

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Izabela Amaral Caixeta

**Entre a criminalização da Loucura e a psiquiatrização do Crime:
As trajetórias da Medida de Segurança no Distrito Federal**

Monografia submetida ao curso de Ciências Sociais,
habilitação Sociologia da Universidade de Brasília para
a obtenção do grau de Bacharel em Sociologia.
Orientadora: Profa. Dra. Maria Stela Grossi Porto

Brasília

2012

Izabela Amaral Caixeta

TÍTULO:

Entre a criminalização da Loucura e a psiquiatrização do Crime: As trajetórias da
Medida de Segurança no Distrito Federal

Esta monografia foi submetida para obtenção do Título de Bacharel em Ciências
Sociais, habilitação Sociologia, e aprovada em sua forma final.

Brasília, novembro de 2012.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Stela Grossi Porto
Orientadora
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Cristina Zackseski
Universidade de Brasília

“Mas eu não quero me encontrar com gente louca”, observou Alice.

“Você não pode evitar isso”, replicou o Gato.

“Todos nós aqui somos loucos. Eu sou louco. Você é louca”.

“Como sabe que sou louca?”, indagou Alice.

“Deve ser”, disse o gato, “ou não teria vindo aqui”.

(Lewis Carroll, 1865)

AGRADECIMENTOS & DEDICATÓRIA

Certa feita, indaguei-me sobre a quem dedicar e a quem agradecer quanto à partilha, a paciência, as motivações, e mais uma infinidade de insumos para a elaboração desse projeto. Lembrei que existiam duas diferentes partes na estrutura de uma monografia e que em muitos momentos vinham separadas, a dedicatória e os agradecimentos. Após tentar entender de que forma se dava essa separação, realizei que em mim tal distinção era inexistente. Ora, as pessoas a quem dedicaria, seriam as mesmas a quem agradeço.

Dedico então este projeto aos meus familiares que me deram a oportunidade de crescer com a liberdade pessoal e de inúmeras formas de expressão; a todas as pessoas que estiveram ao meu lado, como um *Bonde* itinerante (porém eternamente fixo em mim); a todas as pessoas que de alguma forma influenciaram meus passos, por vezes desmedidos e incertos, mas frutos de devaneios compartilhados e despropositados. Aos cafés, aos cigarros, às risadas e aos choros, às inúmeras conversas. Agradeço a todas e todos que me auxiliaram imensamente nessa trajetória.

Aos loucos de toda ordem! Univo-nos!

T.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ATP – Ala de Tratamento Psiquiátrico
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CRP – Clínica de Repouso Planalto
DF- Distrito Federal
ESF – Equipes de Saúde da Família
FEPECS- Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GDF – Governo do Distrito Federal
GO - Goiás
HD – Hospital Dia
HPAP – Hospital de Pronto Socorro Psiquiátrico
HR – Hospital Regional
HSVP – Hospital São Vicente de Paula
IML – Instituto Médico Legal
ISM – Instituto de Saúde Mental
MG – Minas Gerais
MLA – Movimento da Luta Antimanicomial
MP – Ministério Público
MS – Ministério da Saúde
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAI-PJ- Programa de Atenção Integral ao Paciente Jurídico Portador de Sofrimento Mental
PAILI- Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PSF – Programa Saúde na Família
PVC – Programa de Volta para a Casa
SAL/MJ - Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça
SES/DF – Secretaria de Saúde do Governo Federal
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde
VEC – Vara de Execução Criminal

RESUMO

Proponho entender, através da presente pesquisa, os diferentes discursos e práticas que compõem a relação entre o crime e a loucura, materializados na categoria da medida de segurança. A medida de segurança é um dispositivo penal que está destinada àqueles que se encontram em conflito com a lei e são portadores de transtorno mental. A tais indivíduos são estipuladas estratégias de atuação tanto numa lógica de tratamento e cura de sua ‘doença’ quanto de segregação e reclusão por seu ‘potencial de risco’. O ‘louco infrator’, submetido à medida pode receber um regime de internação ou um regime de tratamento ambulatorial. Os critérios que definem a localização destas práticas se dão no âmbito da esfera penal, onde a infiltração da psiquiatria ganha dimensão na elaboração do laudo psiquiátrico. É neste sentido que se discute a correlação entre uma criminalização histórica da loucura e a passagem de tutela deste fenômeno para o campo médico, regida pela noção de periculosidade e um discurso ainda permanente de defesa social. À luz dessa compreensão, cujo amparo se estabelece em uma perspectiva histórica dessa relação, serão então analisadas as atuais práticas de atenção ao louco infrator no Brasil, através da noção de periculosidade e dos regimes de atuação da medida de segurança. O foco deste estudo recai sobre a atuação de uma pequena ‘rede de atenção ao louco infrator’ centralizada no Distrito Federal, cuja administração efetua-se por diferentes órgãos e profissionais que protagonizam o desenvolvimento das práticas da medida, dando mobilidade à trajetória e à constituição desta última.

Palavras Chaves: Medida de Segurança, saúde mental, periculosidade, louco infrator,

ABSTRACT

I propose to understand, through this research, different discourses and practices that make the relationship between crime and insanity, materialized in the category of safety measure. The safety measure is a criminal device that is intended to those who are in conflict with the law and are mentally disturbed. To such individuals, action strategies are prescribed both in a logical treatment and cure of his 'illness' as segregation and seclusion by its 'potential risk'. The 'mad violator', submitted to this measure can get inpatient or an outpatient treatment regimen. The criteria that define the location of these practices occur within the criminal sphere, where the infiltration of psychiatry gains dimension in the development of psychiatric assessment. It is in this sense that discusses the correlation between a historical criminalization of madness and the passage of this phenomenon for the guardianship medical field, governed by the notion of danger and a still ongoing discourse of social defense. In light of this understanding, whose support is established in a historical perspective of this relationship, will be then analyzed the current practices of attention to the mad violator in Brazil, through the notion of dangerousness and the regimes of operation of security measure. The focus of this study is on the performance of a small 'care network to crazy violator' centralized on the Federal District (Brazil), whose administration is effected by different agencies and professionals who star in the development of practices of the measure, giving mobility to the trajectory and the constitution of the latter.

Key Words: Security Measure, mental health, dangerousness, crazy violator

Sumário

Introdução.....	9
Capítulo 1- Contexto Metodológico.....	13
Capítulo 2 - Contexto Teórico- (Re) visão da relação entre os fenômenos da loucura e do crime: <i>entre normas e desvios</i>	18
2.1- “ <i>Olhando de Perto, ninguém é normal</i> ”: A loucura na história.....	22
2.2- “Palácio para Guardar Doidos” : Entre Paredes e Estigmas	26
2.3 – A medicina psiquiátrica e suas práticas de “tratamento” do fenômeno da loucura no século XX.....	31
2.3.1- Fenômeno da Medicalização	35
2.4- Entre o Crime e a Loucura : Considerações.....	39
Capítulo 3 - A Medida de Segurança : Objeto de Estudo	44
3.1 - Contexto histórico do Direito Penal Brasileiro e a Medida de Segurança	44
3.2 - A Medida de Segurança : Da Lei às Possibilidades	50
3.2.1 - A noção de Temporalidade da Medida de Segurança	56
3.2.2- A quem essa Medida submete? Considerações sobre o Paciente Jurídico	58
3.3 – A Periculosidade como fundamento, a criminalização como Prática	60
3.3.1- “A chave do Manicômio”: O Laudo Psiquiátrico e o papel da pericia médica	63
Capítulo 4 – Sobre as Políticas Públicas e as Resignificações atuais da Medida de Segurança e do “Louco Infrator” no Brasil	66
4.1- Reforma Psiquiátrica e a Reorientação Dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.....	69
4.2-PAILI- Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (GO)	72
4.3 - PAI-PJ- Programa de Atenção Integral ao Paciente Jurídico Portador de Sofrimento Mental – “ <i>A clínica, o social e o ato jurídico</i> ” (MG).....	75
4.4- Saúde Mental e Justiça no DF.....	77
Capítulo. 5 – Contexto Empírico: Mapeamento da Trajetória da Medida de Segurança no DF. 80	
5.1- “ <i>Reclusão é Internação; Detenção é Tratamento</i> ”: As lógicas operadas pela Medida de Segurança no DF	87
5.2- “Ninguém explica o que é periculosidade”	90
5.3- Das iniciativas aos embargos: O programa de Atenção ao Louco Infrator em Brasília ..	95
Considerações Finais	99
BIBLIOGRAFIA.....	101
ANEXO I	108
ANEXO II	109

“A loucura, objeto de meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”

Machado de Assis
O Alienista

Introdução

Proponho entender, através da presente pesquisa, os diferentes discursos e práticas que compõem a relação entre o crime e a loucura, materializados na categoria da medida de segurança, no Distrito Federal. A medida de segurança é um dispositivo penal que está destinado àqueles que se encontram em conflito com a lei e são portadores de transtorno mental. A tais indivíduos são estipuladas estratégias de atuação tanto numa lógica de tratamento e cura de sua ‘doença’, quanto de segregação e reclusão por seu ‘potencial de risco’. A correlação entre uma criminalização histórica da loucura e a passagem de tutela deste fenômeno para o campo médico, é regida pela noção de periculosidade e um discurso ainda permanente de defesa social.

À luz dessa compreensão, cujo amparo se estabelece em uma perspectiva histórica dessa relação, serão então analisadas as atuais práticas de atenção ao louco infrator no Brasil, através da noção de periculosidade e dos regimes de atuação da medida de segurança. O foco deste estudo recai sobre a atuação de uma pequena ‘rede de atenção ao louco infrator’ centralizada no Distrito Federal, cuja administração efetua-se por diferentes órgãos e profissionais que protagonizam a atuação das práticas da medida, dando mobilidade à trajetória e à constituição desta última.

O chamado “louco infrator”, o ‘paciente jurídico’, é visto como portador de potencial perigo e desordem à norma estabelecida. A estigmatização destas pessoas e suas condições assim como o termo loucura estão ligadas a idéias de temibilidade e periculosidade, pois categorizam os transgressores da sociabilidade e de seu equilíbrio. A noção de periculosidade de suas ações encontra-se na política penal brasileira, através da medida de segurança, sanção que prevê não somente a pena privativa de liberdade, mas também de tempo indeterminado e que se supõe preventiva.

