodação em relação ao problema das condições carcerárias (NEDER, 1995: 32).

Em resposta a crise do sistema penitenciário, que se apresenta com a reação exacerbada ao crime do sistema Estatal, alguns estudos apontam a privatização dos presídios brasileiros enquanto a solução necessária à transformação da atual realidade carcerária representando um avanço significativo na atenção aos aprisionados.

O campo do controle do crime e sistema de justiça passa por uma transformação – motivada pelo descrédito nos velhos pressupostos welfaristas – que acaba originando novas práticas de controle do delito: a *privatização de prisões* e de outras formas de punição, a retomada da centralidade das vítimas no processo penal, a emergência em larga escala da vigilância eletrônica, o surgimento de outras formas de justiça como a restauradora, a consensual, ao mesmo tempo em que a prisão (principal instituição do modelo welfarista) recebe novas incumbências, como servir de depósito para as categorias sociais excluídas e marginalizadas. (MADEIRA, 2008: 86)

D’urso (1996) concebe as unidades prisionais privadas como uma alternativa que poderia preservar a dignidade do preso chamando e admitindo a participação da sociedade, da iniciativa privada, que viria colaborar com o Estado na função, a de gerir tais unidades. Contudo, ao adentrarmos em tal compreensão poderemos ingressar no discurso de uma ineficiência própria do Estado em gerir a administração pública, quando em verdade trata-se de acrescer rentabilidade ao cárcere.

Segundo Arguello (2005), nos países ricos, as prisões privadas são um negócio altamente lucrativo e podem trazer às multinacionais a comodidade de explorar a mão-de-obra escrava, *legalmente*, sem se deslocar para os “quintais” do mundo onde

normalmente exploram a força de trabalho escrava e infantil, mas ficam sujeitas a alguns riscos que os capitalistas (ao contrário do que diz a teoria

liberal) não gostam de ter: possibilidade de rebeliões populares, instabilidade política, denúncias de organizações internacionais sobre o uso de mão-de-obra escrava e infantil que prejudicam o *marketing* do produto, etc. (ARGUELLO, 2005: 19)

Para D'urso (1996), não se estaria transferindo a função jurisdicional do Estado para o empreendedor privado. O último cuidaria exclusivamente da função material da execução penal, sendo o administrador particular responsável pela comida, pela limpeza, pelas roupas, pela chamada hotelaria, enfim, por serviços que são indispensáveis num presídio. Esse tipo de gestão, todavia, se coaduna com o ideal neoliberal e estando o lucro na base desse acordo entre Estado e instituição privada.

[...] continuará a ter apoio dos grupos econômicos e políticos interessados nessa forma de investimento, e também da opinião pública que clama por severidade nas penas e para que as condições na prisão sejam inferiores ao mais baixo nível de vida da classe trabalhadora “livre” (menor elegibilidade). Trabalho escravo em um mundo polarizado pelas desigualdades pode ser facilmente associado à emblemática frase inscrita nos portais dos campos de concentração nazistas: “O trabalho liberta”! (ARGUELLO, 2005: 20)

Entretanto Madeira (2008) afirma que as análises já realizadas sobre esse modelo de gestão especialmente nos EUA e na Inglaterra, não demonstram significativa efetividade dos serviços privados. De acordo com o autor, não há diminuição de custos, maior eficiência ou redução dos problemas estruturais enfrentados pelo sistema penitenciário o que diverge com a justificativa utilizada à sua implementação.

Esclarecendo que historicamente a prisão faliu, D'urso (1996) afirma que há enorme esforço mundial em reduzir sua aplicação, substituindo-a por alternativas que possam representar a resposta penal para aquele que delinuiu, sem, contudo remetê-lo ao cárcere.

Nesse sentido, em 1990 a Assembléia Geral das Nações Unidas lançou a Resolução 45/110 com normas criadas pelo Instituto da Ásia e do Extremo Oriente para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente com a delimitação de meios mais eficazes que o cárcere.

Reconhecida como Regras de Tóquio, a resolução delimita meios para melhorar o tratamento dos encarcerados a partir de regras mínimas para a elaboração de penas não privativas de liberdade em que respeita-se o equilíbrio dos direitos dos infratores, das vítimas e da sociedade tendo como base o princípio da intervenção mínima do Direito Penal. Contudo, apesar do avanço que representam, a principal providência legal

tomada no Brasil ainda é o cárcere, possivelmente devido a uma condição estrutural que determina o aumento nos índices criminais em detrimento de uma mudança política.

Apurando as informações esboçadas constata-se que o Estado Penal não faliu em seu intuito de fortalecer a política incriminadora, entretanto os resultados desse revigoramento o encaminham para a ruína institucional do cárcere em sua função ressocializadora que por sua vez elevará os níveis de reincidência. De fato, o pretense caráter ressocializador da prisão é inibido pela própria condição de isolamento, “Não se pode, ao mesmo tempo, excluir e incluir” (BARATTA, 2002: 186).

Recrutando ainda a miséria na rua, a prisão já abastada de criminosos não poderá abarcar a delinquência que o aparelho estatal torna crescente, quando então o Estado precisará buscar novas respostas ao réu que não o cárcere. “[...] apesar de todas as oscilações por que já passou, a prisão, como reação penal por excelência, nunca deixou de significar explicitamente castigo ou expiação de uma culpa” (CARRARA, 2010: 18).

Capítulo 2 - HISTÓRIA DA LOUCURA

Apreciar as circunstâncias históricas a partir das quais se estruturou o conceito de loucura nos propicia uma compreensão crítica da idealização de perigo que a onerou destituindo seus direitos e inserindo-a no lar dos hospitais. Em consonância a essa ponderação, adentramos à temática a partir da qual condicionou-se a loucura ao abrigo da instituição hospitalar enquanto responsável por restabelecer a ordem social.

Durante tal processo a loucura fôra reconhecida como alienação da razão consentânea a seu estabelecimento enquanto doença mental passível de cura desde que submetida ao tratamento moral apropriado a ser concebido no hospital. O transcurso dessa convenção é reconhecido como o processo de institucionalização da loucura, através do qual o médico psiquiatra consolidou-se como o responsável por controlá-la.

Algum tempo depois, a soberania do saber médico sobre a loucura passou a ser questionado dando início aos movimentos de reforma da atenção a loucura que buscaram retirar dela o estigma de indivíduo perigoso fomentando seu tratamento pela reinserção social e pela extinção do isolamento.

A influência desses movimentos a nível mundial consolidou o processo de luta pela reforma psiquiátrica no Brasil que instituiu a reinserção social como a finalidade permanente da terapêutica aos indivíduos com transtorno mental e o Estado como responsável por desenvolver a política de saúde mental. Nesse entendimento se dá a criação de uma estratégia de base comunitária primando pela desconstrução do hospital através do desenvolvimento de serviços substitutivos, uma realidade que deveria abranger indivíduos em medida de segurança.

2.1. A institucionalização do perigo

O período referente à Idade Média cunhou a loucura na hierarquia dos vícios de acordo com Foucault (1972), sendo ainda concebida como uma unidade sacralizada por valores cristãos (DORNELLES, 2012). Assim, circunscreveu-se a lógica excludente a que os insanos encontraram-se submetidos, quando costumeiramente os loucos eram soltos no campo ou entregues a barqueiros para navegarem errantes.

A fim de expurgar o perigo da loucura dos muros das cidades, frequentemente os loucos eram confiados a barcos que levariam os passageiros incômodos de uma cidade a outra em peregrinação, algumas dessas cidades os acolhia e alojava em prisões.

Foucault (1972) esclarece então que as *naus dos loucos* constituíam-se em “navios altamente simbólicos de insanos em busca de razão” (p. 10).

Por volta do fim da Idade Média, o louco, símbolo de uma inquietude humana coletiva, é desonerado do personagem *parvo* assumindo o papel de ente detentor da verdade. Ao trazer a questão da verdade é apontada simultaneamente a necessidade de silenciamento do louco diante dos fatos.

Nesse sentido, Foucault (1972) ilustra que a loucura substituiu a temática enigmática da morte e sua sobriedade nos últimos anos do século XV, assim, o louco teria em sua presença o presságio da morte ao indicar que o mundo está próximo de sua derradeira catástrofe. De acordo com o autor, “[...] até o fim a loucura mais extremada será assombrada pela maldade” (p.138).

Durante toda a Idade Média e por muito tempo no decorrer da Renascença, a loucura estivera ligada ao Mal, mas sob a forma de transcendências imaginárias; doravante, ela se comunica com ele pelas vias mais secretas da escolha individual e das más intenções (FOUCAULT, 1972: 137).

No início do século XVII a loucura vestiu-se de uma roupagem mais discreta assumindo sua existência em um mundo que passou a lhe encarar de maneira estranhamente cordial. “Ei-la amarrada, solidamente, no meio das coisas e das pessoas. Retida e segura. Não existe mais a barca, porém o hospital” (FOUCAULT, 1972: 42).

O referido autor afirma que o internamento surge então pelo imperativo do trabalho, dada a necessidade de mão de obra devido à crise econômica que afetava o mundo ocidental no século XVII, e não da preocupação com a cura. É nesse entendimento que a loucura se insere no gesto que designará a terra de internamentos como seu local natural, o hospital surge então como uma “instituição totalitária onde reinam as leis do universo concentracionário, mas sem tecnologia hospitalar específica” (CASTEL, 1978: 65).

O hospital torna-se o ambiente que acolhe o louco, despojado de razão a preocupação maior passa a ser sobre sua vontade a partir de uma relação estabelecida entre loucura e mal no poder individual do homem de escolha (FOUCAULT, 1972).

Assim, analisando a realidade francesa no século XVII, Foucault destaca a fundação do Hospital Geral em Paris, instituição “[...] encarregada de castigar, de

corrigir uma certa ‘falha’ moral que não merece o tribunal dos homens mas que não poderia ser corrigida apenas pela severidade da penitência” (FOUCAULT, 1972: 74).

Castel (1978) afirma que no período do Antigo Regime na França o poder judiciário e o poder executivo compartilhavam as responsabilidades pela sequestração dos insanos a partir de embargos ou sentenças, em geral de duração ilimitada. O embargo seria proferido pelo juiz após demanda apresentada pela família em que se recolhiam os testemunhos a partir dos protagonistas envolvidos e do interrogatório do louco.

[...] desempenhando um papel ao mesmo tempo de assistência e de repressão, esses hospícios destinam-se a socorrer os pobres, mas comportam quase todas as células de detenção e casernas nas quais se encerram pensionários pelos quais o rei ou a família pagam uma pensão (FOUCAULT, 1972: 52).

Os demais enclausuramentos, em sua maioria, eram efetuados a partir de uma ordem do rei que poderia ser concedida por solicitação da polícia quando um insano perturbava a ordem pública ou ainda por solicitação da família. Esse sistema expressaria, segundo Castel (1978), um equilíbrio entre três poderes: real, judiciário e familiar.

A nova orientação, desde antes da queda do Antigo Regime é, portanto, fazer passar o máximo de práticas de reclusão, da jurisdição real para a autoridade judiciária, tendência que prepara a tentativa de fazer garantir, pela interdição, todas as reclusões de alienados (CASTEL, 1978: 25).

A criação dos depósitos de mendigos como novo espaço de detenção herda parte das funções dos Hospitais Gerais, cada vez mais saturados de velhos pobres, e adquirem o hábito de acolher um número crescente de alienados. Nesses estabelecimentos *paternais* (Castel, 1978), a beneficência deveria manter a disciplina pela afeição.

Nesse período a família assumia totalmente a tarefa de manutenção e neutralização do louco. A legislação pertinente à loucura oferecia garantias conforme a fortuna da família daquele que se encontrava em alienação do espírito. Nesse sentido, às famílias que não possuíssem condições para pagar uma pensão, os oficiais encarregados pela manutenção da ordem deveriam conduzir essas espécies de doentes para os hospitais ou outros lugares destinados pelo governo para recebê-los.

Segundo Castel (1978), a medicina mental nesse período visará prioritariamente categorias particulares da população: os indigentes mais do que os ricos, os errantes mais do que os integrados, os urbanos mais do que os rurais, ou seja, aqueles menos favorecidos que não se encontram integrados no universo do trabalho.

Caso a família não pudesse assumir a função de vigilância, poderia dirigir-se à autoridade judiciária para obter uma ordem de internação, e mesmo solicitar interdição. Aquele que não possuísse família ou fosse surpreendido a vagar fora do seu âmbito de vigilância teria sua repressão reportada às autoridades responsáveis pela manutenção da ordem pública.

Por essa razão não deve surpreender que as mesmas disposições valham para os loucos e para as outras categorias de pessoas susceptíveis de correção: pródigos, libertinos, e mesmo espiões ou jansenistas. As “ordens” são tomadas contra o desvio familiar ou contra ameaças à segurança pública: crimes de Estado, indisciplina militar ou religiosa, questões de polícia. Os problemas referentes aos insanos representam apenas uma sub-espécie dessa categoria de delitos que provocam a intervenção do poder executivo. (CASTEL, 1978: 28)

Os diferentes tipos de pessoas passíveis de correção encontravam-se reclusos nos mesmos estabelecimentos, neles apresentava-se o esboço de uma diferenciação dos regimes internos. Todavia as medidas legais de admissão dos reclusos proporcionavam-lhes um mesmo estatuto (CASTEL, 1978).

No período de decaída do Antigo Regime os debates em torno da loucura recaíam sobre a responsabilidade dos encarregados de controlá-la. Castel (1978) mostra características na atenção à loucura que se mantêm com a Revolução, quais sejam: as instâncias responsáveis pela sequestração (executivo/judiciário) e os gêneros de estabelecimento onde são enclausurados os insanos e as pessoas passíveis de correção (público/privado).

Nesse sentido, ao final do Antigo Regime, Castel (1978) identifica alguns tipos de estabelecimentos que acolhem os insanos: fundações religiosas, prisões do Estado, Hospitais Gerais e pensões mantidas por leigos.

Para a nova dogmática instaurada com o conceito de prevenção que emerge no contexto da Revolução, a referência médica assumirá o encargo de autoridade superior. Caberá ao médico realizar o julgo de uma intervenção anterior à resposta gerada pela força pública. “Dessa forma, todo o sistema passará da repressão de atos cometidos para

a antecipação de atos a serem cometidos, e a reparação de uma desordem objetiva para o encargo de estruturas subjetivas em vias de alteração” (CASTEL, 1978: 31), justificando o enclausuramento de pessoas que cometeram crimes de baixo potencial ofensivo.

Como resultado, os três poderes, jurídico, administrativo, familiar ficarão subordinados à instância médica e o médico perito começará a arbitrar decisões que anteriormente eram da alçada da tutela familiar. Nesse sentido, a medicina mental, utilizando a benevolência a seu favor, controlará o pólo do perigo suscitado pelo louco que não pode assumir a responsabilidade de seus atos. “O que existe aí é, sem duvida, todo um sistema de segurança contra a violência dos alienados e o desencadeamento de sua raiva. Esse desencadeamento é entendido, de início, como perigo social” (FOUCAULT, 1972: 150).