O “louco infrator” no Brasil tem na legislação a ele dedicada traços ambíguos: a sua doença é o que move seu ato, o que lhe exclui a culpabilidade e responsabilidade. No entanto, a punição se justifica como tratamento e a prevenção se fundamenta em um ato pregresso. Neste sentido, ressalta-se a dupla estigmatização sofrida pelo louco

criminoso, tanto por sua condição de prisioneiro como pela vulnerabilização de ordem psiquiátrica.

Propõe-se a existência de uma pequena ‘rede de atenção ao louco infrator no DF’, composta por profissionais protagonistas tanto da saúde, quanto do direito e demais voluntários, indivíduos estes alocados em suas respectivas instituições e que na esfera de execução da medida, administram a trajetória desta. É no contexto de articulação destas práticas, também históricas, que o trato com o ‘louco infrator’ se constituiu e ainda encontra-se em modificações.

Discute-se a possibilidade de um eixo de classificação das sociedades ocidentais quanto à forma de absorção do fenômeno relacional entre crime e loucura, entendidos aqui através da lógica ambígua da medida de segurança. A partir de tais reflexões, constrói-se duas hipóteses que nortearão a disposição estrutural das discussões aqui presentes. A primeira se dá acerca da complexa e limitada definição da categoria de *periculosidade* e da lógica de defesa social construída historicamente a partir de práticas segregadoras do fenômeno da loucura. A segunda seria quanto às *práticas* (no caso, os regimes de execução e a articulação entre diferentes órgãos) que envolvem a trajetória de cumprimento da medida de segurança no Distrito Federal, juntamente com as demais políticas públicas, implementadas e não implementadas, relativas ao entendimento da qualidade dita terapêutica da medida, aliada, no entanto, aos efeitos punitivos e contraditórios.

Em relação ao primeiro eixo, a categoria de periculosidade ainda é muito discutida entre a própria comunidade científica envolvida no processo de categorização da medida de segurança, uma vez que ela é elemento definidor do destino das práticas executadas e da justificação social para o fenômeno existente entre a relação de infração e de doença mental. Faz-se necessário pensar na duração e nas formas de contenção em detrimento da reformulação penal? O louco não vai a júri, não tem direito a ampla defesa, sua voz é sequestrada e mediada pelo campo da psiquiatria. Onde se insere o discurso do réu infrator? O tempo coloca-se também como ponto de tensão para o limite da noção de periculosidade, uma vez que é entre o determinado e o indeterminado que ocorre a síntese prática da condição temporal de asilamento do louco infrator.

Quanto ao segundo eixo, das práticas de execução da medida de segurança, essas seguem duas lógicas distintas, de acordo com um processo de perícia médica e comprovação da dita irresponsabilidade penal. Como regime de detenção para tratamento, segundo o código penal, restam ao louco infrator às instituições

psiquiátricas privadas ou públicas , sendo estas últimas constituídas por serviços substitutivos como os CAPS e os Hospitais ambulatoriais que possuem limitações em seus serviços, alta demanda e baixa articulação entre os órgãos responsáveis.

Para o regime de internação, restam Hospitais de Custódia e Tratamento, Prisões Manicomiais ou então estabelecimentos adequados que possam oferecer assistência médica. Este não é o caso do Distrito Federal. Nesta cidade, a pessoa que está sob medida de segurança vai para a Penitenciária Feminina - DF, conhecida como Colmeia. Nesta, situam-se mulheres cumprindo penas em regimes semiabertos e fechados, assim como presas provisórias que aguardam julgamento, e aquelas mulheres que respondem a medida de segurança. A referida instituição possui uma Ala de Tratamento Psiquiátrico – ATP onde permanecem os homens que também estão submetidos à medida de segurança.

Tais configurações incitam a reflexão acerca da condição dita assistencial da medida e que, através de relações de poder difusas entre diferentes campos do saber, torna-se um dispositivo contraditório e elemento de reforço de práticas punitivas e segregadoras. Entende-se aqui que os profissionais da saúde mental, juntamente com os operadores do direito figuram uma complexa rede de tensões e expectativas quanto às possibilidades de trajetória da medida de segurança. Esta ‘rede’, composta por diferentes profissionais protagonistas no DF torna-se o foco da experiência empírica desta pesquisa.

No primeiro capítulo do trabalho, intitulado “*Contexto Metodológico*” resgata-se então ao percurso realizado em campo, buscando descrever os processos metodológicos da presente pesquisa, assim como suas limitações e alcances. Discute-se também acerca dos locais visitados e os instrumentos de coleta que compõem a presente pesquisa.

No segundo capítulo, “*Contexto Teórico: (Re) visão da relação entre os fenômenos da loucura e do crime*”, a fim de estipular o escopo teórico , discute-se a figura da loucura e da criminalidade na história e suas diferentes elaborações, através de autores como Michel Foucault e Erving Goffman , entre outros clássicos da temática. O capítulo se prestará a entender a lógica da segregação milenar da loucura, assim como os espaços físicos e totalizantes para esta finalidade e a especialização de conhecimentos no trato com a temática , a saber, a hegemonia da psiquiatria e sua relação com os demais campos.

No terceiro capítulo, **“Medida de Segurança”**, o enfoque se dá na problematização do objeto de pesquisa, a Medida de Segurança, seu surgimento, suas significações e desdobramentos, trazendo também a guisa da discussão, a importância do papel do laudo psiquiátrico no tocante à situação dos pacientes infratores, assim como a noção regente de periculosidade, categoria definidora da situação do chamado louco infrator.

No capítulo 4, **“Sobre as Políticas Públicas e as Resignificações atuais da Medida de Segurança e do “Louco Infrator” no Brasil”**, busca-se estabelecer uma melhor compreensão sobre a noção da Medida de Segurança e sua interpretação e aplicação no Brasil em diferentes localidades, através de programas específicos desenvolvidos por políticas estaduais, tidos como protagonistas na discussão, trazendo também a configuração da relação da saúde mental e justiça do Distrito Federal.

No último capítulo, **“Mapeamento da Trajetória da Medida de Segurança no DF”**, o contexto empírico terá como palco de discussão a cidade do Distrito Federal e as práticas intersetoriais que sintetizam os processos componentes da medida de segurança, seus espaços e iniciativas. Através de um mapeamento realizado dos atores protagonistas envolvidos na trajetória do objeto de estudo, propõe-se entender a existência de uma pequena ‘rede de atenção ao louco infrator’ alocada em instituições específicas, recobrando-se a discussão acerca da noção de periculosidade e as práticas estabelecidas para a implementação das lógicas de atuação da medida.

Por fim, nas **Considerações Finais** deste trabalho, retomo as questões iniciais na busca de compreensão deste universo complexo, intrigante e repleto de ponderações que é o continente da loucura.

Capítulo 1- Contexto Metodológico

Trajatória

Descrevo aqui o percurso realizado em campo (e fora do mesmo), as suas transformações e (re) construções da temática ao longo de seis meses (*entre o período de abril de 2012 até agosto de 2012*) de observação, envolvimento e estudo do meu presente sujeito de pesquisa, a medida de segurança. Antes, porém, saliento que o resgate da trajetória por mim cursada foi e é de grande importância pessoal na relação que possuo com a temática. A ideia de dialogar com a conjunção saúde-violência surgiu através de um interesse cultivado ao longo da graduação que teve neste decorrer tangências com os trabalhos que desenvolvi.

A escolha por essa temática foi iniciada em uma disciplina que cursei no meu quinto semestre (*Indivíduo, Cultura e Sociedade* – Departamento de Antropologia – Dan/UnB), na qual deveríamos nos envolver de forma prática com o tema por nós escolhido, no meu caso, a reforma psiquiátrica, através da realização de um pré-campo. Logo após, na disciplina de Métodos e Técnicas, retornei o envolvimento com a temática, sendo na disciplina Sociologia da Violência, posteriormente cursada que o entendimento dessa junção saúde, violência e justiça se materializou.

Para a minha observação inicial de campo, que ocorreu na primeira disciplina cursada, a escolha do *Hospital Pronto Atendimento Psiquiátrico- HPAP, atualmente designado São Vicente de Paula*, não foi aleatória. Estudei em uma escola perto do Hospital por quase 10 anos (Taguatinga-DF). A região me é familiar e até pude presenciar acontecimentos como a fuga de pacientes e a modificação da estrutura do local ao longo desses anos. Sem mencionar que este é referência local e nacional em internação e tratamento ambulatorial. Inicialmente, pretendia trabalhar o tema “loucura” sob o olhar dos pacientes internados e de suas redes sociais, suas estigmatizações e a construção de seus papéis sociais. Porém, na minha primeira visita ao hospital, percebi que isso seria inviável.

Naquele momento a limitação se daria pelo caráter da internação do hospital (pacientes ali encontram-se em crise, alguns excessivamente sedados, outros em estado de contenção).

Minha inserção inicial no hospital que durou em torno de 3 (três) meses, continua sendo de extrema importância na minha forma de lidar e me posicionar em relação ao campo, apreendendo de forma mais sensível o que a temática da “loucura” e

da saúde, perfiladas de estigmas e receios, poderiam me mostrar, também ocultar, mas sobretudo fascinar. Ainda dentro da incursão, busquei entender a relação saúde e violência dentro da lógica da medida de segurança, o que me proporcionou o acesso a um fluxo dialógico entre instituições e atores sociais protagonistas na discussão de uma política de atenção ao chamado “louco infrator” e de sua relação com a própria reforma psiquiátrica.

Devido às limitações de envolvimento e dificuldades iniciais de acesso aos profissionais da área de saúde e direito na ‘rede’ pública de saúde mental e o tempo disponível para a realização da pesquisa de monografia, este trabalho não foi submetido ao Comitê CEP-FEPECS¹, fato este que impediu a obtenção de alguns dados referentes às instituições governamentais. Foi realizada consulta aos dados disponíveis eletronicamente em sites oficiais. No entanto, o Distrito Federal encontra-se com demanda urgente na atualização dos mesmos segundo os próprios sites, tornando as informações acessadas difusas e desatualizadas.