Improdutiva, perigosa, indecente, inquietante, o vazio institucional e legislativo diante do qual ela [loucura] se encontra no final do século XVIII – ou a disparidade das leis e a diversidade das instituições que a concernem indiretamente – levantam cotidianamente inúmeras questões [sobre quem recai a responsabilidade do perturbador] (Castel, 1978: 51)

Esclarecendo que ao final do século XVIII a loucura encontra-se como a figura generalizada da associabilidade, Castel (1978) constata que o louco consistira em uma ameaça a todas as regras que presidem a organização da sociedade, assim, quando a verdade lhe é tomada com a institucionalização, qualquer coisa que ele disser será desconsiderada.

A necessidade absoluta de reprimir a loucura é inscrita nessa natureza que rompeu todos os controles e empurra o louco para o lado da animalidade e mesmo da sujeira destrutiva das coisas, que, como um carro ladeira abaixo, só obedece à lei da gravidade (CASTEL, 1978: 44).

De acordo com Castel (1978), a medicalização atribuiu um novo status jurídico, social e civil ao louco, o *alienado*. Nesse sentido, evidencia que a partir da metade do século XVIII aparecem numerosos tratados e artigos médicos sobre o *caráter curável* da loucura. A partir disso, as práticas com os insanos começam a diferenciar-se das destinadas aos demais reclusos.

Ao fim do Antigo Regime, Castel (1978) esclarece que Colombier e Doublet preconizam uma afirmação geral da assistência dos alienados em que sua solução

perpassa a medicalização e a reorganização do espaço do enclausuramento, propondo ainda subdividir o pavilhão em função dos tipos de comportamentos patológicos. Jean-Étienne Esquirol, notável psiquiatra francês do século XVIII, afirmara que “Uma casa de alienados é um instrumento de cura; nas mãos de um hábil médico ela é o agente terapêutico mais poderoso contra as doenças mentais” (ESQUIROL *apud* CASTEL, 1978: 61).

O tutor de Esquirol, médico psiquiatra Philippe Pinel, iniciando o movimento da psiquiatria alienista se notabilizou ao defender a loucura enquanto doença, a alienação mental. Pinel conceituou uma loucura até então desconhecida na sociedade onde o delírio permanecia oculto perdendo assim os sinais que a tornava publicamente reconhecível (DORNELLES, 2012).

Segundo Dornelles (2012), a doutrina alienista foi sintetizada em torno da percepção de que o distúrbio mental era uma contradição temporária da razão e da noção de que a alienação mental era um problema de ordem moral. Nesse sentido, de acordo com a construção de Pinel, a alienação tornava-se tratável por terapêuticas morais que possuíam como principal condição o isolamento que, por sua vez, deveria ser fundamentado no trabalho e orientado pelo saber médico.

Castel (1978) afirma que ele constrói/edifica a síntese alienista a partir da classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentais e imposição de uma relação de poder específica entre o médico e o doente. O isolamento das diferentes categorias contidas no enclausuramento em prédios distintos destaca a loucura como doença, assim, “O internamento destaca a razão, isola-a dessas paisagens nas quais ela sempre estivera presente e onde era ao mesmo tempo evitada” (FOUCAULT, 1972: 103).

A classificação da população dos insanos confere à psiquiatria alienista o status de ciência em que pese à hospitalização tornar-se a única e necessária resposta ao questionamento da loucura. O desenvolvimento de um dispositivo completo de assistência e atenção à loucura dá-se com a instituição do asilo e um primeiro corpo de médicos-funcionários. “A consciência do final do século XVIII libertou os loucos das coações brutais das casas de internamento, mas criou em seu lugar o asilo” (DORNELLES, 2012: 22), ajudando na consolidação da psiquiatria, que passou a tratar a loucura como um objeto de análise.

A transposição que se dá das casas de internamento ao asilo não é tanto em relação ao público a que se destina quanto a estrutura espacial que acolherá os loucos. A nova instituição passa a ser patenteada pelo saber psiquiátrico e a atender não mais os mendigos, pródigos, libertinos, prostitutas, mas tão somente o louco em seu isolamento moral a partir da reestruturação interna desse espaço para além das funções de exclusão e correção.

[...] e diante do perigo solto, a sociedade reage de um lado através de um conjunto de decisões a longo prazo, conforme a um ideal que está surgindo – criação de casas reservadas aos insensatos – e do outro, por uma série de medidas imediatas, que devem permitir-lhe dominar a loucura pela força (FOUCAULT, 1972: 422).

Amarante (2008) revela que os alienistas majoritariamente compartilhavam dos ideais positivistas e republicanos aspirando ao reconhecimento legal, por parte do Estado, que legitimasse e autorizasse uma intervenção mais ativa no campo da doença mental e assistência psiquiátrica.

O médico é a lei viva do asilo e o asilo é o mundo construído à imagem da racionalidade que ele incarna. O espaço hospitalar concentra seus poderes e, inversamente, a ordem inscrita nas coisas ganha vida como ordem moral por ter como suporte a vontade do médico (CASTEL, 1978: 88).

Segundo Dornelles (2012), a constituição de um espaço social próprio aos insanos se fazia necessária para sua cura através de seu confronto consigo mesmos. Orientados pelo saber médico, este se tornava o “guardião dos corpos e das almas dos alienados” (DORNELLES, 2012: 120).

No dispositivo institucional do asilo ajustam-se, portanto, numa síntese, pelo menos ideologicamente coerente, o código médico, a tecnologia do tratamento moral, o status do recluso, menor cujo estado exige o encargo por uma vontade alheia e, enfim, a posição de poder absoluto do responsável oficial da instituição, o médico que incarna essa vontade médica (CASTEL, 1978: 95).

No contexto de passagem a sociedade contratual, a questão da loucura assumira grande importância na transição do século XVIII ao XIX. A medicalização da loucura introduz um novo estatuto de tutela que inicia uma discussão entre o que é facultado aos parentes e o que cabe ao poder do Estado na tarefa de conservar e de reproduzir a ordem

sócio-familiar. Assegurar-se-á, assim, o triunfo da medicalização da loucura (CASTEL, 1978).

No século XIX, a razão procurará situar-se com relação ao desatino na base de uma necessidade positiva, e não mais no espaço livre de uma escolha. A partir daí, a recusa da loucura não será mais uma exclusão ética, mas sim uma distancia já concedida; a razão não terá mais de distinguir-se da loucura, mas de reconhecer-se como tendo sido sempre anterior a ela, mesmo que lhe aconteça de alienar-se nela (FOUCAULT, 1972: 143).

Com o advento da sociedade contratual marcada pela concepção de direito liberal, a loucura constituir-se-ia em um grupo de indivíduos a colocar problemas especiais tendo em vista que nenhum vínculo racional une diretamente a transgressão que ele realiza com a repressão a que é submetido. Assim, deveria ser tratado e não sancionado: “doravante a repressão só pode progredir disfarçada” (CASTEL, 1978: 38).

Castel (1978) afirma que os alienistas franceses fugiram da problemática dos asilos no início do século XIX realizando incursões aos tribunais para desvendar alguns crimes. “A aproximação entre crime e loucura/alienação só se elaborará, entretanto, progressivamente e com muitas complicações e perplexidades” (CARRARA, 1998: 69). Carrara (1998) afirma que as noções de monomanias serviram aos alienistas para explicar atos criminosos, transgressores ou insólitos que se colocavam em contextos distintos.

A monomania instintiva dava conta de explicar atos considerados excessivos em relação a uma história de vida ou trajetória individual comedida, medíocre, normal. A loucura moral explicava, por seu lado, atos contextualizados por uma história individual percebida como excessiva, extravagante, excêntrica ou acidentada, frente à representação daquilo que seria o homem médio, medíocre ou normal (CARRARA, 1998: 75).

Segundo Carrara (1998), quando Esquirol chega a monomania, a loucura deixa de ser percebida como uma consciência rompida pelo delírio colocando o insano em uma natureza pura e simples. Assim, ao longo do século XIX a loucura aparecerá como algo imprevisível e, como tal, perigoso.

A construção sócio histórica da loucura transporá o indivíduo por ela agraciado ao status de ente perigoso que deve ser mantido apartado da sociedade a fim de assegurar a defesa social. A justificativa colocada aqui ao exílio desse indivíduo se conforma com os princípios positivistas que prediz a necessidade de neutralização

daquele que nasceu perigoso. Nesse sentido, o hospital foi assentado historicamente como a instituição responsável por resguardar esses sujeitos loucos e perigosos quando “A hospitalização nada mais é do que a contrapartida da anomia urbana” (CASTEL, 1978: 74).

2.2. Da Despsiquiatrização a Antipsiquiatria

Em um contexto de reconstrução social pós-Segunda Guerra é estabelecido um momento de dúvida e experimentação no campo da medicina mental em que a psicanálise se expande e a formulação dos psicotrópicos se desenvolve (DORNELLES, 2012), no Brasil as psicocirurgias, então, desaparecem dos hospitais psiquiátricos. Assim, trazia-se a doença mental para o âmbito da saúde pública.

Dornelles (2012) esclarece que o primeiro esboço de reforma da psiquiatria asilar se dá em um contexto de crítica ao modelo fechado e autoritário incompatível a ordem revolucionária de liberdade, igualdade e fraternidade à época. Sob essa perspectiva, desenvolvem-se movimentos de reforma psiquiátrica caracterizados por exercerem um contraponto ao paradigma do manicômio e seu aspecto de custódia. Nesse sentido coexistiram movimentos em busca de uma transformação do manicômio em uma instituição terapêutica enquanto outros requeriam sua extinção.

Em meados do século XX os hospitais e, mais precisamente, o poder médico atravessaram uma descrença devido aos processos de contaminação a que expunham seus pacientes. A partir disso o conhecimento médico passou a ser questionado direcionando-se para um saber mais exato que justificava o uso da medicalização para fins de pesquisa, questionando a instituição psiquiátrica. Sem possuir, contudo, a pretensão de a demolir, mas de lutar contra o internamento como estratégia dessa dominação, o movimento conhecido como despsiquiatrização.

A psicanálise surge então como uma vertente desse processo, enfraquecendo a soberania do médico sobre o paciente, trazia liberdade à fala do louco. Todavia, seu estudo delega uma autoridade que transfere a verdade da psiquiatria para si.

Apresentando-se como oposição ao modelo clássico, apontava-se sua transformação em um modelo preventivo. Contudo, manter-se-iam os princípios da irracionalidade e periculosidade da doença mental sustentando a instituição asilar como

estratégia básica de intervenção quando os recursos primários fossem insuficientes. Assim, ocorreria uma modernização do dispositivo clássico (AMARANTE, 1992).

Segundo Amarante (1992), a intervenção preventiva deveria ter a coletividade como sujeito de tratamento, de tal forma que o meio social não mais produzisse condutas patológicas. Não obstante, a internação compulsória que contempla indivíduos em situação de rua e/ou drogadição por meio de ordem judicial, atualmente no Brasil, qualifica uma política de higienização que pretensamente busca eliminar a influência do perigo social por eles representado.

Oriundam-se então propostas de “despsiquiatrização” a fim de retirar a exclusividade das decisões e atitudes terapêuticas do saber médico, remetendo-as a outros profissionais.

Dornelles (2012) esclarece que a psiquiatria de setor (1940) consubstanciada na França contestava o aspecto centralizador do espaço físico do asilo considerando que seria necessário levar a psiquiatria à população. A experiência das comunidades terapêuticas surgiu na Inglaterra (1959), contudo não questionara a estrutura do asilo, pois mantinha a exclusão social dos pacientes.

Amarante (1992) destaca que o preventivismo passa a ser adotado pelo Estado americano quando o então presidente Kennedy apresenta o Programa Nacional de Saúde Mental (1963). A partir de então passara a ser adotado pelas organizações sanitárias internacionais. “Se todas as doenças mentais podiam ser prevenidas ou detectadas precocemente é porque se manifestavam sob a forma de desvio, de marginalidade, enfim, de mal social” (DORNELLES, 2012: 129).

Observamos que os esforços projetaram-se sobre a exterioridade da questão. Concentraram-se na reformulação de técnicas terapêuticas e na redução da hospitalização, mantendo o foco no aspecto assistencial, isto é, na própria instituição do asilo. Com isso, preservaram o que pensamos ser o núcleo do paradigma da psiquiatria clássica: a *doença mental* – uma concepção cientificista da loucura e por isso dominadora (DORNELLES, 2012: 130)

Direcionados a uma antipsiquiatria inglesa, na década de 1960 os teóricos contestavam as nosografias e denunciavam a instituição asilar exigindo que a loucura transpusesse o estatuto de doença mental e eliminasse o controle médico sobre ela questionando seu poder institucional. Propondo um novo modelo de comunidade terapêutica sugeria uma análise do discurso do delírio “opondo-se radicalmente ao uso

de tratamentos químicos e físicos” (DORNELLES, 2012: 131).

A institucionalização passa a ser considerado o grande problema a merecer enfrentamento, pois produz “dependência do paciente” à instituição, acelera a perda dos elos comunitários, familiares, sociais e culturais, conduz à cronificação, ao hospitalismo (AMARANTE, 1992: 108).

A experiência do Movimento da Psiquiatria Democrática se dá com o conhecimento de Franco Basaglia em Gorizia, quando constata que o manicômio seria sempre uma instituição de controle social e não de cura. Realizando uma crítica às comunidades terapêuticas, propunha então a negação e superação do modelo teórico-causal da teoria clássica desmontando o aparato manicomial, “[...] sua desconstrução significa a desmontagem da causalidade linear e a reconstrução de uma concatenação de possibilidade-probabilidade diante de um objeto complexo” (AMARANTE, 1992: 116).

Basaglia considerava premente a necessidade de desconstruir o processo que reduzia a loucura a doença, “Os mecanismos originários da exclusão da loucura foram articulados pela sociedade, de forma que era preciso comprometê-la novamente com a questão” (DORNELLES, 2012: 132). Suas conquistas foram consagradas pela lei que levou seu nome, regulamentando a extinção dos hospitais psiquiátricos a partir de uma nova rede de assistência na Itália.

A antipsiquiatria foi superada e o movimento crítico em saúde mental atual não se direciona para a extinção do psiquiatra na atenção a loucura, mas volta-se para que ela perca sua soberania na determinação e tratamento da loucura. Contudo, esse movimento de despsiquiatrização da atenção à loucura ainda é permeado por uma ausência de interesse político que mantém o médico psiquiatra no centro de uma hierarquia de poder sobre corpos e subjetividades.

2.3. A história da atenção à saúde mental no Brasil

Masiero (2003) informa que a partir da década de 1930 chegaram ao Brasil promissoras técnicas curativas da psiquiatria mundial na época, reconhecidas estas como psicocirurgias. O procedimento consistia em uma cirurgia realizada no cérebro com o intuito de obter uma modificação de comportamento ou eliminação de sintomas psicopatológicos.

De acordo com o autor, as psicocirurgias marcaram uma tentativa de retomar as ideias que procuravam a base anatomofisiológica do comportamento humano e da doença mental. “os médicos brasileiros logo começaram a utilizar a psicocirurgia de Egas Moniz em *instituições asilares*” (MASIERO, 2003: 550) [grifo meu].

Edgar Moniz defendia a ideia de que o lobo frontal seria responsável pela atividade psíquica e comportamental, nesse sentido, deduziu que a doença mental seria decorrente de alguma alteração nessa região do cérebro, assim seria possível mudar essa condição a partir da interrupção dos feixes cerebrais frontais. Segundo Masiero (2003), as psicocirurgias transformaram-se numa verdadeira moda na psiquiatria brasileira.

Extremamente invasiva e perigosa em seus primórdios, a porcentagem de óbitos em decorrência da cirurgia era alta, em torno de 2%, além das complicações que poderiam advir desta prática, como hemorragias cranianas, inflamação das meninges, infecções, ou sequelas indelévels como hemiplegia e paraplegia, caso áreas motoras do cérebro fossem atingidas durante a cirurgia, o que era comum (MASIERO, 2003: 551).

“Especialmente na primeira metade do século XX, observava-se a prevalência de terapias físicas como a *lobotomia*, a *eletroconvulsoterapia*, a *malarioterapia*, bem como a *psicofarmacoterapia*” (DORNELLES, 2012: 31).

No Brasil, a década de 1970 é então caracterizada pelo apoio às reformas, nesse ínterim, Basaglia visitara o Brasil ministrando conferências em que provocara profundas reflexões sobre a luta antimanicomial. Em 1978 se dá a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), responsável pela construção da denúncia de violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência (referência). O referido movimento tecia uma crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência às pessoas com transtornos mentais executado no país.

O período referente à década de 1980⁶, demarcado pela influência da ditadura na execução das diferentes políticas, trouxe a realização da primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e progressos no campo da atenção à saúde mental. Nesse sentido, em 1989 entra em trâmite o Projeto de Lei Paulo Delgado (PL nº 3.357/89) propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no país.

⁶ Em 1987 surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo.

Amarante (1992) afirma que um dos primeiros documentos de análise e denúncia da Política de Saúde Mental a ter grande repercussão nacional é apresentado pela CEBES com a formulação original do Sistema Único de Saúde. A mobilização decorrente do MTSM ocorria concomitante a militância do Movimento Sanitário⁷ incorporando o estudo das determinações socioculturais sobre as enfermidades.

Percebe-se como a história da psiquiatria é a história de uma apropriação, de um sequestro de identidades e cidadanias, de um processo de medicalização social, de disciplinarização, de inscrição de amplos segmentos sociais no âmbito de um saber que exclui e tutela, e de uma instituição asilar que custodia e violenta. O conjunto dos saberes psicológico-psiquiátricos e suas instituições é refletido e denunciado em suas funções de instrumentos técnico-científicos de poder (AMARANTE, 1992: 104).

De acordo com o referido documento, na década de 1990 passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária à saúde mental e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Nesse intervalo ocorre o encontro, com patrocínio das organizações Panamericana e Mundial de Saúde, que culminará na Declaração de Caracas, documento que prediz a necessidade imediata de reestruturação da assistência psiquiátrica.

A lei Paulo Delgado só viria a ser promulgada em 2001 com alterações importantes no texto normativo do seu projeto inicial. A lei 10.216, de 6 de abril de 2001, promulgou contradições ao estabelecer uma base humanitária nos serviços de atenção a saúde mental atrelando os interesses reformistas aos dos empresários e médicos.

O relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental (2005) exalta que a Reforma Psiquiátrica brasileira deve ser compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais considerando ainda que seu avanço se dá no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

⁷ O Movimento Sanitário correspondeu a um movimento expressivo de luta por transformações na saúde em um contexto de ditadura militar que teve seus resultados mais eloquentes na conquista do Sistema Único de Saúde (SUS).

No intento de respaldar a Reforma Psiquiátrica, dá-se início a uma série de medidas legislativas galgando a Rede de Atenção Psicossocial do SUS, amparada por serviços substitutivos extra-hospitalares que gradativamente ampliam seu financiamento. A atenção à saúde mental se estrutura então posicionando-se em defesa da garantia de autonomia, liberdade e exercício de cidadania a fim de assegurar o respeito aos direitos humanos e promover a equidade.

Como tal, deve garantir o acesso e a qualidade dos serviços por meio de um cuidado integral prestado em uma lógica interdisciplinar por meio da organização dos serviços em regionais com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.

Sob a perspectiva da premência dos serviços substitutivos se dá o desenvolvimento da Portaria nº 224 de 1992 do Ministério da Saúde, que estabeleceu as diretrizes e normas para execução da assistência à saúde mental. Assim, em consonância com os princípios do SUS, a organização dos serviços deveria primar pela diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial baseando-se na multiprofissionalidade para a prestação de serviços.

Desenvolveu-se uma estratégia de base comunitária com ênfase à participação como estratégia de controle social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução. Assim, são estabelecidos como principais serviços de atenção à saúde mental os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A Saúde Mental em Dados é uma publicação que tem como objetivo reunir os principais dados da área de saúde mental com o propósito de formar um quadro geral da rede traçando estratégias de gestão. Sua primeira edição ocorreu no período referente ao ano de 2006, adequada a época em que se estabelecia a reforma psiquiátrica. Analisando a publicação mais recente (2012), observa-se uma expansão anual dos CAPS desde o ano de 1998 em que haviam 148 unidades até o ano de 2012 quando foram contabilizados 1803 estabelecimentos.

O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial deve compreender um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório. Nesse sentido, os NAPS/CAPS são unidades de saúde que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional.

Compreendendo a rede de atenção e cuidados em saúde mental como uma rede descentralizada e hierarquizada, o atendimento também deveria ser prestado a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar.

No mesmo entendimento, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) constituem-se em casas destinadas a moradia de pessoas que passaram por internações psiquiátricas de longa duração e não conseguiram, por algum motivo, se reintegrar à família. As Unidades de Psiquiatria nos Hospitais Gerais (UPHG) poderiam concentrar serviços de internação de curta duração e ambulatoriais.

A assistência instituída com o desenvolvimento dos NAPS/CAPS previa como atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social.

A experiência de estágio no âmbito de um CAPS II evocou o reconhecimento da importância da implementação dos serviços substitutivos na atenção à saúde mental. A atenção prestada diariamente aos indivíduos com transtorno mental inibe seu sofrimento mental por meio de práticas terapêuticas que estimulam sua socialização integrada a comunidade. Por meio da intervenção multiprofissional é possível traçar estratégias psicossociais que atendam as demandas do usuário para além do CAPS viabilizando seus direitos enquanto sujeito participe da vulnerabilidade social.

Fomenta-se aqui, portanto, a importância de velar o meio em que esse sujeito se encontra inserido a fim de lhe assegurar garantias à manutenção de seu bem estar na medida em que o Sistema Único de Saúde (SUS) reconhece os fatores sociais como condicionantes da saúde.

Compreende-se então a categoria vulnerabilidade enquanto determinante da qualidade de vida dos indivíduos, como tal, busca-se promover uma articulação entre as políticas sociais que compõem a tríade da Seguridade Social brasileira instituída com a Constituição de 1988: Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Contudo, a emergência do tratamento prontamente oferecido pelo CAPS se depara com um lapso

no que tange às garantias da previdência e da assistência social que muitas vezes assegurariam sua permanência no tratamento.

Esses sujeitos acometidos pelo sofrimento mental abarcam uma parcela da população que se encontra inabilitada, ainda que temporariamente, para exercer atividades laborativas. Todavia, dificilmente esses indivíduos, geralmente com baixa escolaridade, estarão assegurados pela previdência social e por vezes, ainda, pela assistência social.

Considerando-se que a previdência social configura-se em uma proteção condicionada a contribuição prévia com aspectos de seguro social e a assistência social organiza uma alternativa de proteção social aos não contribuintes, os elementos envolvidos na atenção à saúde mental devem assegurar uma articulação entre essas políticas a fim de promover garantias à manutenção do tratamento dos indivíduos com transtorno.

Seja porque se encontrando a margem das políticas sociais excluem-se suas possibilidades de inserção em um mercado de trabalho formal que suprimem, ainda, suas possibilidades de contribuição, seja pela necessidade de se atestar sua total incapacidade laboral para conquistar o benefício assistencial, esses indivíduos muitas vezes encontram dificuldades para manter seu tratamento por não disponibilizarem de recursos para sua locomoção até o local e ainda pela preocupação constante com o provimento de suas necessidades permanecendo desviados da proteção social.

2.4. A construção da reforma psiquiátrica no Brasil

A lei 10.216/01 vem ao encontro da luta antimanicomial buscando legitimação e respaldo na Reforma Psiquiátrica. Redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, prevê a segurança e a proteção das pessoas acometidas por transtorno mental quanto a seus direitos fundamentais sob responsabilidade do Estado, representando um avanço na atenção a esses sujeitos. Contudo, ela não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Pela lei, o Estado tem a responsabilidade de desenvolver a política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas com transtorno mental prestada em estabelecimento de saúde mental. Deverá então ser garantido o acesso ao

melhor tratamento do sistema de saúde em acordo com as necessidades do usuário, oferecendo, ainda, assistência integral àquele que se encontra em regime de internação.

O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro (Conferência 15 anos de Caracas, 2002).

À época em que a conquista da lei Paulo Delgado era recente, a avaliação da atenção à saúde mental era pertinente ao período que buscava desinstitucionalizar a loucura retirando-a do lar dos internamentos e inserindo-a em um ambiente em que seu tratamento seria possível integrado a sociedade.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) atesta o êxito de tal empreitada que ampliou o acesso à saúde mental, reduziu leitos em hospitais psiquiátricos, o que determinou o fechamento de algumas instituições, e os recursos empregados nas ações extra-hospitalares ultrapassaram o investimento nas ações hospitalares.

Em resposta à premissa de desinstitucionalização da loucura, atendendo a luta antimanicomial, duas primazias fundamentais são postas no Art. 4º da lei 10.216/01 para o tratamento daquele submetido à internação, quais sejam:

§ 1º O tratamento visará, como *finalidade permanente*, a *reinserção social* do paciente em seu meio.

§ 3º É *vedada* a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com *características asilares*.

O paciente deverá ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis. Nesse sentido, a internação, em qualquer das modalidades evidenciadas pela lei supramencionada, só deverá ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes somente sendo realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Para tanto, estabelece os tipos de internação psiquiátrica a fim de atender a primazia terapêutica a preponderar no tratamento. Assim, são considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Sob esse ponto de vista, os CAPS têm papel estratégico ao organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados a partir da noção de território. Assim, vem atender demandas de um intenso movimento social, consolidando-se como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial.

Buscando potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial, os CAPS utilizam-se de todos os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais religiosos e de lazer. Partindo da concepção de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento,

[...] farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (Ministério da Saúde, 2004)

Em resposta a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria nº 224, é criada a portaria nº 336/GM uma década depois, em fevereiro de 2002. A nova legislação estabeleceu três modalidades de serviços em que os CAPS poderiam constituir-se, quais sejam: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial constituindo-se em serviço ambulatorial de atenção diária só podendo funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que *independentes de sua estrutura física*, com acesso privativo e equipe profissional própria. [grifo meu]

As diferentes modalidades em que são delimitados os serviços de atenção psicossocial são classificadas quanto a sua capacidade operacional para atendimento em municípios. Assim, o CAPS I compreende municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; o CAPS II, população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III, população acima de 200.000 habitantes; CAPS i II, para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes; CAPS ad II compreende o atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, possuindo capacidade para atendimento a população superior a 70.000 habitantes.

Comum às diferentes modalidades de CAPS, encontram-se como atribuições o encargo de coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental e medicamentos excepcionais dentro de sua área assistencial; responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território.

A partir da nova portaria, amplia-se o horário de atendimento e são inseridas as oficinas terapêuticas nas atividades de assistência prestada aos pacientes. As equipes multiprofissionais devem ser compostas por médico psiquiatra, enfermeiro, profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

A atenção prestada pelo CAPS III, considerando sua ampla capacidade operacional deve constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. O CAPS i II constitui-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais, sua assistência deve incluir desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça.

Na equipe multidisciplinar dos CAPS ad II inclui-se 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas. A instituição devesse ainda manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso e inclui como atividade o atendimento de desintoxicação.

Observa-se, a partir do exposto, uma rede de significações que os serviços substitutivos representam para uma atenção integral às pessoas com transtorno, assim fica evidenciada a urgência de sua implementação nos diferentes níveis de atendimento.

Art. 5º Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS.

A partir da análise da publicação Saúde Mental em Dados (2010; 2011; 2012), nota-se que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) vem se consolidando progressivamente através da implementação paulatina dos serviços substitutivos. Com isso vem-se ampliando a cobertura regional à saúde mental por habitantes, tendo em vista a rede de serviços extra hospitalares, a redução de leitos em Hospitais Psiquiátricos no país e a ampliação dos investimentos na assistência à saúde mental.

A apreciação comparativa realizada, contudo, apresenta desproporções no andamento para diferentes unidades federativas. A fim de compreender as disparidades dos níveis de desenvolvimento nas diferentes regiões, Santos (2010) destaca a importância de se considerar a correlação de forças no âmbito político local e ainda na prática dos profissionais da saúde para além da vontade política.

Capítulo 3 - A LOUCURA NO ORDENAMENTO BRASILEIRO

O capítulo que segue introduz, enfim, os fundamentos da providência legal a ser ministrada àquele que comete infração penal e ao tempo da ação fôra considerado incapaz de responder pelo ilícito dado devido a um processo de sofrimento mental.

O princípio da organização social e política no Brasil já trazia indícios do procedimento a ser ministrado ao delinquente com transtorno mental à época compreendido como alienado. A resposta do direito penal ao delito evoluiu então introduzindo dois preceitos jurídicos a fim de avaliar a culpabilidade de seu autor, àqueles capazes de se determinar sobre a transgressão realizada, a imputabilidade passível de pena; àqueles incapazes, a inimputabilidade que o exime de punição.

A medida de segurança insere então um novo estatuto ao louco infrator condicionando sua reclusão a um espaço com características hospitalares e fundamentada na finalidade da ressocialização desses indivíduos para atender as primazias da reforma psiquiátrica a fim de atuar preventivamente na possível reincidência.

Introduzindo então os fundamentos da medida de segurança, o capítulo alicerça o aparato para a construção de uma análise crítica da deliberação em um contexto em que a lei incriminadora se fortalece asseverando as mazelas do cárcere.