Compartilho algo que li em um livro sobre psicopatologias que dizia o seguinte: *“Saber observar com cuidado, olhar e enxergar, ouvir e interpretar o que se diz, saber pensar, desenvolver um raciocínio crítico e acurado são as capacidades essenciais de um profissional de saúde”* (DALGALARRONDO, 2000 :11) .

Poderia , sem esforço, substituir o profissional de saúde pelo trabalho do cientista social, a dizer, pelas similaridades de conduta ou como situa Roberto Cardoso de Oliveira (1998), as etapas de apreensão dos fenômenos sociais a partir de um esquema conceitual disciplinado. A proposta do olhar, sem ingenuidade, como me propus a fazer, é capaz de elucidar elementos que podem se mostrar da maneira como esperamos (ou ainda surpreender com o esperado) provocar e manter ceticismo não é um desafio a ser mantido, mas um procedimento metodológico bastante instigante. É desafiar aquilo que se apresenta, mas também não buscar

¹ “Os Comitês de Ética em Pesquisa são órgãos colegiados, compostos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento e por representantes da comunidade, responsáveis pela avaliação ética e metodológica dos projetos de pesquisa que envolvam seres humanos.” Texto incluído em 18/07/1997 e atualizado em 20/08/2005(c)Goldim/1997-2005. Todo o tipo de pesquisa que se volta ao ser humano como objeto de estudo, envolvendo instituições públicas, possui um comitê que avaliará as condutas metodológicas, propósito da pesquisa, entre outros requisitos a fim de qualificar o acesso ou não as informações contidas nas Instituições. Em Brasília, o CEP responsável é o CEP-FEPECS- que implementa, avalia e formula a Política de Pesquisa em Saúde. Ao longo do campo, na liberação de dados oficiais das instituições, no caso específico do Instituto de Saúde Mental , os dados referentes aos usuários do CAPS não puderam ser liberados por não haver submetido a pesquisa ao Comitê.

desconstruir ou achar os “comos e porquês” de tudo, em tudo. É o ouvir, como uma atitude de compreensão dialógica. E o escrever, como ato crítico que segue simultâneo ao ato de pensar.

Pierre Bourdieu, em *O Senso Prático* (2009), destacou a importância de considerar as diferenças entre o tempo da ação prática e as condições do tempo da observação. Para a proposta deste trabalho, é ainda mais importante a especificidade que a observação ou a pesquisa orientada estabelece a partir daí como uma prática singular em suas condições de desempenho e suas motivações particulares. É parte do ofício da pesquisadora, do observador ou observadora em campo, o exercício da análise e da reflexão sobre aquilo que observa.

Metodologia

A medida de segurança, por ser um dispositivo que agrega a interlocução entre diferentes esferas, é um elemento que se materializa na conjunção de múltiplas práticas intersetoriais. Desta forma, problematiza-se acerca das proposições elaboradas pelos sujeitos envolvidos quanto à temática, entendendo que a análise de tais proposições abrange não apenas a medida de segurança, mas também os que a ela se submetem e os indivíduos que a articulam. Entende-se que há uma pequena rede de atenção ao louco infrator no DF, porém o diálogo entre os profissionais que a compõe possui barreiras próprias. O objetivo é entender a trajetória da própria medida de segurança, sua lógica de atuação na cidade do Distrito Federal através dos atores e das instâncias de formulação, deliberação bem como as articulações entre os mesmos.

Para a apreensão de dados, foram utilizados os seguintes **instrumentos de coleta** :

(a) Revisão bibliográfica acerca do tema; (b) Análise Documental (encontrados, através de discursos oficiais de Diários Oficiais das instituições de Saúde e Direito, Censos, Pareceres e Relatórios Oficiais) de Instituições e profissionais envolvidos no processo concernente à Medida de Segurança. (c) Entrevistas semi-estruturadas com profissionais representantes das áreas de saúde e do direito, que ocupam os cargos chefes dos órgãos públicos visitados, considerando-os como protagonistas dos acontecimentos do campo da saúde mental e justiça em Brasília.

(d) Utilizou-se também observações etnográficas das práticas sociais nas referidas instituições através das visitas aos locais de pesquisa.

Os **locais visitados** que apresentam papel fundamental para a configuração da medida de segurança no DF, são:

1- Vara Criminal de Execução, órgão responsável pela fiscalização da atuação da Medida de Segurança que se situa no Plano Piloto, RA I² 1.1 – onde encontram-se os juízes da vara criminal que acompanham ou acompanharam algum processo de Medida de Segurança e de políticas auxiliares ao denominado “louco-infrator”, juntamente com uma equipe multidisciplinar que atua no setor da “Vara Psicossocial” que também executa ações voltadas a políticas relacionadas a temática.

2- o IML- Instituto Médico Legal, localizado no Plano Piloto, RA I, e local de trabalho dos Psiquiatras Forenses responsáveis por dar sentido e finalidade ao laudo psiquiátrico, peça elementar que define normativamente os atributos da ‘periculosidade’.

3- A Penitenciária Feminina DF (chamada Colméia) situada no Gama, RA II – onde as pessoas que estão sob medida de segurança se encontram.

4- Por fim, o CAPS- Centros de Atenção Psicossocial³ - localizado no Instituto de Saúde Mental –ISM, situado no Riacho Fundo, a RA XVII. Este espaço é fundamental para as atividades substitutivas de assistência aos portadores de sofrimento psíquico e aos chamados “loucos-infratores”, ali a política relacionada à medida de segurança ganha dimensão diferenciada com as ações dos atores locais, como será detalhado mais abaixo.

As entrevistas realizadas ocorreram através de um sistema de indicações e referências que se iniciou com a procura do local onde se alojavam os processos físicos referentes às medidas de segurança, qual seja, a Vara de Execução Criminal-VEC. No primeiro encontro, fui acolhida com surpresa e receio por parte das Assistentes Sociais da VEC, uma vez que segundo as mesmas “*sociólogos e antropólogos não vinham ali pesquisar*”. Esta surpresa também foi repetida nos primeiros encontros com os

² O Distrito Federal possui uma distribuição regional particular, onde as Regiões Administrativas –RA’s (até agosto de 2012 existem no total 31 RA’s) não dispõem de um prefeito, mas sim de secretários e administradores regionais, o que modifica tanto os processos de implementação de políticas públicas e repasse de dinheiro para as ações, como quanto a identificação das regiões e seus recursos, onde algumas ainda se encontram em franca expansão territorial (caso da parte norte da cidade, em regiões como Sobradinho).

³ “[...] *dispositivo fundamental do modelo de atenção psicossocial substitutivo ao hospital psiquiátrico, ressaltando sua função estratégica de articulador da rede de serviços, e a necessidade de potencializar parcerias intersetoriais e de intensificar a comunicação entre os CAPS, a rede de saúde mental e a rede geral de saúde, contemplando as dimensões intra e intersetoriais*”. (SUS, 2010: 69).

psiquiatras forenses do IML e do ISM. A partir da primeira indicação a mim fornecida pela coordenadora da VEC, entrei em contato com os Juízes responsáveis e a partir daí comecei a entender a trajetória intersetorial a qual a medida se encontra. Os profissionais representantes de cada órgão foram entrevistados em uma segunda visita realizada em seus espaços de trabalho.

A partir dos testemunhos registrados de cada entrevistado, buscou-se resgatar a trajetória da medida de segurança através das funções institucionais que a conduzem e o entendimento que cada profissional faz das categorias que circundam a noção da medida, como periculosidade, inimputabilidade, entre outras, entendidas pelos representantes de diferentes áreas do saber.

Quanto à bibliografia, torna-se importante salientar que os estudos referentes à medida de segurança ainda são reduzidos dentro dos campos de saberes tanto do direito quanto da medicina, saúde coletiva e psiquiatria, assim como principalmente das ciências sociais. As principais produções ainda concentram-se em campos altamente especializados e fechados, como o da Justiça e da Psiquiatria. A escassa existência de material nas áreas das ciências sociais, segundo Renata Weber (2008), dificulta ainda mais uma sistematização de ideias quanto ao tema. Assim, autores de campos diversificados também darão voz à trajetória que aqui é perseguida, a fim de compor este cenário multidisciplinar que é o da medida de segurança.

Capítulo 2 - Contexto Teórico- (Re) visão da relação entre os fenômenos da loucura e do crime: *entre normas e desvios*

A perda da capacidade de internalizar as elaborações simbólicas, uma das significações possíveis da chamada loucura, compromete o entendimento da figura do louco como semelhante. A construção social da realidade age imperativamente ao determinar a gramática de atuação e as fronteiras do aceitável, deixando às margens a loucura e suas manifestações. O indivíduo e sua doença, ambos existem sempre em relação: relação consigo e com os outros (FRAYZE-PEREIRA, 1985).

A loucura é, antes de tudo, objeto de reflexão. Ao estudar este fenômeno e suas possibilidades torna-se imprescindível o resgate de autores clássicos a fim de materializar o arcabouço teórico utilizado por traz dos discursos apresentados. Com a contribuição de Michel Foucault no que tange ao entendimento da loucura como fenômeno cultural e não como fato natural, experimenta-se a *desrazão* como proferimento de verdades acerca do mundo. E, no entanto, como reação a estas manifestações, práticas históricas de exclusão e segregação são desferidas, instituídas por alguns momentos como fenômeno exclusivo da medicina, agora como tutela de um Estado Punitivo⁴. Assim, torna-se imperativo entender como a loucura é categorizada, articulada a diferentes segmentos do saber, como a psiquiatria e o direito, a fim de se propor novas formas de entendimento das práticas sociais dos sujeitos envolvidos.

Intenta-se melhor ilustrar a constituição da figura do chamado “louco infrator” e as práticas que o relacionam ao longo da história. Neste bojo de análises, que muitas vezes pautam-se exclusivamente por fenômenos macro-sociológicos, recupera-se a intenção de entender os processos micro- interativos das práticas subjetivas dos sujeitos envolvidos a fim de se compor as possibilidades de entendimento acerca do objeto em questão, a medida de segurança.

A trajetória da medida de segurança perpassa não apenas as possibilidades de elaborações sociais dos sujeitos que com ela se relacionam, como também insere-se numa discussão anterior, qual seja, a sua categorização de comportamentos e práticas, aqui discutida através de uma sociologia do desvio, com ênfase ao interacionismo simbólico.