3.1. Periculosidade e desvio

A loucura historicamente consolidou-se como uma ameaça à segurança pública, nesse sentido, a ação última do estado perigoso individual da pessoa com transtorno mental seria então repercutida pelo crime enquanto um sintoma. A partir desse entendimento de periculosidade inerente ao transtorno psíquico, desenvolveram-se estratégias de proteção à incolumidade alheia, representadas pelo confinamento do acometido pela loucura, que representaria perigo para a sociedade. Instituiu-se um modelo de intervenção penal específico para os doentes mentais delinquentes.

Segundo essa concepção de periculosidade, Marques e Ribeiro (2013) apontam que passaram a ser evidenciados na subjetividade dos indivíduos comportamentos com padrões identificáveis de risco, que poderiam pôr em causa a sua saúde e/ou até mesmo a sua própria vida e/ou a vida de outros. Considera-se, para tanto, uma interação entre

características individuais e as condições sociais, com o propósito de reconhecer indícios dessa periculosidade que podem vir a constituir-se em ilícito-crime.

A compreensão de periculosidade tem relevância central para aplicação da sanção penal presente na medida de segurança, dispositivo jurídico para os loucos que cometeram crime. Assim, de acordo com Peres e Nery Filho (2002), ela relaciona a capacidade de delinquir, referindo-se ao crime já praticado, com sua conduta futura – sua probabilidade de voltar a delinquir – servindo, assim, para criminosos específicos, os doentes mentais perigosos.

Essa periculosidade subjetiva fundamentaria uma ação preventiva do Estado (HUNGRIA; FRAGOSO *apud* PERES; NERE FILHO, 2002), em que há recusa da ideia de vontade livre, responsabilidade moral e caráter retributivo da pena, afirmando ainda que o crime requisita medidas de defesa proporcionais ao perigo representado pelo indivíduo.

De acordo com Foucault (1977), a evolução da loucura na prática penal previa que não haveria crime, nem delito, se o infrator estivesse em estado de demência no instante do ato. O agente, considerado culpado pela manifestação da doença, deveria ser enclausurado e tratado, e não punido. Assim, sua sentença implicaria uma apreciação da normalidade e uma prescrição técnica para sua “normalização”. Nesse sentido, da “tutela familiar à tutela jurídica, o alienado encontraria, sem transformar a lei, o fundamento de um estatuto que o isenta de responsabilidade” (CASTEL, 1978: 50).

Desde a aurora da organização social e política do Brasil com a legislação imperial, em um contexto em que a declaração de independência de Portugal era episódio recente, o país já trouxera consigo fomentos ao procedimento a ser ministrado ao delinquente alienado. Considerados incapazes de responder pelo ilícito dado, haveria uma atenção específica a lhes agraciar.

Em 16 de dezembro de 1830 fôra sancionada a lei em que D. Pedro mandava executar o Código Criminal do Império do Brasil. O referido código partia do propósito de que não haveria criminoso, ou delinquente, sem má fé, ou seja, sem que aquele que cometeu a infração tivesse intenção ou conhecimento do mal gerado pelo ato praticado. Do mesmo modo, a este não caberia imputação de punição (Brasil, 1830).

O Código Criminal presumia ainda, em seu artigo 9º, que não seriam julgados criminosos “os loucos de todo o genero, *salvo se tiverem lucidos intervallos*, e nelles

cometterem o crime” [grifo meu]. Em conformidade com o código mencionado, os indivíduos acometidos pela loucura ao perpetrarem crimes, seriam recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias conforme a conveniência apresentada pelo Juiz. No mesmo entendimento, o art. 64 afirmava: “os delinquentes que, sendo condenados, se acharem no estado de loucura, *não serão punidos, enquanto nesse estado se conservarem*” [grifo meu].

A legislação no período compreendia a possibilidade da loucura ter momentos de lucidez. A loucura é assimilada aqui como um estado, ou seja, um episódio ocorrido que não pode ser considerado um atributo intrínseco à personalidade do indivíduo, diferentemente da atual configuração da lei penal.

No período da Primeira República mantivera-se a unidade nacional do direito penal (NEDER, 1995), o decreto nº 847 de 1890, que promulgou o Código Penal a respeito de crimes, contravenções e penas para toda a república dos Estados Unidos do Brasil, revogou o Código Criminal. Fôra então erigido sob a orientação da Escola Clássica da criminologia, “[...] Esta orientação fazia repousar a responsabilidade penal do criminoso em sua responsabilidade moral e esta, no livre arbítrio, inerente ao homem” (NEDER, 1995: 66).

No tocante aos infratores alienados, “[...] o Código Penal de 1890 apenas dizia que tais delinquentes, penalmente irresponsáveis, deveriam ser entregues a suas famílias ou internados nos *hospícios públicos* se assim “exigisse” a segurança dos cidadãos” (CARRARA, 1998: 49) [grifo meu].

A respeito das penas, seus efeitos e de sua aplicação e modo de execução, previa como resposta à infração realizada ao condenado “que achar-se em estado de loucura *só entrará em cumprimento de pena quando recuperar as suas faculdades intellectuaes*” [grifo meu].

Ambos os códigos relacionados fazem menção a uma punição posterior à recuperação da saúde mental do condenado. Assim, adentra-se a questão da loucura como doença mental, suscitando um movimento em que “[...] medicina e direito construíram um sistema de legitimação recíproca, estabelecendo uma síntese paradigmática: a loucura do homem social deve coincidir com a alienação do sujeito de direito” (DORNELLES, 2012: 14).

A decisão judicial deveria ser fundamentada na periculosidade, enquanto potencialidade para desenvolver ações lesivas, e na defesa da ordem pública, assim a internação adviria para segurança do público. Após a aquiescência do Código Penal de 1890,

Seguiram-se várias leis esparsas. O Decreto nº 145/1893 impunha o internamento em *colônias de correção e tratamento* aos vadios, vagabundos e capoeiras. O Decreto nº 1.132/1903 organizava a assistência aos alienados e preconizava a construção dos *manicômios judiciários*. Diversos regulamentos seguidos do Decreto 24.505/1934 determinavam a internação aos ébrios e dependentes químicos (DORNELLES, 2012: 66) [grifo meu].

Carrara (2010) elucida que o surgimento dos manicômios judiciários no Brasil se dá na passagem dos séculos XIX-XX em um contexto em que tais asilos prisões destinados a alienados delinquentes surgiram quase simultaneamente em diferentes países. Segundo o autor, acredita-se que a Inglaterra foi o primeiro país a erigir um estabelecimento particularmente destinado para os delinquentes alienados.

De acordo com o autor, tais instituições

Destinavam-se especialmente aos criminosos considerados como “degenerados”, “natos”, “de índole”, “anômalos morais”. Todas essas categorias são versões distintas do que viria a ser chamado mais tarde de “personalidades psicopáticas” ou “sociopatas” (CARRARA, 1998: 195).

Por intermédio do decreto nº 1.132, em 1903 no Brasil fôra lançada uma lei especial para reorganização da assistência médico legal a alienados nos diferentes estados da União. A partir dela estabelecia-se que cada estado deveria reunir recursos para a construção de manicômios judiciários e que, enquanto tais estabelecimentos não existissem, deviam ser construídos anexos especiais aos asilos públicos para o seu recolhimento. Todavia, a inauguração do primeiro manicômio judiciário somente se deu oficialmente em 1921, no Rio de Janeiro (CARRARA, 2010).

3.2. O controle penal da loucura

Segundo Dornelles (2012), antes do Código Penal de 1940, no Brasil não havia de fato um sistema de medidas de segurança. Apresentando sua primeira sistematização,

estabelecer a *prática de fato previsto como crime e a periculosidade pós-delitual* do agente como critérios para aferir a necessidade de reclusão dos indivíduos [grifo meu].

O projeto consagrou a expressão medidas de segurança no direito brasileiro em substituição à antiga *internação para segurança do público*, mencionada no art. 29 do Código Penal de 1890. A medida de segurança foi a grande novidade trazida pelo diploma penal (DORNELLES, 2012: 67) [grifo meu].

A alteração da terminologia não abarcou o fundamento da medida legal que permaneceu associado a prevenção criminal e a defesa social perante os indivíduos que desafiam a segurança pública.

Para tanto, o Código Penal instituído pelo Decreto-Lei nº 2.848 de 1940 ao configurar a façanha que constitui o ilícito, ratifica que o resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a *ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido* [grifo meu].

Introduz-se então, de acordo com Peres e Nery Filho (2002), a noção de culpabilidade como pressuposto para conferir responsabilidade aos sujeitos pelos atos que derivam de suas escolhas. Em consonância, surgem dois preceitos jurídicos para definir o ordenamento que levarão aqueles que cometeram ato ilícito: a imputabilidade e a inimputabilidade.

Segundo o Código, se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Conforme os autores mencionados, a imputabilidade pressupõe culpabilidade, que por sua vez caracteriza-se por uma intencionalidade daquele que comete o ato infracional que o torna responsável e capaz de responder por ele. Assim, institui-se como postulado para aplicação de pena. Enquanto a inimputabilidade, pressuposto para aplicação de medida de segurança, implica em um mecanismo de isenção de pena àquele que comete um delito e ao tempo da ação ou da omissão, era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Nesse sentido, o referido código alegou

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

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

O sistema constituído em 1940 previa ainda um terceiro elemento, o semi-imputável, que compunha o complexo de indivíduos que, na execução do ilícito penal, não possuísem plena consciência de seus atos. Fundamentado nessa hipótese e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade poderia ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, por um prazo mínimo estabelecido conforme o propósito jurista. Caso a MS fosse determinada inferior a um ano o prazo mínimo de duração, os exames sucessivos realizam-se ao fim de cada período igual àquele prazo.

Com isso constituía-se o modelo reconhecido como duplo-binário que, vinculando pena à culpabilidade e MS à periculosidade, poderia cumular ambas para o semi-imputável. Com a periculosidade do agente presumida, não haveria intenção de recuperá-lo.

Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º.

O novo código inclinou-se para uma política de transição ou conciliação entre vontade livre e causa biológica consolidando o critério biopsicológico para desenvolver um nexo de causalidade entre o estado mental patológico e o crime, pressupondo que não há uma relação necessária entre a doença e sua conduta criminosa. A compreensão de *doença mental* do período passa a ser considerada causa de exclusão da culpabilidade, havendo, de acordo com Peres e Nery Filho (2002), dois momentos no crime: um intelectualivo (capacidade de entendimento) e um volitivo (capacidade de determinação).

O novo dispositivo jurídico em resposta ao ato infracional cometido excluía a possibilidade de substituir integralmente o sistema de penas. Nesse sentido, quando o indivíduo tivesse de cumprir pena privativa de liberdade, a execução da medida de segurança seria suspensa podendo-se aplicar pena e medida de segurança sucessivamente.

O código previa que o sentenciado a que sobreviesse a doença mental deveria ser recolhido a manicômio judiciário ou, à falta, a outro estabelecimento adequado, onde lhe fosse assegurada a custódia. Segundo Carrara (2010), tais instituições articulam duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas, o asilo de alienados e a prisão.

A partir disso, é delineado o processo de imposição da medida de segurança ao inimputável que, em acordo com o Decreto-lei nº 3.689, incumbirá ao juiz da execução da sentença. O louco infrator deveria ser submetido à perícia médica para atestar sua real incapacidade de compreensão da qualidade do ato que viola a lei.

O código exposto circunscrevia a Medida de Segurança em patrimoniais e pessoais, delimitando, ainda, as últimas, entre detentivas e não detentivas. Nesse entendimento, as medidas de segurança pessoais ocorreriam por tempo indeterminado, perdurando enquanto não fosse averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade e a persistência do mórbido estado psíquico do internado.

A fim de atestar o fim do risco que o indivíduo representara à sociedade para revogação da medida de segurança pessoal (de caráter detentivo), o autor do delito deveria ser submetido a exame específico. “[...] era preciso considerar se a personalidade do indivíduo, os antecedentes, motivos e circunstâncias do crime autorizavam a presunção de que viria ou tornaria a delinquir” (DORNELLES, 2012: 67).

A revogação da medida de segurança pessoal somente se concederia mediante parecer expedido pelo Conselho Penitenciário, ouvido o diretor do estabelecimento em que esteve o liberando e verificando o resultado do referido exame. Contudo, no decorrer de um ano depois de cessada a internação, o indivíduo permaneceria submetido a liberdade vigiada, devendo ser novamente internado se seu procedimento revelasse a persistência de periculosidade. Em caso contrário, declarar-se-ia *extinta* a medida de segurança (Brasil, 1940).

O código previa a realização do referido exame ao fim do prazo mínimo fixado pela lei para a MS (de 1 (um) a 3 (três) anos); anualmente, após a expiração do prazo mínimo, quando não cessada sua execução; em qualquer tempo, desde que o determinada por superior instância. Caso a medida de segurança fosse inferior ao prazo

mínimo de duração, os exames sucessivos realizar-se-iam ao fim de cada período igual àquele prazo.

Masiero (2003) esclarece que, durante a vigência do código, a fim de ampliar o escopo material para estudo das “psicocirurgias”, Francisco Tancredi e Aloysio Mattos Pimenta as executaram em 76 internos criminosos do Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo em 1949.

Segundo o autor, conseguiram um índice de 77% de eliminação destes sintomas e propuseram a aplicação da medida a criminosos para fins de segurança pública. Sem mais representarem perigo, esses 77% poderiam retornar ao convívio social, desafogando e desonerando o manicômio judiciário.

O que se encontrava, tanto na legislação referente aos loucos-criminosos quanto no destino social que lhes continua sendo reservado, era justamente a superposição complexa de dois modelos de intervenção social: o modelo jurídico-punitivo e o modelo psiquiátrico-terapêutico. Superposição e não justaposição, pois, o modelo jurídico-punitivo parecia englobar o modelo psiquiátrico-terapêutico, impondo limites mais ou menos precisos ao poder de intervenção dos médicos e demais técnicos (CARRARA, 2010: 19).

O período em se cunhou a MS e o manicômio judiciário havia instituído a loucura como construção da alienação mental, nesse sentido, a instituição fôra criada como dispositivo penal para armazenar o louco perigoso por natureza a partir de uma decisão arbitrada pelo médico, soberano do saber.

3.3. *A Medida de Segurança na contemporaneidade*

A lei 7.209 de 1984 altera dispositivos do Código Penal de 1940 e dá outras providências. Mantendo os aspectos centrais à aplicação da medida de segurança, estabelece que aqueles que cometem infração delituosa em razão de transtorno mental não podem ser responsabilizados pelo incidente dado, ou seja, a esses não será aplicada pena. Entretanto, o sofrimento mental, considerado causa excludente da culpabilidade, isenta o criminoso de punição verificando que esse deve receber tratamento específico.

Se suas condições pessoais e o fato praticado revelam que ele oferece *perigo* à incolumidade alheia, o juiz determina sua internação em *Hospital de Custódia* através de medida de segurança. A nova redação propugna o estabelecimento de internação

inédito em substituição às instituições detentivas instituídas na legislação anterior, os manicômios judiciários.

Os Hospitais de Custódia contemplam, então, indivíduos que, por sofrerem algum distúrbio psíquico, são considerados penalmente irresponsáveis por algum crime ou delito, inserindo-se nas MS. Assim, abrigam ainda os presos que enlouquecem nas prisões.

A nova legislação constituiu uma variante do modelo duplo-binário do código anterior, o sistema vicariante, de substituição. A partir dele determina-se a aplicação de pena reduzida, e um a dois terços, ou medida de segurança aos semi-imputáveis, não podendo haver cumulação entre ambas.

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era *inteiramente capaz* de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. [grifo meu]

No mesmo sentido, a Lei de Execução Penal nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (LEP), trata da garantia de direitos e deveres do infrator internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico concebendo o *Ministério Público* e a *Defensoria Pública* como responsáveis por fiscalizar e velar pela regular execução da medida de segurança.

A fim de conceber as respostas ao delito, considera-se que o crime configura o ato infracional delituoso que corresponde a uma violação da lei penal incriminadora e representa perigo à vigência da ordem social.

De acordo com Costa (2008), a questão judicial é interrompida quando instaurado o incidente de insanidade mental (delito cometido por pessoa com transtorno mental) oferecendo ao agente uma absolvição imprópria. Ele ainda deverá permanecer sob a custódia do Estado,

[...] cuja explicação dogmática está na adoção do critério biopsicológico da culpabilidade, que permite, de forma excepcional ao princípio da culpabilidade, submeter o *doente mental* à privação da liberdade por tempo indeterminado em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (COSTA, 2008: 119).

Considerada compulsória por ser determinada pela Justiça, a internação vinculada à medida de segurança deve atender a duas primazias fundamentais postas no Art. 4º da lei 10.216 para o tratamento daquele submetido à internação, quais sejam:

§ 1º O tratamento visará, como *finalidade permanente*, a *reinserção social* do paciente em seu meio.

§ 3º É *vedada* a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com *características asilares*.

A Lei 7.209, de 11 de julho de 1984, alude ainda que o internado deve ser recolhido a estabelecimento dotado de *características hospitalares* e será submetido a *tratamento* [grifo meu].

De acordo com a LEP, a ordem de internação, expedida para executar MS em regime de confinamento, deverá conter a data em que terminará o prazo mínimo (um a três anos) da internação do infrator. Chegado o fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, salvo determinação da instância superior, o agente internado deverá ser submetido a novo exame pericial realizado por *dois médicos* designados pelo diretor do estabelecimento para verificar a cessação da periculosidade através do laudo psiquiátrico.

Ainda assim, de acordo com o art. 43 da referida lei, é garantida a liberdade de contratar médico de confiança pessoal do internado ou do submetido a tratamento ambulatorial, por seus familiares ou dependentes, a fim de orientar e acompanhar o tratamento.

Para tanto, o diretor do estabelecimento de internação ou a autoridade policial incumbida da vigilância remeterá ao juiz da execução minucioso relatório que o habilitará a concluir pela permanência ou revogação da medida. A desinternação, *sempre em caráter condicional*, permanece facultada à cessação da periculosidade. Nessa perspectiva, a perícia, caso não seja revogada, deverá ser repetida anualmente para comprovar a conservação do estado que levou o agente a incluir-se na inimputabilidade.

Diferentemente do Código Penal de 1940, em que verificada a supressão da periculosidade a medida de segurança declarar-se-ia *extinta*, o novo código traz a natureza permanentemente condicional da medida de segurança. A natureza condicional da desinternação tipifica o agente como um eterno ente perigoso, a periculosidade

surgiria inerente ao diagnóstico psiquiátrico e, sendo a doença crônica, a periculosidade vinculada a ela seria permanente. Contudo, “não há evidências científicas na literatura internacional que sustentem a periculosidade de um indivíduo como uma condição vinculada à classificação psiquiátrica para o sofrimento mental” (DINIZ, 2013: 15).

O decreto nº 7.648, de 21 de dezembro de 2011, em seu Artigo 1º, concede indulto às pessoas

XI - submetidas a medida de segurança, independentemente da cessação da periculosidade que, até 25 de dezembro de 2011, tenham suportado privação da liberdade, internação ou tratamento ambulatorial por período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta praticada ou, nos casos de substituição prevista no [art. 183 da Lei de Execução Penal](#), por período igual ao tempo da condenação;

Segundo *Habeas Corpus* dos ministros da Quinta Turma do Superior Tribunal de Justiça, o art. 97, § 1.º, do Código Penal, deve ser interpretado em consonância com os *princípios da isonomia, proporcionalidade e razoabilidade*. Assim, o tempo de cumprimento da medida de segurança, na modalidade internação ou tratamento ambulatorial, deveria ser limitado ao máximo da *pena abstratamente cominada ao delito perpetrado* e não poderia ser superior a 30 (trinta) anos.

De acordo com Silva (2010), a medida de segurança, por direito, não tem caráter punitivo. Sendo assim, sua feição terapêutica deveria preponderar, deixando de ser focada unicamente sob o prisma da segurança pública e sendo acolhida definitivamente pelos serviços de saúde pública.

Atualmente, na iminência de o discurso psiquiátrico “trair” definitivamente a doutrina asilar, as leis brasileiras articulam uma ampliação do controle penal. Se os asilos não são mais lugares para os doentes mentais, os hospitais de custódia cumprirão a missão, ainda que para isso o Sistema Penal tenha que se adiantar à própria configuração do crime – a exemplo do novo instituto processual da internação psiquiátrica provisória (DORNELLES, 2012: 135).

Em meio ao questionamento do poder médico alçado pelo movimento antimanicomial, questiona-se ainda a legitimidade de uma internação quase eterna de uma pessoa com transtorno mental que tenha cometido crime. Essa tendência institucionalizadora aparece nos discursos pró-redução da maioria, por exemplo, e mesmo no surgimento massivo de comunidades terapêuticas.

Em um contexto em que a lei criminalizadora encontra sua ascensão e sua falência em si mesma, pondera-se se não estamos submetendo os loucos infratores, nos termos de Diniz (2013), a um *asilamento compulsório*. “Para a prisão enviamos culpados; o hospital ou hospício recebe inocentes” (CARRARA, 2010: 18).

Os sujeitos que cumprem medidas de segurança nos manicômios judiciários, hospitais de custódia e tratamento e alas especiais dentro dos presídios representam o setor mais castigado do sistema penal, punidos em forma dupla: pela sua condição de loucos e criminosos e por *dois discursos e aparelhos de poder que se articulam: o da psiquiatria e o do direito penal*. (BRAVO, 2007: 40) [grifo meu]

A instituição de custódia deve oferecer para o louco infrator tratamento terapêutico que reabilite seu retorno ao convívio social. Entretanto, conforme será esboçado, a legislação atinente ao assunto apresenta brechas que dificultam o atendimento das premissas da luta antimanicomial. Para além disso, há uma aparente ausência de interesse político em torno do tema corroborado por um senso comum construído em torno da prisão e da punição que deve receber aquele que para ela é enviado.

Capítulo 4 - A TUTELA DA LOUCURA NO ESTADO PENAL

O resultado da análise da atual configuração da medida de segurança no Brasil pautada nos preceitos expostos nos capítulos anteriores ascende, por fim, a seu objetivo de averiguar a relação entre tratamento e punição presente na MS.

A fim de evidenciar como os obsoletos dogmas da escola positivista do direito penal encontram-se imbricados na legislação que concerne aos loucos infratores, cada tópico dessa seção é iniciado com a citação de um influente autor da época. Pretensiosamente elaborados para instigar o leitor a identificar os resultados relevantes da estreita relação entre estigma e o binômio periculosidade e desvio, a apreciação denota uma divergência de interesses políticos envolvidos na execução da MS.

Para além disso, observa-se que a compreensão do conceito de periculosidade atribui ao infrator com transtornos psíquicos o rótulo de irrecuperável inibindo as possibilidades de êxito no empreendimento de sua reinserção social, constituindo-se, ainda, seu estabelecimento de custódia em um novo asilo para conformar loucos.

A atual configuração destas instituições com características penais revelam em dados as severas consequências do fortalecimento das políticas criminalizadoras. Assentada ainda no domínio médico sobre a loucura há uma desmobilização da luta antimanicomial pela descaracterização da importância da interdisciplinaridade.

Os indivíduos que constituem a população em medida de segurança possuem ainda um perfil comum à pobreza criminalizada pelo Estado Penal, indício de que estiveram à margem da proteção social não possuindo ainda acesso a qualidade de vida com tratamento que preveniria a crise que o levou ao crime.

4.1. Gestão de Riscos

Os dementes morais são infelizes com a demência no sangue, contraída no ato da concepção; nutrida no seio materno. Faltam-lhes o sentimento afetivo e senso moral; *nasceram para cultivar o mal e para cometê-lo*. Estão sempre em guerra contra a sociedade, são indivíduos que frequentemente figuram nas agitações políticas. Falando dos dois casos de dementes, os dois tipos são dotados de feliz e pronta memória, de engenho agudo, de muitas e variáveis imaginações; *todos são egoístas* e com deficiência absoluta de sentimentos afetivos. Assim como todas nossas ações são reguladas pelos sentimentos, eles *se deixam guiar unicamente pelo instinto, só se preocupam com o presente, desprezando o futuro* (LOMBROSO, 2010: 201) [grifo meu].

A providência legal a contemplar os indivíduos acometidos pela loucura ao perpetrarem crimes é permeada pelo conceito de periculosidade que, por sua vez, é fundamentado no imperativo da defesa social e da prevenção criminal. Costa (2008) elucida que a adoção da periculosidade na custódia do louco pelo Estado tem sua explicação dogmática pautada na adoção do critério biopsicológico da culpabilidade.

A medida de caráter preventivo contempla uma relação de causalidade entre o estado mental patológico e o crime, ou seja, o diagnóstico psiquiátrico colocará o indivíduo com transtornos psíquicos como representante de risco para si e para a sociedade como um todo.

Ponderemos, então, acerca da qualificação contemporânea desse ente pernicioso para a sociedade e retomaremos facilmente a apreciação positivista do “monstro ‘vomitado’ pela natureza” (FOUCAULT, 1977: 83) que deve ser neutralizado e apartado da sociedade. A categoria periculosidade na execução da MS procura encontrar indícios na psiquê do transgressor que demonstrem sua inclinação ao crime excluindo-se sua capacidade de determinar-se sobre suas escolhas (BRASIL, 1984).

O delito então insurge como sequela legítima e sintomática da personalidade insensata de seu autor corroborada por sua conduta no passado. Logo, o passado encontra-se como fonte de legitimação de um sistema que atribui ao agente de periculosidade presumida o rótulo de irrecuperável. “Construímos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social” (GOFFMAN, 1975: 15).

Cabe-nos questionar, pois, como a primazia da reinserção social prevista na política de assistência a saúde mental (BRASIL, 2001) disporá de recursos para sua efetivação estando o objeto de sua ação vinculado ao estereótipo do irreparável na legislação que o tutela sob a MS. Que faz a lei incriminadora se não atestar a ineficiência do tratamento que ela própria deverá ofertar ao celerado pela lei 10.216/01?

Segundo Mitjavila (2002), os enunciados científicos sobre risco abarcam um conjunto de crenças sociais, valores ou ideais políticos que transportam uma fala despolitizada no sentido da construção de imagens naturalizadas das condutas e das múltiplas manifestações da realidade social. No mesmo sentido, para Dornelles (2012) o argumento de prevenção criminal tem servido usualmente para justificar práticas de

intensificação e de ampliação do controle penal, quando deveria servir a uma finalidade oposta.

[...] porque o dispositivo do risco formaliza um conjunto de códigos que permitem transcrever os traços individuais, por meio de uma homogeneização que possui efeitos muito precisos: a criação de novos instrumentos de comparação e categorização sociais (MITJAVILA, 2002: 138).

Ora, se o tempo assenhoreia-se da vida e da singularidade desses indivíduos pela probabilidade de reincidência no passado e pelo período em que se encontram sujeitos a disciplina e gestão da custódia, a condicionalidade da desinternação agrava esse quadro.

Utilizemos, então, a argumentação de Baratta (2002) de que medidas jurídicas que não são estimadas pela culpabilidade do agente têm a consequência politicamente discutível de uma pena com duração tendencialmente indeterminada. Estando os parâmetros de medição de sua duração ligados às condições do sujeito tratado e não à violação do direito ou ao dano social por ele produzido, somente em relação aos efeitos atribuídos à pena (melhoria e reeducação do delinquente) poderia ser medida sua duração.

Conferindo legitimidade à tal afirmação, no que concerne a medida de segurança, os dados obtidos por Diniz (2013) em censo realizado em 2011 com a população em medida de segurança no país detectaram àquele período 606 indivíduos internados há mais tempo do que a pena máxima em abstrato para infração cometida.

Pelo menos 741 indivíduos não deveriam estar em restrição de liberdade, seja porque o laudo atesta a cessação de periculosidade, seja porque a sentença judicial determina a desinternação, porque estão internados sem processo judicial ou porque a medida de segurança está extinta. Isso significa que um em cada quatro indivíduos internados não deveria estar nos estabelecimentos de custódia. (DINIZ, 2013: 16)

Bravo (2007) realizou análise qualitativa institucional da medida de segurança na ala de tratamento psiquiátrico (ATP) de Brasília a partir do discurso encontrado nos laudos psiquiátricos. Para tanto, o autor observou cinco casos e ainda a evolução prognóstica relacionando a periculosidade dos sujeitos com a sua patologia psíquica e o tipo de crime cometido.

O autor pôde verificar uma progressão gradativa nos diagnósticos psiquiátricos acompanhados da descrição de comportamentos bizarros no cárcere onde o estado do segurado parece piorar, o que corrobora para sua extensão na instituição. Incluem-se

aqui diagnósticos de risco potencial, latente e ainda aqueles para os quais não há cessação de periculosidade em um contexto de cronificação das caracterizações que se sucedem sem uma ordem lógica aparente.

Se refletirmos acerca desses elementos, teremos subsídio para estimar que a atual configuração de nosso sistema de MS não se encontra distante da sequestração dos insanos de duração ilimitada do Antigo Regime (CASTEL, 1978). Aqui “O tempo penetra o corpo, e com ele todos os controles minuciosos do poder” (FOUCAULT, 1977: 138).

Observando, assim, o processo penal que leva o incidente criminal à inimputabilidade, Costa (2008) constata que o Código Penal precisa se submeter a uma mudança urgentemente.