⁴ Dada a discussão das formas de *segregação punitiva*, aqui pontua-se a noção de Garland (2005) trazida por Katie Arguello (2005), categorizada através de ‘longos períodos de privação de liberdade em facilidades prisionais, além de uma “persecução” estatal, a partir de suas práticas de vigilância e estigmatização’ (ARGUELLO, 2005: 1).

Segundo Gilberto Velho (2002), as contribuições de teóricos como E. Goffman e H. Becker foram, especialmente na linha do interacionismo, de grandes proporções para as teorias sociais norte-americanas no que tange às áreas de Indivíduo e Sociedade, através da Escola de Chicago. O famoso departamento inserido na Universidade de Chicago, ambos criados em 1890, possuía uma diferenciação quanto à disposição de seus profissionais, a saber, não se organizavam através do sistema de cátedras mas sim de forma a possibilitar um fluxo interdisciplinar entre os diferentes departamentos.

A iniciativa foi pioneira ao buscar etnograficamente, dentro de uma perspectiva naturalista, as possibilidades de entendimento de uma metrópole multicultural, como era Chicago. É na chamada “Labelling Theory” de Howard Becker (década de 60), um dos desdobramentos da Escola de Chicago, que a ação coletiva ganha ênfase através do processo social de classificação de indivíduos ou grupos como desviante.

Segundo Becker, existem pessoas que são interessadas e responsáveis por criar as regras que normatizam a sociedade e aqueles a quem as regras são impostas. Os criadores de regras são reformadores, missionários da ética absoluta, sempre interessados no conteúdo das regras. Lembrando que tais reformadores estão posicionados em lugares superiores na estrutura social, na ordem econômica, política e intelectual. Os impositores, como exemplo os policiais e também os profissionais da área médica psiquiátrica, assim como os juízes, são responsáveis por impor as regras criadas. Assim, segundo o autor:

"Cumpro ver o desvio, e os outsiders que personificam a concepção abstrata, como uma consequência de um processo de interação entre pessoas, algumas das quais, a serviço de seus próprios interesses, fazem e impõem regras que apanham outras – que, a serviço de seus próprios interesses, cometeram atos rotulados de desviantes" (BECKER, 2008:168).

Para Becker, o comportamento desviante, ou então o desvio, é um “*erro publicamente rotulado- é sempre o resultado de um empreendimento*” (BECKER, 2008:167) A imposição das regras sociais define a situação vigente, de forma a categorizar o que é ou não apropriado. Disso, surgem aqueles que infringem tais regras, desviam do esperado, os *outsiders*. O interessante a se ressaltar é que Becker ao analisar as teorias do desvio sob várias óticas, como a visão estatística, a percepção de obediência, caracteriza também o desvio patológico, a partir do qual utiliza-se a doença física em comparação à doença mental apenas na metáfora. Assim, afirma que “*o desvio*

não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma consequência da aplicação por outros de regras e sanções a um infrator” (BECKER, 2008: 23).

Esclarece então que o desvio se dá na interação entre a pessoa que comete o ato infrator e a reação dos demais, uma vez que o desvio não é uma qualidade inerente ao comportamento. O desvio, como transgressão à norma, pauta-se numa relação de poder político e econômico entre os indivíduos, sendo que *“é de maneira seletiva que os representantes da lei, respondendo às pressões da própria situação de trabalho, aplicam a lei e criam as categorias de pessoas estranhas à coletividade” (BECKER, 1985: 185).* E ainda:

“...não importa qual seja a importância da operação de rotulação executada pelos empreendedores de moral, não se pode absolutamente considerá-la como a única explicação do que fazem de fato os desviantes. Seria absurdo sugerir que os ladrões à mão armada atacam as pessoas simplesmente porque alguém os rotulou como ladrões à mão armada, ou que tudo que faz um homossexual é decorrente do fato que alguém o rotulou como tal. Entretanto, uma das mais importantes contribuições desse enfoque foi chamar a atenção sobre as consequências que implicam, para um indivíduo, o fato de ser rotulado como desviante: torna-se mais difícil para ele prosseguir as atividades habituais de sua vida cotidiana, e essas dificuldades o incitam às ações ‘anormais’(...) O grau em que o fato de ser qualificado de desviante conduz a essa consequência deve ser estabelecido em cada caso, por um procedimento empírico e não por um decreto teórico” (BECKER, 1985: 203).

Os loucos, a exemplo, herdaram o internamento, tornam-se os caracterizadores primários do processo de exclusão. A sociedade ocidental conferiu o status de doença mental à loucura, o desvio mental passa a ser encarado como desvio social, onde as reações sociais são estereotipadas culturalmente. Para Goffman, a sociedade através de complexos processos de catalogação dos indivíduos e seus atributos, propõe as localizações destes de acordo com um conjunto de regras e normas estabelecidas. Aqueles que não correspondem a estas estipulações, passam por um processo de segregação e estigmatização. O estigma abarca um efeito de grande descrédito ao seu portador.

A noção de estigma, trazida por Goffman em *“Estigma: notas sobre a manipulação da identidade”*, torna-se então a interlocução entre as propostas de categorização dos comportamentos tidos como desviantes, no caso, a loucura, com o processo de múltiplas formas de segregação que este indivíduo passa.

Segundo Goffman, *“um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso nem*

desonhoso” (GOFFMAN, 1975:13). O estigma, de acordo com o autor “é, então, na realidade, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo”.

O estigma também revela o caráter de quebra de expectativas quanto ao comportamento socialmente esperado, possuidor de um potencial desestabilizador as já dadas interações. Para Z. Bauman, autor de *Mal-estar da pós-modernidade* (1997), o incômodo que se dá com essas pessoas que são rotuladas de desviantes surge por um contexto de suposta fragilidade quanto à ordem estabelecida. Para o autor, de acordo com a antropóloga Mary Douglas, a relação com a pureza que tem a sociedade é que é responsável pelo mal estar. Segundo Bauman, “*cada época e cada cultura tem um certo modelo de pureza e um certo padrão ideal a serem mantidos incólumes às disparidades*” (BAUMAN, 1997: 16) Aqueles que desafiam esse molde de pureza são considerados estranhos àquela ordem. Segundo o autor:

“Todas as sociedades produzem estranhos. Mas cada espécie de sociedade produz sua própria espécie de estranhos[...]. se os estranhos são pessoas que não se encaixam no mapa cognitivo, moral ou estético do mundo [...] se eles, portanto, por sua simples presença, deixam turvo o que deve ser transparente [...] se, em outras palavras, eles obscurecem e tornam tênues as linhas de fronteiras que devem ser claramente vistas; se, tendo feito tudo isso, geram a incerteza, que por sua vez dá origem ao mal-estar de se sentir perdido- então cada sociedade produz esses estranhos.” (BAUMAN, 1997 :27).

A pureza é um ideal, uma relação acidental com a fragilidade da ordem. Os novos modelos passam por dinâmicas fugazes de mudanças, trazendo a não fixidez e a incerteza, adentrada numa burocracia estatal cada vez mais complexa. A pós modernidade é classificada por Bauman como momento no qual a liberdade individual assume patamar supremo, juntamente com o estado de insegurança, do medo generalizado, das tecnologias excludentes, de ameaças constantes e de desemprego crescente.

A fim de se garantir a manutenção de uma ordem social, utilizam-se estratégias de criminalização de classes consideradas potencialmente perigosas, práticas estas institucionalizadas. O louco infrator torna-se categoria duplamente estigmatizada ao ser entendido não apenas como portador de um transtorno mental, já regido por seus próprios estigmas, mas também como indivíduo criminoso que possui na periculosidade de suas ações a instabilidade que fere diretamente as expectativas sociais pré-determinadas.

2.1- “Olhando de Perto, ninguém é normal”: A loucura na história

Em todo contexto histórico há a criação de processos de marginalização e segregação de determinados setores sociais. Segundo Thomas Szasz (1974), sempre existiram grupos que eram definidos como dissidentes, livre-pensadores, boêmios, renegados, hereges, radicais. Esses processos de segregação relacionaram-se com a estrutura econômica de cada sociedade e com as formas culturais e políticas que estas adotaram e que levaram, de uma forma ou de outra, a legitimar esses mecanismos de exclusão. Na Grécia antiga, por exemplo, nem sempre coube ao louco à tarefa de representar a desrazão, sendo a capacidade divinatória de alguns uma função privilegiada e reconhecida (FOUCAULT, 1972).

Assim, iniciou-se uma busca por separar aqueles que apresentariam algum tipo de risco para a sociedade, sejam estes riscos relacionados à saúde sejam riscos relacionados a condutas consideradas desviantes e perturbatórias de uma ordem moral estabelecida. De acordo com as análises de Foucault em a *História da Loucura na Idade Clássica*, datado de 1961, ao final do século XV, com o desaparecimento da lepra, surge um vácuo no que tange as estratégias de confinamento (VIEIRA, 2007). Ressalta-se que o “desaparecimento” desta prática de segregação não se deu pelo viés do tratamento da lepra, mas sim pela relação de entendimento que os indivíduos estipularam com a *doença*.

Na Renascença, o cenário imagético recaía na chamada Nau dos Loucos, embarcação esta que transportava tipos sociais estigmatizados através de uma simbólica viagem, destinada àqueles que foram expulsos das cidades. Foucault salienta que esta mobilização dos loucos possuía função e utilitarismo social, enfocando a justificativa na segurança dos cidadãos (FOUCAULT, 1972). A experiência no Classicismo do fenômeno da loucura, segundo Foucault, é entendida de forma diretamente ligada à idéia de razão, uma vez que “*a verdade da loucura é ser interior à razão, ser uma de suas figuras, uma força e como que uma necessidade momentânea a fim de melhor certificar-se de si mesma*” (Foucault, 1997 Apud Vireira, 2007:5).

A concepção de internamento surge no século XVII, ainda sem a figura do médico na liderança das estratégias e, segundo Foucault, foi no Classicismo que tal invenção se materializou, assim como na Idade Média ocorreram as práticas de segregação quanto aos leprosos. No entanto, segundo o autor:

“[...] será necessário um longo momento de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantinho, que sucede à lepra nos medos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação que, no entanto, lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente. Antes de a loucura ser dominada, por volta da metade do século XVII, antes que se ressuscitem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença” (FOUCAULT, 1972: 8).

Neste momento, a loucura passa por um processo de dessacralização e silêncio, através de sua condenação ética (OUYAMA, 2000). A renovação dos conceitos de normalidade e anormalidade submete a loucura a uma condição de problema social, criando-se instituições com finalidades de corrigir e repreender os comportamentos socialmente reprovados (como a mendicância, a devassidão e a vagabundagem) a fim de se regular a economia ao organizar com suas práticas de segregação a demanda de mão de obra.

Segundo Ouyama, o hospital Hotel-Dieu (Hospital Geral) na França do século XVII (1657) , exerce papel importante na lógica da segregação dos loucos internados, juntamente com demais tipos sociais transgressores da nova ética de trabalho que condenava o chamado ócio. Para aqueles que necessitavam de assistência médica, o hospital posteriormente torna-se o local apropriado para tais atendimentos. No entanto, o escritor francês Foucault nos relata que o surgimento destas instituições não se deram, inicialmente com o caráter preventivo e assistencial. Segundo o autor,

“Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso” (FOUCAULT, 2008: 101).

Os primeiros Hospitais Psiquiátricos na Europa não foram criados inicialmente com finalidades médicas ou terapêuticas, mas sim considerados estruturas semelhantes a prisões para o confinamento de pessoas “socialmente indesejáveis”. Com o advento do hospital psiquiátrico no mesmo século (XVII), a loucura passa a entrar na jurisdição médica. Segundo Vieira (1992), em Birman foi através do discurso da chamada doença mental que se justificou e autorizou a exclusão social. Hospitais psiquiátricos também possuíam uma função socioeconômica: abrigam os pacientes que não trabalham ou posteriormente não podem. E ao mesmo tempo garante empregos das equipes dirigentes.

Segundo Foucault em “Vigiar e Punir “, com a criação da Ciência Positiva, ocorre uma medicalização dos Hospitais. A busca é pela retomada dos valores morais da família. Os meios para consegui-los são diversos, não tão terapêuticos e sim uma busca de um controle ético: privações, humilhações, punições, inseridos em um contexto repressivo. A loucura passa a ter um status estruturado, psicológico, ganhando dimensão de interioridade através da ciência positiva. A classificação de pacientes psiquiátricos é dita como sendo a da classificação médica convencional; no entanto, a realidade objetiva é segregar o indivíduo, é o estigma social e, segundo Thomas Szasz (1974) a criação de uma classe de bodes expiatórios justificavelmente perseguidas.

De acordo com Foucault, a pena por crimes deixou aos poucos de ser um espetáculo público de violentação do corpo, com a publicização da vergonha ao transpor limites sociais e passou a se dar numa economia de direitos. O crime, referente à prática penal, foi modificado em sua qualidade, natureza e substância. O julgamento envolve então o conhecimento da infração, conhecimento do responsável e da lei. E é aqui que se insere a figura do “louco-infrator”, considerado incapaz de perceber a ilicitude dos seus atos, por vezes desresponsabilizado, porém sempre com as estratégias segregadoras advindas da qualidade de *criminoso*.

No século XIX há a afinação dos conceitos médicos com os espaços de internamento, através de práticas violentas de exclusão, alicerçadas no paradigma da defesa social. O saber médico então celebra na experiência do tratamento a partir do confinamento o dispositivo indispensável de trato à loucura, resguardando à figura do médico como o tradutor das capacidades sociais limitadas do indivíduo *louco*.

Frayze-Pereira (1985) sintetiza a trajetória histórica da loucura em três grandes momentos, a saber o chamado “período de liberdade e de verdade” que vai da baixa Idade Média ao século XVI, onde havia uma segregação ritualizada da loucura (porém naturalizada no cotidiano) pelos dogmas vigentes; o segundo período seria o da Grande Internação, até o século XVIII, com as práticas de isolamento com função saneadora das cidades, agora expandidas em tamanho e demanda de atividades; e por fim a Época Contemporânea, pós Revolução Francesa (SANTIAGO, 2009), com a psiquiatria como especialidade médica específica no trato e no entendimento da loucura.

De acordo com as práticas subjacentes ao trato médico destinado ao louco, à figura do louco *criminoso* ganha dimensão diferenciada, através de tratamento mais rígido e práticas de exílio mais violentas. Por serem categorizados penalmente como incapazes de compreender as transgressões legais em seus atos, e:

“Na hipótese de prática de infração penal, o louco não era punido sob dois fundamentos totalmente distintos: um que obedecia a considerações filosóficas e humanitárias e alicerçava-se, basicamente, na piedade inspirada pela doença, que já era considerada castigo (...) um castigo infligido pelos deuses, quer por puro arbítrio, quer por punição a uma falta cometida anteriormente; e outro que levava em conta princípios jurídicos, apelando para a noção de irresponsabilidade, ou seja, a total ausência de compreensão dos atos cometidos pelo doente mental”
(PONTE, 2002 Apud RIBEIRO, 2006: 71).

Antes, segundo Ribeiro (2006), a responsabilização acerca do louco infrator encontrava-se nas mãos da família do mesmo, sendo a punição aos atos de infração direcionados àquela. As diversas formas de punição, segundo Foucault (1972) foram concentradas em uma única prática, a de asilamento. No entanto, a figura do louco criminoso destacava-se nesse contexto, surgindo uma nova demanda de espaço que atendesse as necessidades *segregadoras* e de *tratamento* desta nova figura. Cabe ressaltar que dentro da ótica da loucura, o criminoso “louco” não pode ser considerado portador de ambos os papéis, pois se insere em uma dinâmica quase excludente. Se for louco não pode ser culpado ao mesmo tempo. Segundo Foucault:

“ A possibilidade de invocar a loucura excluía, pois, a qualificação de um ato como crime: na alegação de o autor ter ficado louco, não era a gravidade de seu gesto que modificava, nem a sua pena deveria ser atenuada: mas o próprio crime desaparecia”. (FOUCAULT, 1991b: 21)

Retomaremos a discussão acerca da formação da figura ambígua do chamado louco infrator em próximas discussões. Por fim, segundo Foucault (1991b), hoje não se julga mais sozinho o fenômeno da loucura , recaindo não apenas nos juízes o poder de classificação e deliberação, ou mesmo nas famílias dos loucos criminosos. Fraciona-se o poder legal de punir; a psicologia e psiquiatria ganham também espaço de normatização das práticas interventivas.

2.2- “Palácio para Guardar Doidos” : Entre Paredes e Estigmas

Prisões; Manicômios; Hospitais Psiquiátricos. Os espaços eleitos de segregação daqueles infratores da ordem e segurança social. No livro de José de Alencar, *Senhora*, o espaço asilar de confinamento dos “loucos” recebe a designação de “Palácio de Guardar Doidos” para melhor ilustrar a sua figuração. A ótica da segregação ganha nova dimensão ao se revelar a possibilidade de criação de um novo estabelecimento que cumpriria sua função de defesa social e ainda serviria de local para tratamento e cura aos internados que cometeram crimes, os chamados louco infratores.

Saídos de Hospitais Gerais, alocados em Manicômios ou Hospitais Psiquiátricos e por fim, relegados a uma instituição prisional que se mantém através do discurso do tratamento, aos loucos infratores restam-lhes as contradições e ambiguidades. Tais questionamentos ainda se apresentam na realidade do chamado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (*espaço de detenção destinados aos loucos infratores*), dentro de sua concepção de uso, demonstrando ainda hoje a relação conflituosa que há entre os fenômenos da loucura e segregação da mesma.

A fim de se discutir as possibilidades analíticas que os espaços de segregação instituem, aqui representados pelos HCTPS's, destacam-se as contribuições de Erving Goffman e Michel Foucault no que tange as noções de instituições totais e práticas disciplinadoras existentes. Entende-se que o conceito de instituição total não abarca satisfatoriamente as complexas peculiaridades do espaço supracitado, uma vez que este reúne a lógica dos fenômenos prisionais e penitenciários destinados aos criminosos culpados e ao mesmo tempo, as práticas de tratamento aos doentes “irresponsáveis”. No entanto, a proposta das instituições totais e seus desdobramentos ainda contemplam os fenômenos ali existentes em suas dimensões cotidianas de tensões entre o mundo doméstico e o mundo institucional.

Instituições Totais (híbridos sociais) em nossa sociedade são as estufas para mudar pessoas; cada um é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao “eu” (GOFFMAN, 1961). A partir disso, o “eu” afetado pelas práticas institucionalizantes, redefine seus papéis sociais desempenhados, assim como surgem novas táticas de adaptação e readaptação. De acordo com Goffman, as instituições totais são:

“Locais de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1961: 11)

A exemplo das consequências de uma instituição totalizante, tem-se o fenômeno da mortificação do “eu”. A mortificação ocorre na tentativa de alinhar o indivíduo às instituições. Sentir dor, exposição pública, banhos coletivos são formas e práticas de reenquadramento. O que mortifica é a ruptura entre o desempenho das atividades individuais antes e depois. Segundo Goffman (1961), o indivíduo perde a possibilidade de manejo dos papéis se é mortificado. A ele é negado o jogo, as interpretações anteriores.

Ao buscar a redefinição das situações, surge a constante tensão e invasão do eu, nivelando todas as esferas de atuação do indivíduo a um único plano dentro da instituição. Antes do ingresso na mesma, antes da cultura aparente, tem-se no mundo ‘original’ a ideia, além da noção de corpo privado, o eu cívico, portador de direitos, de autonomia e liberdade, apto a desempenhar a função que a sociedade espera: produtor e ator ativo dentro de um sistema de lógica de mercado, nas sociedades capitalistas ocidentais.

Segundo Wing (1979), o cerne do institucionalismo acontece quando há uma aceitação gradual do mundo hospitalar, a aceitação das regras daquele estabelecimento e um afrouxamento dos laços com o mundo exterior. A dificuldade encontrada pelos pacientes que já não se encontram mais no Hospital ou Prisão se situa na tensão entre o mundo doméstico e o mundo institucionalizado, numa constante necessidade de atualizações para se estabilizar, o que causa muitas voltas ao internamento. A reintegração ao mundo ‘externo’ funciona com o intuito de reatualizar, reaprender a interagir, porém há uma ruptura na sequência dos papéis desempenhados pelo paciente internado pois as instituições totais reduzem as suas regiões de atuação.