[...] suprimir a liberdade de alguém por mera probabilidade de prática delitiva - da qual os estudos técnicos, por mais respeitáveis, não têm como garantir a efetiva ocorrência - importa em manter alguém preso cautelarmente, todavia por prazo indeterminado, em razão de fato futuro e absolutamente incerto, fazendo *tabula rasa* do princípio da dignidade que fundamenta a república democrática brasileira (COSTA, 2008: 122)

Os loucos infratores a quem Diniz (2013) designou “esquecidos anônimos” permanecem em confinamento por mais tempo do que a pena perdurada ao infrator comum pelo mesmo crime. Sua pesquisa detectou ainda que há pessoas internadas em regime de abandono perpétuo, persistindo uma média de atrasos de 26 meses nas perícias, o que nos faz pressupor que eles se encontram em pior situação do que aquela em que estariam caso fossem apenados “comuns”. Para a autora, a invisibilidade do louco infrator não foi rompida com o amplo regime de revisão da legislação conquistada pela Reforma Psiquiátrica dos anos 2000.

[...] é absolutamente inexplicável para o condenado, e não se coaduna com o princípio da culpa a qual, insista-se, está no centro da ciência penal, que alguém possa ser privado de sua liberdade quando não preenche todos os requisitos do crime, em especial o da imputabilidade, que compõe a culpabilidade, ou seja, a condenação se restringirá ao campo da tipicidade e da ilicitude. (COSTA, 2008: 121)

Em uma das passagens nos laudos, Bravo (2007) chega a uma conclusão inusitada: a de que ainda não existiam sistemas penitenciários que pudessem abranger casos como os daqueles indivíduos. O autor nota que esse sistema funciona afastando

do convívio social aqueles setores da população socialmente mais castigados que ousam infringir um sistema tido como formalmente igualitário e democrático.

Nesse entendimento, podemos utilizar a arguição de Mitjavila (2002) que realiza uma análise do uso do risco como dispositivo de conhecimento e de poder enquanto recurso para a arbitragem de situações. Sob tal compreensão, as decisões passam a ser tomadas, não em função do que efetivamente acontece ou acontecerá, mas da probabilidade de que algo indesejável ocorra.

A probabilidade, por sua vez, possibilita um conjunto infinito de decisões e intervenções sobre a vida dos indivíduos. Como tal, a construção do “risco” estaria investida de certo nível de invisibilidade em que se trata “de definir destinos homogêneos para indivíduos e setores de população que apresentam exposição a determinados riscos” (MITJAVILA, 2002: 141).

Conforme esclarece Dornelles (2012: 52), “a expressão mais fiel daquele pensamento positivista era a noção de periculosidade criminal”. A partir desse entendimento, Mitjavila (2002) compreende que o normal é percebido na certeza de que o futuro depende de decisões no presente, situação a partir da qual uma pessoa pode ser punida ou estigmatizada.

De tal modo, assistir-se-ia a uma estratégia geral de gestão das diferenças, das fragilidades e dos riscos que parecem caracterizar as sociedades atuais. O risco insere-se aqui simultaneamente entre as concepções de *probabilidade* e *perigo* a partir das quais estratégias preventivas passam a economizar e reorganizar as relações interpessoais nas quais se sustentava a gestão da vida social.

Sob esse entendimento, a respeito da MS, Bravo (2007) discorre que se notam traços do discurso fundante da psiquiatria e do direito penal no começo da época moderna, que era o de conter e disciplinar o subproletariado e ajustá-lo para integrar-se às relações sociais de produção que o capitalismo demandava.

Nesse sentido, em nome dos riscos, os árbitros da vida social podem justificar intervenções dirigidas a vigiar, orientar, controlar, julgar e, ainda, punir os indivíduos e os setores de população que não conseguem construir – ou que opõem resistência à construção de – “estilos de vida saudáveis ou corretos”. (MITJAVILA, 2002: 139)

A inexistência de tempo determinado ao fim da decisão penal e o caráter condicional dado à desinternação pressupõe ao louco infrator que cumpre MS em

regime de internação um status perpétuo de ente perigoso e, como tal, a um sofrimento contínuo. A partir disso, esse indivíduo será submetido a uma série de aflições que o levará à deterioração e à perda de sua identidade social.

Observa-se um contrassenso na legislação, que deve amparar o infrator como paciente judiciário, conferindo-lhe tratamento que lhe assegure estabilidade para fora da instituição, e que, contudo, o acata como perigoso por natureza, tendo um potencial latente para o crime. O interno é então descaracterizado da qualidade de paciente e reconduzido subjetivamente a uma condição inferior a do apenado amparado pelo dispositivo da inimputabilidade que, em tese, desobriga sua punição.

A configuração do status do louco em MS não é assimilável à reforma psiquiátrica estando restrita a compreensão de risco representada pela periculosidade. Isso omite as possibilidades de acesso a um tratamento digno.

4.2. A inimputabilidade infligida

Há em nós a necessidade de vingança e o temor de deixar o réu livre, em razão de sua *temibilidade*, e também não se conhecia ou imaginava outro modo de paralisar os malefícios de sua ação, a não ser com o *cárcere* e a morte. Isto porque, enfim, o sentimento de vingança e do medo, juntamente com o hábito, que é um dos maiores de nossos tiranos, modificavam completamente nosso juízo e não nos deixavam entrar em outra forma de explicação. (LOMBROSO, 2010: 194) [grifo meu]

Adentremos então à temática da edificação concebida para acolher/albergar o infrator com transtornos psíquicos e remediá-los do erro fatal da loucura que por si o tornaria perigoso. Tal ponderação se dá utilizando diagnósticos que muitas vezes são hipostasiados sobre a personalidade desses indivíduos, levando-se em consideração que se conta com pouquíssimos exames físicos capazes de facilitar diagnósticos. Conforme esclarecido, a medida de segurança constitui-se em uma providência legal que, por direito, não tem caráter punitivo.

A legislação prevê a esse agente a internação em estabelecimento dotado de características hospitalares a fim de que lhe seja conferido tratamento adequado às exigências da política de assistência a saúde mental, sendo vedada sua internação em instituições com características asilares.

Partindo dessas considerações, será realizada uma análise da instituição fechada representada pelo manicômio judiciário reconfigurado sob o hospital de custódia a partir dos estudos de dois grandes autores, Foucault e Goffman. Foucault (1977) esclarece que

a disciplina exerce um tipo de controle que por vezes exige a especificação de um local heterogêneo a todos os outros e fechado em si mesmo. Tais lugares são utilizados para satisfazer a necessidade de vigiar, de romper as comunicações perigosas e de criar um espaço útil em que o comportamento de cada indivíduo é apreciado e sancionado e os olhares devem ver sem ser vistos.

No caso dos manicômios judiciários, esclarece Goffman (2007), eles parecem situar-se entre locais estabelecidos para cuidar de pessoas incapazes de cuidar de si mesmas e que são uma ameaça à comunidade e locais para proteger a comunidade de perigos intencionais. Nessa instituição o bem estar das pessoas isoladas não constituirá o problema imediato.

A disciplina organiza, então, esse espaço de vigilâncias hierarquizadas como meio para conhecer e inspecionar os homens, constatando sua presença e sua ausência a fim dominá-lo e utilizá-lo a partir de uma arquitetura específica que permite um controle interior articulado e detalhado que torna visíveis os que nela se encontram. “De modo geral, evidentemente, o internado nunca está inteiramente sozinho; está sempre em posição em que possa ser visto e muitas vezes ouvido por alguém, ainda que apenas pelos colegas de internamento” (GOFFMAN, 2007: 32).

No mesmo sentido, poder-se-ia dizer, as instituições totais de Goffman (2007) são assinaladas por uma conjunção em que os indivíduos encontram-se separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo e têm todos os aspectos de sua vida realizados no mesmo local e sob uma mesma autoridade.

As instituições totais demarcam uma barreira entre o internado e o mundo externo que é permanente e pode continuar por vários anos. Segundo o autor, essa cisão assinala a primeira mutilação do seu eu que será sistematicamente mortificado. O desenvolvimento dessa estrutura seria “[...] um operador para a transformação dos indivíduos: agir sobre aquele que abriga, dar domínio sobre seu comportamento, reconduzir até eles os efeitos do poder, oferecê-los a um conhecimento, *modificá-los*” (FOUCAULT, 1977: 154) [grifo meu].

As disciplinas, organizando as “celas”, os “lugares” e as “fileiras” criam espaços complexos: ao mesmo tempo arquiteturais, funcionais e hierárquicos. São espaços que realizam a fixação e permitem a circulação; recortam segmentos individuais e estabelecem ligações operatórias; marcam lugares e indicam valores; garantem a obediência dos indivíduos,

mas também uma melhor economia do tempo e dos gestos.
(FOUCAULT, 1977: 135)

Segundo Goffman (2007), tal estrutura se constituirá em estufas para transformar as pessoas a partir de um híbrido social que será em parte comunidade residencial, e em parte organização formal. Nesse contexto, enquanto os internos têm contato restrito com o mundo externo, o grupo dirigente muitas vezes estará integrado ao mundo externo, tendo como principal atribuição a vigilância e não a orientação ou inspeção periódica.

Semelhante pensamento expressa claramente a atribuição das instituições que têm por função custodiar os loucos infratores que lá devem residir isolado das relações sociais e recebendo tratamento que o fará reintegrar-se à sociedade.

A partir da compreensão dessa relação, de acordo com o autor, o internado não pode fugir facilmente da pressão de julgamentos oficiais e da rede envolvente de coerção, não podendo impedir que os visitantes os vejam em circunstâncias humilhantes. Para ele, “[...] o sentido completo de estar ‘dentro’ não existe independentemente do sentido específico que para ele tem ‘sair’ ou ‘ir para fora’” (GOFFMAN, 2007: 23).

Os princípios das instituições disciplinares descritos por Foucault (1977) se coadunam com a caracterização de Goffman (2007) das instituições totais. Ambas as descrições parecem abrigar/incorporar o asilo e o cárcere onde “pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes” (FOUCAULT, 1977: 132).

A partir dessa compreensão, analisa-se a configuração do híbrido institucional que representa a sobreposição do manicômio e da prisão, local sobre o qual a burguesia construiu uma barreira ideológica em torno dos que lá residem, que diz respeito a uma sub-humanidade (FOUCAULT, 2011).

Atualmente, a maioria das MS em regime de internação são executadas em instituições com características asilares, onde os segurados encontram-se abandonados em celas superlotadas, sem estrutura física, sem laudo, sem condições ínfimas de atenção à sua saúde mental, conforme esboçado a seguir.

Segundo *Habeas Corpus* de 2011 dos ministros da Quinta Turma do STJ de São Paulo (nº 207.019 - SP) – a respeito medida de segurança de internação – configura-se constrangimento ilegal a submissão do réu ao cumprimento de pena em presídio comum por mais de um ano, em razão da falta de Hospital de Custódia e Tratamento

Psiquiátrico (HCTP) ou outro estabelecimento adequado. De acordo com o documento, a insuficiência de recursos do Estado e a gravidade do delito praticado não servem como fundamentação idônea a ensejar a manutenção do paciente em regime prisional comum, quando lhe foi imposta medida de segurança.

Entretanto, a ATP locada no presídio feminino do Distrito Federal abriga a população masculina em MS enquanto as mulheres em MS encontram-se alocadas junto às apenadas da instituição (DALLPOSSO, 2013).

A LEP prevê ao apenado, aplicando-se ainda àquele que se encontra em HCTP, o alojamento em cela individual atendendo aos requisitos básicos da unidade celular de salubridade e uma área mínima de seis metros quadrados. Em Brasília, contudo, o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) ajuizou ação em 2012 pedindo interdição da ATP, não sendo assim autorizada a entrada de novos internos devido à superlotação das celas, dentre outros fatores.

Na ação, o MPDFT argumenta que a ATP é uma ala prisional, atualmente com nove celas, todas superlotadas e sem nenhuma característica de instituição hospitalar estruturada para oferecer tratamento aos internos submetidos à medida de internação. A estrutura física não é adequada para a realização de atividades terapêuticas nem para os demais serviços de que os internos necessitam. Além disso, não existe enfermaria para repouso ou para atendimentos emergenciais e sequer há plantão da equipe de saúde durante o período noturno e nos finais de semana. (MPDFT, 2012)

Este não parece ser um caso particular. O que se observa em dados é o fracasso veemente das pretensões de oferta de um tratamento digno ao louco infrator, consequência da efusiva atuação do Estado Penal repercutida e ecoada em péssimas condições àquele que encontra sua liberdade cerceada no cárcere.

A inspeção realizada no HCTP de Belém em 2012 constatou que mais da metade dos 210 pacientes eram provisórios e ainda não tinham concluído o laudo de insanidade mental. Dentre aqueles que tiveram a insanidade comprovada (88), pacientes definitivos, 35 ainda aguardam a conclusão do laudo que visa verificar se sua periculosidade foi cessada. Tal demora é atribuída ao fato de haver apenas dois peritos para atuar em todo o estado. (VASCONCELLOS, 2012)

“A escassez de peritos no estado do Pará tem atrasado tanto o início da perícia quanto a elaboração dos laudos de insanidade e de cessação da periculosidade. Por conta disso, muitas pessoas permanecem internadas

no Hospital de Custódia sem necessidade”, afirmou o juiz Luciano Losekann. (VASCONCELLOS, 2012)

Ainda nesse entendimento, em vistoria realizada em 2013 no HCTP de Porto Alegre, o Instituto Psiquiátrico Forense (IPF), um mutirão carcerário que o TJ/RS realiza sob supervisão do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) encontrou problemas de higiene, pessoas dormindo no chão e convivendo com a sujeira. Sob a alegação de insalubridade e abandono, a Defensoria Pública gaúcha acionou o estado por manter na instituição, em condições precárias de higiene, 56 pessoas que já haviam cumprido suas respectivas medidas de segurança.

Após visita técnica realizada no HCTP de Manaus em 2013, fora constatado que o ambiente não possuía sequer estrutura física para abrigar os internos em MS. Segundo o conselheiro do CNJ, o local apresenta desde o desabamento de parte do teto até infiltrações. Para além disso, o mutirão carcerário realizado na instituição verificou ainda a presença de uma mulher no meio dos internos à época. Sob tal conjuntura, o conselheiro recomendou a desativação HCTP de Manaus. (TJAM, 2013)

Conforme texto publicado pela Defensoria Pública da Bahia (2013), em virtude de duas rebeliões ocorridas no HCTP de Salvador, nas quais os internos reivindicaram melhores condições na infraestrutura da instituição que os acolhe – mais de 140 pacientes encontravam-se alojados em duas alas com capacidade para 40 –, as instalações já degradadas pioraram após as mobilizações, com várias alas, além do almoxarifado, de gabinetes médicos e outras salas destruídos pelo fogo. (DPBA, 2013)

Segundo a redação, a instituição também apresentara insuficiência do número de agentes penitenciários, inexistência de projeto terapêutico adequado às necessidades dos internos, pacientes com problemas distintos, mas convivendo na mesma ala e quadro de profissionais multidisciplinares submetidos à tensão permanente gerada pela ausência de condições adequadas ao desempenho de suas funções. Assim, a instituição teve sua interdição decretada proibindo-se a admissão de novos pacientes e periciandos e determinando sua transferência emergencial para estabelecimentos de saúde da rede pública estadual ou outros voltados ao atendimento de pessoas com transtornos mentais.