O Manicômio Judiciário pode ser entendido como instituição totalizante ao reforçar a lógica de exclusão individual e limitação com o mundo externo, exaltando o encontro entre o crime e a loucura, tornando a sua dimensão estrutural ambígua e contraditória. Para Goffman, não é o caráter de vigilância que explica a existência da instituição, diferentemente de Foucault. Sob a ótica do binômio “vigiar e punir”, Foucault assinala a estrutura organizacional do Ocidente com foco no sistema punitivo-legal, objetivada em seu livro como:

“uma história correlativa da alma moderna e de um novo poder de julgar; uma genealogia do atual complexo científico-jurídico onde o poder de punir se apoia, recebe suas justificações e suas regras, estende seus efeitos e mascara sua exorbitante singularidade” (FOUCAULT, M. 1991b: p 23).

Ao delimitar as práticas e formas de punição e vigilância nos distintos momentos históricos, Foucault interroga o pensamento pelo próprio pensamento, à luz da análise dos fenômenos de internação. A partir disso, a discussão advinda se materializa na formação do poder como síntese de uma produção hierarquizada que surge na troca entre saberes disciplinares nas diferentes instituições (*poder difuso*), sejam elas de caráter repressivo (prisão, hospitais psiquiátricos), seja de caráter econômico (como as fábricas), ou até as pedagógicas (como as escolas).

Esse poder que expande-se pela sociedade e é investido nas instituições possui técnicas de dominação que atingem ao corpo do indivíduo, engendrando um controle minucioso sobre os hábitos, gestos, atitudes. A eficácia da estratégia utilizada pela prisão se dá justamente no fato de ter o corpo como alvo, não de práticas de suplício e expiação, mas de adestramento e controle. A descrição de Foucault deste processo do poder de punir através da história da prisão possui diferentes nuances na história, como dito anteriormente. Na época medieval, o suplício do corpo e a publicização das penas é substituído hoje por uma regulação do tempo no “*arquipélago carcerário*” (FOUCAULT, 1991b) do capitalismo moderno ocidental.

O processo inquisitorial da época medieval pautava-se no suplício dos corpos, onde aquele “*tem então uma função jurídico-política. É um cerimonial para reconstituir a soberania lesada por um instante*” (FOUCAULT, 1991b: p 42). A partir do século XVIII, o espírito iluminista impõe o questionamento de que a justiça criminal deve punir e não se vingar, havendo assim uma mudança gradual da punição como vingança do soberano para a chamada defesa da sociedade, através de uma “mitigação das penas”. Dentro de uma concepção reformulada da punição, o objetivo é requalificar os indivíduos como portadores de direito, fazendo uso de um conjunto de representações codificadas de rápida circulação, a fim de se desenvolver uma técnica de coerção social aplicada ao corpo em treinamento.

Como prática moderna de punição, o corpo mantém-se como o alvo privilegiado, porém a análise foucaultiana se pauta nos efeitos positivos da tática política de dominação, norteadas pelo saber científico, definidora da chamada tecnologia do

poder de punir que se investe no corpo através das relações de poder hierarquizadas (FOUCAULT, 1991b).

Desta forma, o sistema punitivo enquadra-se como um subsistema social onde as “*práticas punitivas consubstanciam uma economia política do corpo para criar docilidade e extrair utilidade das forças corporais*” (SANTOS, J. 2005:2). Neste sentido, as relações entre os saberes e o controle punitivo formam a microfísica do poder como estratégia dominante, a saber, reiterando a recíproca de que o “*poder produz o saber que legitima e reproduz o poder*” (ibid.).

O novo sistema punitivo pauta-se então numa administração da distribuição dos corpos no espaço e no tempo, através de recursos de “adestramento” nos processos de vigilância. As chamadas instituições de sequestro (hospitais, prisões, escolas), segundo Foucault, possuem como objetivo não a exclusão do indivíduo segregado, mas sim sua inclusão num processo normalizador através da disciplina. Dentro da lógica do direito penal, preconiza-se a gestão psicológica e moral dos comportamentos e práticas e não apenas a busca pela defesa social. Desta forma, entende-se que não apenas as prisões, mas os manicômios prisionais deixam de ser espaços de segregação exemplar para se tornarem espaços de execução técnica de ações de cura e tratamento .

Segundo Foucault, os princípios da disciplina como método de adestramento são pautados nas lógicas da vigilância hierárquica, o exame e a sanção normalizadora (SANTOS, 2005). A vigilância hierárquica integra redes verticalizadas de relações de controle, podendo ser exemplificada pelo Panóptico⁵. Este dispositivo do poder disciplinar, idealizado por Jeremy Bentham (1748 - 1832) possui na sua arquitetura uma forma quase total de vigilância, permitindo uma administração dos corpos com intenção de ampliar a força útil dos sujeitos submetidos (FOUCAULT, 1991b). Já a sanção normalizadora :

⁵ "O Panopticon era um edifício em forma de anel, no meio do qual havia um pátio com uma torre no centro. O anel se dividia em pequenas celas que davam tanto para o interior quanto para o exterior. Em cada uma dessas pequenas celas, havia segundo o objetivo da instituição, uma criança aprendendo a escrever, um operário trabalhando, um prisioneiro se corrigindo, um louco atualizando sua loucura, etc. Na torre central havia um vigilante. Como cada cela dava ao mesmo tempo para o interior e para o exterior, o olhar do vigilante podia atravessar toda a cela; não havia nela nenhum ponto de sombra e, por conseguinte, tudo o que fazia o indivíduo estava exposto ao olhar de um vigilante que observava através de venezianas, de postigos semicerrados de modo a poder ver tudo, sem que ninguém ao contrário pudesse vê-lo. Para Bentham esta pequena e maravilhosa astúcia arquitetônica podia ser utilizada por uma série de instituições. O Panopticon é a utopia de uma sociedade e de um tipo de poder que é, no fundo, a sociedade que atualmente conhecemos - utopia que efetivamente se realizou. Este tipo de poder pode perfeitamente receber o nome de panoptismo. Vivemos em uma sociedade onde reina o panoptismo." (FOUCAULT, 1991b: 69).

“existe como um sistema duplo de recompensa (promoção) e de punição (degradação), instituído para corrigir e reduzir os desvios, especialmente mediante micro-penalidades baseadas no tempo (atrasos, ausências), na atividade (desatenção, negligência) e em maneiras de ser (grosseria, desobediência), fundadas em leis, programas e regulamentos, em que a identidade de modelos determina a identificação dos sujeitos” (SANTOS, 2005: 4).

O terceiro e último princípio da economia da disciplina reside no exame, ou ainda, nas práticas de vigilância representando a conjunção das demais técnicas. A prisão torna-se espaço exaustivo de exercício do poder de punir legitimado pelas práticas do saber jurídico que mede, avalia e distingue o normal do patológico. No contexto da medida de segurança, o saber médico torna-se subsídio primordial no entendimento e delimitação das categorias de normalidade/anormalidade para o saber jurídico, efetuando papel de perícia e averiguação que detém o resultado quase exclusivo do destino dos indivíduos submetidos à medida, ainda que essa se proponha exclusivamente assistencial e de tratamento. De acordo com Sérgio Carrara através de Batista e Silva (2010) ,

“[...] os manicômios judiciais não deixam de ser uma espécie de monumentos ao triunfo da psiquiatria , pois, pelo menos no caso brasileiro, depois do surgimento da nova instituição , será aos médicos do manicômio que os juízes se voltarão preferencialmente em busca de um parecer sobre responsabilidade penal. Perícia e Custódia passam então a ficar nas mesmas mãos...” (CARRARA, 1998, Apud Batista e Silva, 2010: 5).

Deste modo, a relação entre a psiquiatria e a justiça, no que tange à formulação das categorias de responsabilidade penal e periculosidade, torna ambígua e contraditória a figura do louco infrator, um réu com voz mediada pela medicina e tutelado por um Estado punitivo.

2.3 – A medicina psiquiátrica e suas práticas de “tratamento” do fenômeno da loucura no século XX

*“Sou como o menestrel medieval que percorre as aldeias e vai embora.
É necessário que quando eu partir, o palco não fique vazio.”*
Franco Basaglia, 1982

Quando a psiquiatria, afirmando-se como ciência, apropriou-se da loucura e de sua experiência como objeto tutelado, teve no ato histórico de Pinel, do desacorrentamento de loucos internados, a sua consagração. Philippe Pinel (1745-1826), ao separar os “loucos” que se encontravam nos Hospitais Gerais e destiná-los a asilos específicos, celebra o fundamento da psiquiatria como prática reformista, ao propor a relação com a loucura sob a perspectiva de *cura e tratamento*.

Para Pinel⁶, a loucura era tida como doença moral, tradição humanística do psiquiatra que não aderiu à proposta organicista (SANTIAGO, 2009). No entanto, a hegemonia organicista se materializa com as descobertas da neurologia, alegando que a doença adivinha de um elemento orgânico-biológico. O fenômeno asilar ainda resiste como espaço da loucura, no entanto, dentro das práticas psiquiátricas tal localização também possui sua trajetória de questionamentos.

Data-se a reformulação da assistência psiquiátrica em meados da década de 40, quando muitas pessoas, nos Estados Unidos e Europa indignaram-se com os casos de abandono, cronificação de pacientes e demais denúncias de abuso que suscitavam. Em seu bojo de reivindicação, surgiram tanto novas formas de atuação quanto novos paradigmas de tratamento (VIDAL; BANDEIRA, GONTIJO, 2008). Segundo Santiago (2009), de acordo com Costa-Rosa (2003):

“Um conjunto importante de críticas ao Hospital Psiquiátrico e a sua visão da doença mental e do tratamento, bem como uma série de experiências práticas daí decorrentes, datam de épocas bem anteriores a Segunda Guerra Mundial, mas só aí elas ganham eco e contorno suficientes para servirem de ideário de transformação” (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003 Apud Santiago, 2009: 28)

Com isso, surgiram as chamadas Comunidades Terapêuticas na Inglaterra em 1946, iniciadas por Bion & Reichman e posteriormente por Maxwell Jones, em 1959. Segundo Amarante (1994), tais comunidades possuíam natureza coletiva, com fins democráticos e restritas aos hospitais psiquiátricos, numa tentativa de mudança do processo asilar, tornando o paciente o sujeito na troca de experiências.

⁶ As contribuições de Pinel serão retomadas posteriormente.

Ainda que tenha sido uma iniciativa inovadora dentro do âmbito interno dos hospitais, propondo também uma humanização das relações, as Comunidades Terapêuticas não foram capazes de solucionar os conflitos de exclusão existentes por conta da própria figura segregadora dos hospitais, não considerando os aspectos tutelares e de custódia, segmentando o ainda persistente fundamento da periculosidade social, advinda de um saber psiquiátrico (BARROS, 1994).

Seguindo os passos da ideia terapêutica das comunidades, surge na França o movimento designado “Psicoterapia Institucional”, com objetivo de organizar as relações internas dos Hospitais Psiquiátricos, através de uma verbalização do que ali se passava, abandonando o conceito de assistência e dando vazão a projetos individuais de tratamento (GONDIM, 2001).

A proposta recebeu críticas por ainda manter no espaço asilar o aspecto fundamental da ação, ainda que se propondo a discussão em âmbito público e coletivo, não segregado. Nos Estados Unidos, de acordo com CASTRO (2009), foi implantada uma psiquiatria preventiva que possuía como meta a promoção da saúde, baseando-se numa possibilidade de intervenção nas causas e surgimentos das doenças mentais. A psiquiatria preventiva marcou fundamentalmente o campo ao dar lugar a um novo objeto, a saber, a saúde mental.

Importante ressaltar a chamada experiência italiana de reforma, sendo a mais impactante por sua radicalização na chamada assistência psiquiátrica. Essa ruptura teve como influência a chamada antipsiquiatria inglesa e a sociologia de tradição marxista italiana, o existencialismo e a Escola de Frankfurt (CASTRO, 2009). A antipsiquiatria teve como nomes os teóricos Deleuze, Gattari, Basaglia, Szasz entre outros que compuseram diferentes reflexões acerca do conceito e da abordagem da loucura.

A chamada antipsiquiatria colocava em questão a detenção do saber sobre a doença mental, mais especificamente, a esquizofrenia, restrito até então à psiquiatria. Tal mudança no processo de tratamento, influenciada por fortes eixos teóricos, aconteceu na cidade de Gorizia, na década de 1960. A experiência italiana carrega em si muitas contribuições no que tange a reforma psiquiátrica. A chamada Psiquiatria Democrática (termo formalmente cunhado em 1973) contribuiu para as reformulações das práticas de assistência à saúde e tinha como discussão a desconstrução de hospitais psiquiátricos na Itália.

A direção do Hospital Provincial de Gorizia estava sob as mãos de Franco Basaglia (1924-1980) desde 1961. Vindo de gabinetes de universidade, Basaglia se

deparou com a realidade manicomial e procurou entender melhor como se davam as diferentes práticas reformistas da psiquiatria, especificamente as das comunidades terapêuticas e a psicoterapia institucional (AMARANTE, 1996). A partir da reunião das diferentes experiências e práticas analíticas perseguidas por Basaglia, Amarante esclarece que, quanto à instituição de Gorizia e o trabalho desenvolvido:

“[...] concentra-se em três grandes linhas de intervenção que, na prática, estão cotidianamente presentes nas assembleias, nas discussões com os técnicos, nos contatos com os familiares e a sociedade: a origem do pertencimento de classe dos internos do hospital; a pretensão de neutralidade e de produção de verdade das ciências; a função social de tutela e controle social da psiquiatria, do manicômio e do técnico na constituição da hegemonia” (AMARANTE, 1996, pág. 73).

A lógica se mantinha na seguinte colocação: nas reformulações do fenômeno da loucura, para Basaglia, os parênteses não eram colocados sob o doente, mas sim na ideia de doença, de forma a inverter a noção positivista médica vigente. Desta forma, baseando-se na negação das capacidades terapêuticas do confinamento e apoiando as possibilidades de reinvenção da relação com a loucura, o movimento da Psiquiatria Democrática propõe a inversão da apropriação história da loucura do discurso médico para o universo social (AMARANTE, 1996).

Através das mudanças engendradas nas práticas de tratamento em Gorizia, esta instituição passa a vivenciar a experiência de Comunidade Terapêutica. Porém, isto não é o suficiente para sua transformação, sendo necessário o fechamento do hospital e a restituição da liberdade aos internos. Segundo Amarante, *“a comunidade terapêutica é criticada por pretender tornar-se uma técnica com fim em si própria, que nada mais faz do que encobrir por intermédio de uma nova ideologia, as contradições sociais que tinha tentado tornar explícitas”* (AMARANTE, 1996: 85).

Ainda que a discussão e as propostas tenham ocorrido, Gorizia não alcançou seu ideal de desconstrução manicomial, tendo tal fato ocorrido em Trieste, cidade ao noroeste italiano. O grande Hospital de Trieste, que abrigava os doentes mentais, passou por um processo de desconstrução institucional e em 1971 abriu suas portas à comunidade, passando inclusive a fazer parte do cenário arquitetônico da mesma (GONDIM, 2001). Rotelli (1992) vislumbra que:

“a experiência de Trieste levou à destruição do manicômio ao fim da violência do aparato da instituição psiquiátrica tradicional, demonstrando que era possível a constituição de um “circuito” de atendimento que ao mesmo tempo em que oferecia e produzia cuidados oferecesse e produzisse novas formas de sociabilidade e de subjetividade aos que necessitassem da assistência psiquiátrica.” (ROTTELI 1992, Apud CASTRO, 2009, p: 44).

Após a abertura das portas da Instituição, com a entrada de Basaglia na direção em 1970, os antigos pacientes passam a receber alta do hospital e quando não possuíam auxílio e estrutura familiar, moravam em casas no meio da cidade ou mantinham-se nas estruturas físicas do hospital como “hóspedes”.

Paulatinamente as desinternações do hospital de Trieste, ocorriam à construção de centros de saúde locais com função de apoio aos pacientes e comunidade, assim como cooperativas que possibilitavam uma demanda real de trabalho para os indivíduos não mais confinados (AMARANTE, 1996). O fechamento final do manicômio de Trieste aconteceu em 1977. Em 1978, é decretado o fim do chamado estatuto político de periculosidade do doente mental, revisando o papel deste na sociedade e lançando ao mundo uma nova experiência quanto ao paradigma da institucionalização e primazia da psiquiatria no campo da saúde mental.

Basaglia realizou uma viagem ao Brasil, em 1978, e suas contribuições para a reforma psiquiátrica no país tornaram-se marco na história de nossa saúde mental até hoje. Ao visitar o hospital psiquiátrico de Barbacena –MG, ficou horrorizado com as condições degradantes e submersas em práticas violentas pelas quais se encontravam os pacientes. A partir de suas contribuições sobre as experiências realizadas na Itália, influenciou diretamente no lema hoje levantado da Reforma Psiquiátrica brasileira, a saber, “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Basaglia propunha uma nova forma de entender o fenômeno da loucura, ao colocar a doença mental entre parênteses e assimilar os sujeitos “doentes” para além de seu diagnóstico. Assim, surge toda a proposta de redes substitutivas de atendimento e reabilitação psicossocial, a fim de se renovar a lógica asilar e manicomial ainda existente.

2.3.1- Fenômeno da Medicalização

Um fenômeno complexo que expressa a relação da saúde com os demais campos de saber, a partir de uma contundente influência nas ditas gramáticas sociais e uma das características mais latentes inserida no sistema de pensamento ocidental atual, é o da medicalização da sociedade. Muito se tem discutido sobre o processo de medicalização da loucura, dos espaços escolares e também de uma chamada ‘medicalização do crime’. Nota-se a presença do fenômeno não só pela abundante produção de fármacos que possuem uma rede massiva de usuários como também os espaços do cotidiano, antes preenchidos por outras formas de significação, hoje ocupados pelo olhar diagnóstico de uma sociedade dita doente. Segundo Luciano Pereira, a “*medicalização descreve um processo pelo qual problemas não relacionados à medicina são definidos e ou tratados como problemas médicos, comumente como transtornos.*” (Peter Conrad Apud PEREIRA, 2010: 26).

Aponta-se que, diante do caráter normalizador do saber médico, há também o caráter político que intervém nos espaços sociais (MITJAVILA, 1998 Apud MATHES, 2010). Através de uma transformação em assuntos antes não categorizados como questões médicas, mas hoje “tratadas” como tal, dialoga-se acerca da saúde do trabalhador, o papel da equipe de saúde nos espaços educacionais, entre outros problemas políticos e sociais tomados como individuais, espaços agora causadores de perturbação da mente, do espírito.

A partir do momento em que os atores se vêem como doentes, tornam-se consumidores do arsenal médico disponível para demanda daqueles, sejam as terapias, os remédios e tratamentos (*Manifesto de Lançamento do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*, 2010). Este mesmo material de referência possui cunho político afirmado e foi elaborado por profissionais da Saúde e da Educação os quais acreditam que o fenômeno da medicalização aparece em espaços como a aprendizagem e o comportamento dos indivíduos, justificados pelos profissionais como fator que reforçaria um estigma por aqueles que já são marginalizados nos sistemas de formação⁷.

⁷ A discussão da medicalização vem tornando-se cada vez mais popular entre acadêmicos de diferentes campos do saber, como a educação e as ciências médicas. Nesta última, muitos representantes como a Dra. em pediatria Maria Aparecida Moysés, acreditam que a noção de distúrbios como o TDHA (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) não encontrariam respaldo por localizarem uma falta de atenção apenas em áreas como o ensino e aprendizagem, questionando então de que forma a ação de uma medicação conseguiria auxiliar no foco desta atenção a um setor tão específico. Seriam então fenômenos socialmente produzidos para responder a uma demanda institucional e não doenças neurológicas que devam ser tratadas com medicação. Segundo a doutora, em entrevista a Carta Capital

Como exemplo dessa medicalização tem-se o desempenho esperado dos alunos, estipulados por metas das instituições escolares e que quando não correspondente àquelas é caracterizado como um déficit de atenção ou distúrbio de aprendizagem a ser tratado. O uso de jargões antes considerados estritamente no campo médico passa também a povoar os vocábulos da população. Ainda segundo os profissionais do Manifesto citado, esta seria uma forma de controlar os indivíduos, ocultando um lado perverso desta submissão.