A Defensoria apontou ainda que 12 dos internos já possuíam a declaração de extinção da medida de segurança, contudo permaneciam na instituição por encontrarem-se em situação de abandono familiar. Tal desfecho coincide com as reflexões de Goffman (2007) a respeito da incompatibilidade entre a instituição total e a família.

Segundo o autor, a formação de vínculos familiares dá uma garantia estrutural de que tais instituições também serão submetidas a censura. Utiliza-se então dessa compreensão a partir da concepção de vínculo, não necessariamente familiar, para pensar a ruptura que esse indivíduo sofrerá em relação à sua identidade social, tendo todas as suas relações com o mundo externo mutiladas.

O Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (SPT) das Nações Unidas, em relatório sobre sua visita ao Brasil, recomendou que todos os institutos forenses deixassem de ser subordinados e se tornassem independentes das Secretarias de Segurança Pública (ONU, 2012).

Observando os resultados aqui expostos, é possível conceber que a reinserção social para indivíduos em isolamento requer um empenho árduo em conceber um plano estratégico. Apreende-se tal conclusão tendo em vista que dificilmente será possível reintegrar um indivíduo à sociedade a partir de um tratamento que o segrega. Assim, o tratamento oferecido ao louco infrator deveria ser subordinado a saúde pública que, contemplando a dimensão de reforma psiquiátrica, compreende a loucura como um episódio e sua terapêutica não pode consistir em isolamento.

O relatório constatou a falta de recursos financeiros, materiais e humanos bem como a assistência médica irregular e, em sua maioria, ocorrida com grandes atrasos devida principalmente à ausência de médicos à noite ou nos fins de semana. O subcomitê recomendou, então, que a assistência médica seja prestada em horário integral nas instituições.

O documento encaminhado à Casa Civil e à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República trazia a conclusão de que os estabelecimentos prisionais facilmente podem se tornar coniventes com atos de tortura disseminada que se evidencia pelo fracasso generalizado em tratar os criminosos com justiça.

Não há como fugir ao caráter total e disciplinar das instituições criadas para abrigar indivíduos que cometem infrações e ao tempo da ação eram considerados incapazes de determinar-se sobre elas, enquadrando-se na medida de segurança.

Podemos então considerar a existência de um lapso/lacuna na legislação penal que trata dos loucos infratores, sendo esta inconciliável com a instituição que ela assenta.

Há que se observar que esse é um problema de ordem estrutural consignado com

a legislação que coloca o tratamento psíquico como finalidade da internação e, no entanto, permite que ela ocorra em um local com características prisionais mostrando a estrutura inercial do modelo penal-psiquiátrico do asilamento (Diniz, 2013). Cabe a execução de uma ampla revisão da atual legislação que abarca os indivíduos em medida de segurança a partir de uma construção coletiva e multiprofissional demarcada pelo ponto de vista da saúde e não da segurança pública.

4.3. A razão que habito

Finalmente, as loucuras simuladas não alcançariam seu objeto, quando os que fossem declarados loucos não permanecem impunes, mas que fossem julgados e condenados em alguns casos a uma reclusão indefinida, pois não podemos esquecer que estas simulações são muito mais comuns do que se acreditava. (GARÓFALLO, 1912: 326)

A medicina mental consolidou-se através do papel desempenhado pelos psiquiatras como analistas privilegiados do intelecto humano. Reconhecendo uma competência médica no papel de perito, ele se transformou numa personagem central de uma problemática indissociavelmente médica e social (CASTEL, 1978).

A partir dessa compreensão, a psiquiatria passou a controlar o pólo do perigo suscitado pelo louco que não poderia assumir a responsabilidade de seus atos a fim de atestar sua real incapacidade de determinar-se sobre o ilícito dado. No que diz respeito a MS, o exame pericial para verificar a cessação da periculosidade deve ser realizado por dois médicos designados pelo diretor do estabelecimento.

Poder-se-ia então alegar que esse profissional se insere na definição de árbitro social de Mitjavilla (2002) a partir do momento em lhe é atribuída a responsabilidade por emitir juízos sobre a subjetividade de individualidades que terão consequências diretas sobre a vida do avaliado, inclusive sobre sua liberdade.

O objeto de sua ação será então submetido a uma relação de poder que Foucault (1977) reconhece como docilidade, através da qual o corpo é compreendido como algo analisável e manipulável. Através dela será desenvolvido um controle minucioso das operações do corpo onde ele se encontrará submisso a uma anatomia política do detalhe, cada gesto, cada fala, cada pensamento, passa a ser meticulosamente esquadrihado a fim de apreender sua subjetividade e, nela, um potencial delitivo. Aqui encontra-se o retrato da função de vigilância e inspeção constante na qual o examinado é somente “objeto de uma informação” (FOUCAULT, 1977: 177).

[...] (De forma semelhante, quando o internado deixa de ter controle quanto a quem o observa em sua desgraça, ou conhece seu passado, está sendo contaminado por uma relação obrigatória com essas pessoas – pois é através de tais percepções e conhecimento que se exprimem as relações.) (GOFFMAN, 2007: 35).

Para tanto, a perícia pode-se utilizar das informações constantes nos arquivos do indivíduo investigado que contemplam seu histórico institucional podendo apresentar dados de seu comportamento que atestem seu diagnóstico. Segundo Guerra (2011), os critérios clínicos utilizados na perícia não são padronizados e são pesquisados essencialmente no exame psiquiátrico do avaliado, oriundos tanto da história do paciente como do exame de seu estado mental.

O esforço de um doente mental para apresentar-se de maneira bem orientada e não antagonista durante um diagnóstico, ou uma conferência de tratamento pode ser diretamente perturbado por provas referentes à sua apatia durante a recreação ou aos comentários amargos que fez numa carta a um irmão. (GOFFMAN, 2007: 41)

O exame pericial a que o segurado será submetido a fim de atestar sua condição patológica ou a cessação de sua periculosidade atende a redação dada pelo Código de Processo Penal. Contudo, não há um instrumento técnico padrão próprio para realizar essa avaliação.

Assim, diferentes abordagens tem sido utilizadas sob critérios clínicos que dependem da valoração de cada psiquiatra sobre a personalidade do segurado obedecendo a um código médico dos sintomas. Contudo, no caso do transtorno mental, a sintomatologia pode e provavelmente será usada a revelia considerando-se que todos os comportamentos podem ser reconhecidos como indício de periculosidade.

A respeito do exame enquanto instrumento de um poder disciplinar, Foucault (1977) discorre que ele realiza as grandes funções de repartição e classificação e de extração máxima das forças e do tempo combinando vigilância hierárquica e sanção normalizadora.

O exame combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados. É por isso que, *em todos os dispositivos de disciplina, o exame é altamente ritualizado*. Nele vêm-se reunir a cerimônia do poder e a forma da

experiência, a demonstração da força e o *estabelecimento da verdade*. (FOUCAULT, 1977: 165) [grifo meu]

Poder-se-ia dizer então que a realização do exame forense conduzido sobre a personalidade do louco infrator contempla uma tecnologia da verdade que busca apreender a veracidade de sua personalidade e sua conduta futura. Depreende-se disso o potencial fingido ou dissimulado atribuído a esse sujeito.

De acordo com Foucault (2011), essa sequência tão importante na prática médico-judiciária moderna oscila entre um antigo ritual da verdade/prova prescrito ao acontecimento que se produz, e uma epistemologia da verdade/constatação prescrita ao estabelecimento dos sinais e dos testes.

Sob esse entendimento, Mitjavila (2002) discorre que a medicina se desenvolveu durante muito tempo mais próxima da administração dos perigos que dos riscos. Segundo a autora, a compreensão de risco abarca o meio social em que o indivíduo se encontra inserido para a avaliação de risco potencial. A partir de sua atribuição de diagnosticar (e prever) o futuro de situações concretas, únicas, assim como intervir sobre elas, encontram-se sob sua responsabilidade decisões jurídicas sobre a vida desses sujeitos.

[...] desde que as penas e as medidas de segurança definidas pelo tribunal não são determinadas de uma maneira absoluta, a partir do momento em que elas podem ser modificadas no caminho, a partir do momento em que se deixa a pessoas que não são os juizes da infração o cuidado de decidir se o condenado merece ser posto em semiliberdade ou em liberdade condicional, se eles podem pôr um termo à sua tutela penal, são sem dúvida mecanismos de punição legal que lhes são colocados entre as mãos e deixados à sua apreciação (FOUCAULT, 1977: 24)

Dornelles (2012) admite, contudo, que grande parte dos forenses reconhece que, ao fazer uma associação obrigatória entre doença mental e ato criminoso, a periculosidade foge às reais possibilidades da psiquiatria constatando-se a impossibilidade de uma resposta definitiva ao exame quando o profissional tem condições de examinar apenas a probabilidade de o indivíduo voltar ou não a cometer algum delito.

O periciando é então submetido à valoração pessoal e ao discurso do perito psiquiatra que “de acordo com Foucault, adquire poder na medida em que opera três funções fundamentais: dobrar o delito com a criminalidade; dobrar o autor do crime

com o delinquente; e constituir um médico-juiz” (FOUCAULT *apud* DORNELLES, 2012: 104).

Ora, tanto se o risco é definido como perigo quanto se é definido como probabilidade, o indivíduo converte-se num alvo privilegiado das novas tecnologias de gestão da vida social. Por um lado, e da mesma forma que outras classes de *exame*, o dispositivo do risco permite manter a individualidade no interior de um campo documental, agora mediante uma renovação dos mecanismos de conhecimento e de poder, caracterizados pela tecnificação e universalização de seus instrumentos. (MITJAVILA, 2002: 138)

Atribuindo validade a essa apreciação, Bravo (2007), em pesquisa realizada na ATP-DF, observou que os diagnósticos de cinco internos mudavam de um laudo para outro sem um motivo aparente ou uma associação definida com outros indicadores. Certos laudos consideravam ainda a desinternação condicionada a indicação terapêutica do acompanhamento médico, apoio familiar e religioso.

Avaliando tal consideração poder-se-ia analisar o fortalecimento de uma periculosidade inerente ao diagnóstico psiquiátrico e ainda permeado por uma subjetividade mística de personificação do mal. Encontra-se aqui “um discurso supostamente técnico e neutro de caráter terapêutico-diagnóstico e associados a um discurso jurídico que cede o seu lugar de sanção e convalida o funcionamento dessa prática” (BRAVO, 2007: 40).

O resultado de que depende essa consideração nos faz questionar, por que a perícia é aferida unicamente sob o posicionamento da categoria médica. O discurso psiquiátrico prevalece de tal modo sobre o jurídico que lhe é incumbido sancionar e julgar a imputabilidade de sujeitos que dele deveriam receber tratamento.

4.4. Os “esquecidos anônimos” (DINIZ, 2013)

A eliminação é o meio racional de reação contra o crime porque este indica ou significa falta de adaptação, essa ideia de falta de adaptação apenas pode referir-se ao futuro, porque se o indivíduo que se supunha inassimilável demonstra sua aptidão para a vida social, a remoção não tem razão de ser (GARÓFALO, 1912: 287).

Goffman (1975) elenca a categoria estigma para se referir à situação do indivíduo que não se encontra habilitado para a aceitação social plena devido a uma complexa relação construída socialmente entre expectativas e exigências. A partir da relação estabelecida entre os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos

considerados como comuns e naturais para os membros dessas categorias, são criadas expectativas normativas sobre um potencial.

O autor elucida que o estigma advém de uma discrepância entre os atributos que o indivíduo prova possuir e as expectativas normativas colocadas a ele. Assim é estabelecida uma relação tendencialmente depreciativa entre atributo e estereótipo que reduz o indivíduo a uma espécie menos desejável, onde a vergonha se torna uma possibilidade central, que surge quando o indivíduo percebe que um de seus atributos é impuro e pode imaginar-se como um não-portador dele.

De tal modo, um estigma atribuído a um sujeito compreende uma dimensão social na qual ele se torna passível de punição por sua característica que o difere da normatividade.

A manipulação do estigma é uma ramificação de algo básico na sociedade, ou seja, a “estereotipia” ou o “perfil” de nossas expectativas normativas em relação à conduta e ao caráter; a estereotipia está classicamente reservada para [...] pessoas que caem em categorias muito amplas e que podem ser estranhas para nós. (GOFFMAN, 1975: 61)

Como consequência dessa construção, a negligência na atenção ao louco infrator se dará no âmbito da proteção a seus direitos formalmente garantidos pela LEP. O censo realizado por Diniz (2013) constatou que pelo menos 25% dos indivíduos em MS não deveriam estar internados por cumprirem medida de segurança com a periculosidade cessada, por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial, ou ainda por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva.

A ausência de informação apontada em alguns laudos registra que somente em 79% (2.231) das MS sem conversão de pena o período mínimo determinado na sentença estava expresso e em 71% (83) das 117 medidas de segurança por conversão de pena (Diniz, 2013, p. 55). Tal aspecto vai contra a determinação legal da LEP, que prevê um prazo mínimo à expedição da ordem de internação.

Para as pessoas em MS no Brasil, 41% (1.153) estavam em atraso com a realização anual do exame de cessação de periculosidade constituindo-se a média de atrasos no Brasil em 32 meses. Entre as 117 pessoas internadas em medida de segurança por conversão de pena, 60% (70) estavam em dia e 35% (41) estavam em atraso com a realização do exame de cessação de periculosidade (Diniz, 2013). Dos 2.839 indivíduos

em MS do país àquele período, 0,3% (9) cumpria o regime há mais de trinta anos, enquanto o tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a 30 (trinta) anos (Brasil, 1984). O que se observa é a aflição de um sofrimento superior imputado ao infrator em MS frente ao apenado comum possivelmente relacionada a um *continuum* penal em que a lei incriminadora se fortalece.

[...] A baixa posição dos internados, quando comparada à que tinham no mundo externo, e estabelecida inicialmente através do processo de despojamento, cria um meio de fracasso pessoal em que a desgraça pessoal se faz sentir constantemente (GOFFMAN, 2007: 63).

Os estudos recentes que contemplam a descrição dos segurados em MS (Bravo, 2007; Diniz, 2013; Garbayo e Argôlo, 2007;) no cárcere têm apurado um mesmo perfil constituído por uma população majoritariamente masculina, negra, na faixa etária entre 30 e 39 anos de idade, solteiros, com baixa escolaridade e inserção laborativa e em profissões que exigem pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional. As informações referem-se a investigações realizadas em diferentes instituições de custódia e conferiram que indivíduos com diferentes diagnósticos cometem as mesmas infrações.

Desvelemos, portanto, o que há por trás desses dados. São sabidamente reconhecidos os resquícios históricos de uma escravização que carrega reminiscências tardias raciais para inserção na educação, mercado de trabalho e instrução profissional. Infere-se, por consequência, que antes dessa população inserir-se na MS ela já se encontra à margem das oportunidades que lhe proporcionariam uma melhor atenção sua saúde mental tornando-se “indivíduos cujo direito a estar no mundo vem sendo cotidianamente violado” (Diniz, 2013, p. 17).

Se considerarmos a reflexão inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) de que a saúde é socialmente determinada, contemplaremos as dificuldades impostas a esse indivíduo na atenção a sua saúde mental. Devido a tal condição, possivelmente essa maioria em MS não teve acesso a tratamento anteriormente e por isso chegaram ao momento de crise que culminou no ato criminoso.

No mesmo sentido, Bravo (2007) esclarece que a cronificação dos segurados da ATP de Brasília é considerada nos laudos como derivada exclusivamente da condição patológica íntima dos sujeitos, e não da falta de tratamento adequado e das péssimas condições institucionais em geral.

Que poderemos analisar, se não que essas categorias constituirão um sistema em que se autodeterminarão? A pobreza determinará a falta de acesso a tratamento e, por conseguinte, as crises?

[...] os mecanismos psiquiátrico-legais que se articulam através de laudos e práticas de reclusão o doente mental infrator se enquadram num tipo de reprodução imaginária, que funciona reproduzindo a suposta associação entre loucura, pobreza e periculosidade (BRAVO, 2007: 40).

Nesse sentido, Baratta (2002) esclarece que os fenômenos, historicamente condicionados do desvio e do controle penal deste, não são interpretados, no seu real conteúdo, à luz de determinadas relações sócio-econômicas em que se inscrevem. Esses indivíduos então se inserem num grupo cuja precariedade da vida é acentuada pela loucura e pela pobreza (DINIZ, 2013).

As pesquisas mencionadas anteriormente revelam a prevalência nas infrações penais de crimes contra o patrimônio seguidos de crimes contra a vida que majoritariamente ocorrem no ambiente familiar. Partindo de tal consideração, podemos indagar qual será o vínculo que esses indivíduos terão com o mundo exterior se as principais infrações por ele cometidas são contra uma pessoa de sua rede familiar ou doméstica. E como tal, qual será de fato sua possibilidade de ressocialização.

Sob tal perspectiva, a instituição conservará sobre esse indivíduo uma influência descredenciadora durante algum tempo após sua saída fortalecida (GOFFMAN, 1975).

No Brasil, 76% (3.038) das pessoas internadas em medida de segurança ou em medida de segurança por conversão de pena e da população temporária estavam na primeira internação. Da população em medida de segurança, 74% (2.088) estavam na primeira internação, 18% (520) estavam na segunda internação e 7% (192) tinham três ou mais internações. (DINIZ, 2013: 47)

Consoante a proposição de Goffman (1975), o problema advindo dessa discriminação ao estigmatizado reduz suas chances de vida. No caso dos infratores em MS, ao saírem da instituição, essa condição pode ser asseverada ainda pela mácula do duplo-estigma, ser louco e desviante. Sua admissão em uma instituição de custódia durante o prologado contato íntimo com aqueles que irão transformar-se em seus companheiros de infortúnio pode fazê-lo considerar a sua aceitação involuntária pelos indivíduos que têm preconceitos contra o tipo de pessoa que ele pode revelar ser.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perscrutando os caminhos percorridos pela inimputabilidade na implementação da medida de segurança a partir dos dados expostos, verifica-se que os sujeitos por ela contemplados estão subordinados a um regime mais severo e cruel do que aquele a que o apenado comum está inserido considerando-se que a deliberação não tem caráter punitivo ou retributivo.

A doutrina de repressão no Brasil tem como finalidade atender o imperativo da defesa social e da prevenção criminal e historicamente se consolidou a partir de uma relação intrínseca com o mundo do trabalho. Incidindo, como tal, principalmente sobre a parcela da população que se encontra à margem das relações de trabalho, essa inclinação onera então uma miséria criminosa – no cárcere se encontrarão cerceados os direitos daqueles que majoritariamente estão em situação de pobreza.

Nesse ínterim, estabeleceu-se um revigoreamento da política criminal com tendências a degradação das condições do cárcere e como consequência, a medida de segurança encontra-se então subordinada à custódia em uma instituição que não oferece condição alguma a ressocialização, quer pelos níveis de lotação nas celas, pela ausência de tratamento, ou pelo próprio isolamento.

Analisando os dados fornecidos pelas pesquisas e ainda por órgãos da justiça, a instituição que os custodia não possui estrutura mínima para oferecer condições a sua terapêutica, sem estrutura hospitalar, sem atendimento noturno ou aos finais de semana, as celas encontram-se superlotadas em oposição ao previsto em lei e em condições de insalubridade em alguns dos HCTPs. Para além disso, são inúmeros os casos de internos cumprindo a medida com periculosidade cessada, com exame de cessação em atraso, e ainda sem tempo mínimo determinado para o fim da internação.

Esses sujeitos se deparam com um lapso institucional que colocará a cessação de periculosidade como condição à extinção de sua custódia e, no entanto, utiliza uma classificação que subjetivamente o estereotipa como irreparável, assim, a providência legal terá duração tendencialmente indeterminada. O conceito de periculosidade introduz o retorno a perspectiva positivista de explicação ao crime compreendendo seu autor como ente permanentemente perigoso. O discurso do risco social é imbuído da construção de exigências dentro de uma dada normatividade, ao se fugir a essas expectativas o estigma é naturalizado.

Tal consideração impõe um limite a execução da medida de segurança de acordo com a estratégia de atenção à saúde mental presente no disposto legislação da Reforma Psiquiátrica, o interno é descaracterizado da qualidade de paciente e submetido a uma repressão mais aflitiva que a pena.

Partindo dessas observações é possível então refletir que há para o louco infrator uma punição superior à colocada ao infrator comum apenado, visto que além da não observância do adequado tratamento ao transtorno, responsável por sua reinserção social, permanecem em confinamento por mais tempo do que a pena perdurada ao infrator comum pelo mesmo crime.

Nesse sentido, os loucos infratores constituem uma categoria da população que se encontra abastada da ojeriza social por incorporar dois estigmas que histórica e socialmente determinaram o cerceamento da liberdade, criminosos e loucos. Essa desconfiguração do louco infrator enquanto sujeito social de direitos inibe as garantias previstas em lei a todos os cidadãos, os desprovê de cidadania e de tratamento equânime perante a sociedade.

Esses indivíduos encontram-se enquanto elementos fundamentais da vulnerabilidade social, considerando que qualquer sujeito é passível de se encontrar em sofrimento psíquico, concebendo a dignidade humana como imanente à emancipação e autonomia do indivíduo, espera-se que a divulgação deste estudo provoque inquietudes éticas e desperte o interesse público a fim de conquistar ações hábeis a transformar essa realidade.

Considerando-se o projeto ético político do Serviço Social, encontra-se aqui um universo de contradições a ser combatido no âmbito das políticas sociais, instrumento privilegiado de sua intervenção. Desvelando-se a relação da atenção a loucura bem como do cárcere com os projetos societários, observa-se a pertinência da atuação dos assistentes sociais.

A inimizabilidade perde valia, enquanto instrumento jurídico que exime de pena aquele acometido por transtorno mental ao cometer delito, ao não conferir tratamento adequado à saúde mental do louco infrator em medida de segurança e ainda submetê-lo a um regime repressivo superior ao do apenado.

Observado que à socialização é necessário transcender a ética individual, faz-se premente a inserção real e política da discussão dos sujeitos acometidos de transtorno

mental – que representam demandas subjetivas refletidas na vulnerabilidade social – nos espaços de defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses e direitos sociais e individuais afinal de contas “A loucura não é um delito” (Castel, 1978: 49).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AMARANTE, Paulo: *A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial*. In: Saúde Mental, Cidadania e Sistemas Locais de Saúde. Ed. Hucitec e Cooperação Italiana em Saúde, 1992: 103-119.

ARGUELLO, Katie. *Do Estado social ao Estado penal: invertendo o discurso da ordem*. Artigo produzido originalmente para a conferência “Do estado social ao estado penal”, proferida no “1º Congresso Paranaense de Criminologia”, novembro de 2005, em Londrina.

BARATTA, A. *Criminologia crítica e crítica do direito penal: introdução à sociologia do direito penal*. 3. ed. Trad. Juarez Cirino dos Santos. Rio de Janeiro: Editora Revan: Instituto Carioca de Criminologia, 2002.

BRANDÃO, A. C. S. *Falência do sistema carcerário brasileiro*. 2012. 54 f. Monografia (Bacharel em Direito) Faculdade de Direito, Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares. 2012.

BRASIL. Lei de 16 de dezembro de 1830. *Manda executar o Código Criminal*.

_____. Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890. *Promulga o Código Penal da República*.

_____. Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. *Reorganiza a Assistência a Alienados*.

_____. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. *Código Penal*.

_____. Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. *Dispõe sobre o Código de Processo Penal*.

_____. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. *Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e dá outras providências*.

_____. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. *Institui a Lei de Execução Penal*.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 200

_____. *Saúde Mental em Dados*. Ano V, n. 7. Brasília: Ministério da Saúde: 2010

_____. _____. Ano VI, n. 8. Brasília: Ministério da Saúde: 2011.

_____. _____. Ano VII, n. 9. Brasília: Ministério da Saúde: 2012.

BRAVO, O. A. “*As Prisões da Loucura, a Loucura das Prisões*”. *Psicologia & Sociedade*; 19 (2): 34-41, 2007

CARRARA, S. L. *A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil*. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2010; 20(1): 16-29

_____. *Crime e loucura: o aparecimento do Manicômio Judiciário na passagem do século*. – Rio de Janeiro: EdUERJ ; São Paulo : EdUSP. Saúde & Sociedade, 1998.

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

CELLARD, A. *A análise documental*. In: *A pesquisa qualitativa, enfoques epistemológicos e metodológicos*. Ed. Vozes. Petrópolis, 2008.

CNJ. *Novo Diagnóstico de Pessoas Presas no Brasil*. Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF), Brasília, 2014.

COSTA, C. A. R. *A Superveniência de Doença Mental no Condenado pela Prática de Crime, uma necessária e urgente mudança a que deve se submeter o Código Penal*. *Revista da EMERJ*, v. 11, nº 44, 2008, 118-123.

DINIZ, D. *A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil - Censo 2011*. Brasília, 2013.

DORNELLES, R. P. “*O círculo alienista*”: *reflexões sobre o controle penal da loucura*. 2012. 223 f. Dissertação (Mestrado em Direito). Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília. 2012.

DPBA. *Defensoria e Ministério Público conseguem interdição do HCT*. 03/05/2013. Disponível em:

<http://www.defensoria.ba.gov.br/portal/index.php?site=1&modulo=eva_conteudo&cod=8858> Acesso em 03 de março de 2015.

D'URSO, L. F. B. *A privatização dos presídios*. Palestra proferida no Seminário Temas de Direito e Processo Penal, promovida pela Ordem dos Advogados do Brasil – Secção de São Paulo, em 12 de junho de 1996.

FOUCAULT, M. *A microfísica do poder*. 18. ed. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2003 (1979)

_____. *Vigiar e Punir História da Violência nas Prisões*. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 1977.

_____. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GARÓFALLO, R. *La Criminología, estudio sobre la naturaliza del crimen y teoría de la penalidad*. Pedro Borrajo. Madrid, Calle de La Paz: Daniel Jorro, 1912.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo, Atlas, 2010

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2007.

_____. *Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

KUEHNE, M. *Privatização dos presídios*. In: Mesa Redonda 1. R. CEJ, Brasília, n. 15, p. 12-29, set/dez. 2001

LOMBROSO, C. *O homem delinquente*. In: Coleção fundamentos de direito. Trad. Sebastião José Roque. São Paulo: Ícone, 2007 (Reimpressão 2010).

MADEIRA, L. M. *Trajetórias de homens infames: políticas públicas penais e programas de apoio a egressos do sistema penitenciário no Brasil*. 2008. 358 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2008.

MASIERO, A. L. *A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros*. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, vol. 10(2): 549-72, maio-ago. 2003.

MITJAVILA, M. *O risco como recurso para a arbitragem social*. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 14(2): 129-145, outubro de 2002.

MJ. *Números recentes das prisões*. Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias, InfoPen, 2014.

MONTENEGRO, M. C. *Defensoria Pública promete acionar RS por insalubridade de hospital de custódia*. Agência CNJ de Notícias. 11/06/2013. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/25054-defensoria-publica-promete-acionar-rs-por-insalubridade-de-hospital-de-custodia>> Acesso em 03 de março de 2015.

MPDFT. *MPDFT pede interdição da Ala de Tratamento Psiquiátrico*. 04/06/2012. Disponível em: <<http://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/comunicacao-menu/noticias/noticias-2012/4891-mpdft-pede-interdicao-da-ala-de-tratamento-psiquiatrico>> Acesso em 18 de setembro de 2014.

NEDER, G. *Discurso jurídico e ordem burguesa no Brasil*. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris Editor, 1995.

ONU. *Relatório sobre a visita ao Brasil do Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes*, 2012.

PERES, M. F. T.; NERY FILHO, A. *A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança*. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2):335-55, maio-ago. 2002.

PITTA, P. *Após interdição de Hospital de Custódia, Seap faz alerta*. 04/05/2013. Disponível em: <<http://atarde.uol.com.br/bahia/salvador/materias/1501377-apos-interdicao-de-hospital-de-custodia-seap-faz-alerta>> Acesso em 03 de março de 2015.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. *Habeas Corpus* Nº 207.019 – SP. 2011

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. *Habeas Corpus* Nº 208.336-SP. 2012.

SUS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

TJAM. *Conselheiro recomendará desativação do Hospital de Custódia de Manaus*. Agência CNJ de Notícias com informações do TJAM. 18/09/2013. Disponível em: <<http://tj-am.jusbrasil.com.br/noticias/100686313/conselheiro-do-cnj-recomenda-desativacao-do-hospital-de-custodia-de-manaus>> Acesso em 03 de março de 2015.

VASCONCELLOS, J. *Falta de peritos prejudica trabalho no Hospital de Custódia em Belém*. Agência CNJ de Notícias. 25/10/2012. Disponível em:

<<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/21806:falta-de-peritos-prejudica-trabalho-no-hospital-de-custodia-em-belem>> Acesso em 03 de março de 2015.

VERONESE, J. R. P. *O sistema prisional: seus conflitos e paradoxos.* _Novos Estudos Jurídicos, [S.l.], v. 3, n. 5, p. 31-44, ago. 2009.

WACQUANT, L. *O lugar da prisão na nova administração da pobreza.* In: Dossiê Segurança Pública. Trad. Paula Miraglia e Hélio de Mello Filho. Novos Estudos, CEBRAP n°80, São Paulo, p. 9-19, março 2008.

WACQUANT, L. *As prisões da miséria.* Coletivo Sabotagem. 1999 (digitalizado em 2004).