A medicalização, bastante discutida nos dias de hoje, pode ser entendida como um fenômeno de caráter não - contemporâneo, a saber, um processo que ocorre há mais de dois séculos, com a entrada da medicina social no Brasil, em destaque a psicanálise. A história do asilamento seria então a mesma história da psiquiatria, ou seja, a história do processo de medicalização social (CASTRO, 2009).

A obra de Roberto Machado “*A Danação da Norma (1978)*”, foi orientada pelo autor através de proposições encontradas por ele em Michel Foucault, sendo aquele pioneiro na reflexão quanto à história da medicina e psiquiatria no Brasil. Tal obra hoje é vista como o “fio condutor” da noção de medicalização da sociedade que ocorre, segundo o autor, com a vinda da Família Real ao Brasil, em 1808, (ALMEIDA, 2009) reconhecendo que a partir do século XIX a intervenção da medicina rompeu barreiras ao não se manter apenas na esfera das práticas de saúde, passando o foco de prevenção para garantia de saúde, ou ainda de qualidade de vida. Segundo Machado (1978):

“É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria. Do processo de medicalização da sociedade, elaborado e desenvolvido pela medicina que explicitamente se denominou política, surge o comportamento do louco, só a partir de então considerado anormal e, portanto, medicalizável (Machado et al., 1978: 376)”

A medicalização ocorre também junto a uma consideração do crime como doença, sendo possível ser percebida na intenção de se repensar a “*casa de detenção em Instituto Médico Criminal*” no Brasil. (REBELO, 2007 Apud MATHES, 2010). Segundo Mathes (2010), o governo cogitava em separar os presos como em hospitais, determinando-os não pelos seus delitos, mas sim pela “natureza de seu estado degenerativo”. A infiltração do saber médico em outras instâncias sociais, torna possível entender o fenômeno da medicalização como passível a todos os assuntos que envolvam

(20/02/2011) a “*A lógica da medicina é comprovar a doença e depois tratar. Para essa (a TDHA), o remédio foi encontrado antes*”. Todo esse processo seria então sugestivo e com uma notável agenda econômica.

a sociedade e que entrem no escopo de alcance reflexivo da medicina (MATHES, 2010). Segundo Machado:

“A medicina investe sobre a cidade, disputando um lugar entre as instâncias de controle da vida social. (...) a presença do médico como uma autoridade que intervém na vida social, decidindo, planejando e executando medidas ao mesmo tempo médicas e políticas (...) A figura da medicina como instrumento técnico-científico a serviço, direta ou indiretamente, do Estado. (Machado, 1978: 68)”.

Entende-se que, de acordo com a identificação da loucura como um fato patogênico, nos fins do século XVIII (Amarante apud Machado, 2006), o paradigma hegemônico residia na lógica da segregação, do asilo. Através do entendimento de que o processo de doença aloca-se na dimensão corporal do indivíduo, exclusivamente, furtando as noções do social, psicológico ou comportamentais, reduz a lógica de atuação das ciências médicas para um modelo biomédico de atenção à saúde.

As características deste modelo hegemônico podem ser assim:

“[...]o individualismo, a saúde-doença como mercadoria; a ênfase no biologismo; a historicidade da prática médica; a medicalização dos problemas; o privilégio da Medicina curativa; o estímulo ao consumismo médico e uma participação passiva e subordinada dos consumidores. A influência política e cultural exercida por esse modelo nos profissionais, na população e nos chamados formadores de opinião, no que diz respeito aos problemas relacionados com a saúde, ilustra o conceito de hegemonia” (MIOTTO & BARCELLOS, 2009: pag. 43).

No entanto, o paradigma não tão antigo, o manicomial, foi afetado pelas proposições pós-modernas de resignificação da complexidade de novas dimensões, sejam estas sociais, culturais ou políticas, assim como o papel significativo da valorização da dimensão subjetiva do indivíduo. Tais novas formas de elaborar-se no mundo, colocaram o homem a se relacionar através de múltiplos acessos com a realidade que, segundo Machado era *“linear e invariante [e] foi sendo substituída pela noção de realidade complexa e dinâmica, que não é em todos os seus aspectos mensurável e controlável, como pretendeu o positivismo”* (MACHADO, D.M 2006: 15).

Assim, o modelo de atenção à saúde atual, o modelo psicossocial, substituto do modelo manicomial, abarca as formas de entendimento quanto as diferentes determinações do sofrimento psíquico, atualizando o termo “saúde mental”, dando

espaço à lógica assistencial e aos novos atores envolvidos na abordagem do chamado sujeito “integral” e pluridimensional, lógica esta alocada em outros aspectos que não apenas na doença física e seus sintomas, repensando assim “*o espaço asilar como espaço legítimo de atenção à saúde mental e da sua desconstrução*” (Ibid, pg.16).

Desta forma, o novo modelo ressignifica também as múltiplas dimensões do fenômeno da loucura, reconhecendo na subjetividade dos sujeitos, a impossibilidade de um modelo de asilamento totalizante como resposta à doença mental, redefinindo inclusive o chamado processo de atendimento humanizado. O paradigma das ciências biomédicas visto como incapaz de abranger toda a demanda à problemática da doença mental corrobora um embate com o paradigma das ciências sociais, enquanto este promove uma reflexão acerca da doença, sua experiência e processo de cura como relações dadas dentro de um contexto social num sistema cultural específico (KLEINMAN, 1992).

A noção de patologia é embutida tanto por uma experiência individualizada como também por uma reação social àquela enfermidade, dado ao fato de as práticas e percepções fazerem parte das significações simbólicas de caráter relativo, apontando assim para a utilização de uma nova forma de atenção às práticas de saúde e por sua vez, as práticas jurídicas. Hoje, a medicalização da loucura, acaba por ser monopólio das práticas especializadas do conhecimento médico, ainda que se busque superar tal lógica. A medida de segurança aplicada àqueles que possuem algum sofrimento psíquico e conflito com a lei, é executada pela esfera jurídica. No entanto, encontra seu embasamento na chamada “perícia médica”, a medicina técnica científica que abrange com o seu processo de medicalização a justiça criminal.

2.4- Entre o Crime e a Loucura : Considerações

A articulação entre loucura , violência e criminalidade é investigada há tempos e em diferentes sociedades, buscando compreender de que modo essa relação se materializa, e, ainda assim, mantém-se controvérsias sobre sua conclusão. Alguns estudiosos acreditam que pode haver maior incidência de atos criminais cometidas por agentes portadores de algum sofrimento em comparação à população geral. Em contrapartida, outros estudiosos alegam que as pesquisas neste sentido possuem validação duvidosa por falta de rigor metodológico ou testes confiáveis (MENEZES, 2001).

De acordo com Menezes (2001), delitos violentos cometidos por pessoas com doença mental, em situações específicas, não podem ser vistos como ocorrências constantes , visto que as doenças mentais consideradas graves são “relativamente” raras. Assim, as ações de infração grave do portador de sofrimento psíquico não contribuiriam de forma significativa para o aumento da violência, proporcionalmente comparada ao da população criminal como um todo. Cabe ressaltar que esse entendimento é essencial para o norteamo da categoria de *periculosidade* e, proporcionalmente, para a formulação de políticas públicas voltadas para o chamado Paciente Jurídico.

A patologia e a loucura não possuem vínculo direto, o que torna mais problemática a noção universal desse entendimento. O normal não passa então de uma norma e a doença também varia como variam as práticas e costumes. Cabe pensar o que se entende também como atitude desviante, conceituando de forma a não estabelecer uma associação imediata com a perspectiva da loucura, uma vez que é uma visão particular cultural atribuir doença a desvio e agir de forma a extirpar ou excluir os comportamentos anormais (FOUCAULT, 1975).

Ressalta-se que as produções quanto à relação crime e loucura possuem seus processos de formação no Ocidente, expandindo o grau de complexidade ao articular campos distintos de atuação que nos desafiam a encarar a realidade normativa que nomeamos e poucas vezes estranhemos. Os saberes que se propõem como processo de entendimento desta articulação possuem atualmente um aspecto transdisciplinar em seu procedimento e sistematização dos fenômenos citados.

Dentro dos considerados “objetos” concernentes às esferas de interpretação da sociologia, o saber criminológico situava-se até então deslocado, uma vez que era resguardado às ciências que estudavam a *psique* humana e suas manifestações. Ainda que o esforço para a delimitação do campo de atuação da sociologia existisse, a influencia massiva dos modelos biologizantes e organicistas do século XIX compuseram a concepção desta ciência por vir, ao tratar de fenômenos normais e patológicos (Durkheim, 1895/1982 *Apud* Almeida, 2009).

Tendo como pioneiros de um saber organicista de tradição sociológica francesa autores como Emile Durkheim e Auguste Comte, atualmente os termos *normal* e *patológico* não costumam ser empregados com frequência, tendo em Marcel Mauss um dos últimos a utilizar as metáforas biologizantes na escola francesa, provavelmente sendo rompida de vez, segundo Almeida (2009) “[...] *por meio da constituição da tradição estruturalista formalizada por Levi-Strauss*” (p.23).

O crime, como problema social e público possui entendimento controverso. Emile Durkheim (1858 -1917) entende o crime como um ato que ofende os sentimentos coletivos, devendo ser reconhecido pela sua função utilitária, indicando ou não a sanidade de sistemas de valores e costumes que constituem a consciência coletiva.

Além da característica de coerção, o Direito como fato social também é entendido como exterior aos indivíduos, uma vez que encontramos as normas previamente estipuladas e reproduzidas no cotidiano em diferentes esferas institucionais, seja nas escolas, família ou trabalho. A terceira característica que conceitua o fato social (o crime, neste contexto) para Durkheim baseia-se em seu caráter geral, pois os fatos sociais submetem a maioria das pessoas em sociedade.

Assim, qualquer fenômeno que perturbe as condutas penais e moralmente estabelecidas, firma-se como elemento patológico da condição coletiva, e para Durkheim, de caráter útil e fundamental para a designação do chamado “coletivo”. Para o autor, a situação *anômica* de uma sociedade se expressaria com a ausência desse corpo de normas que regulam as relações entre as funções sociais.

Considerado por muitos como o primeiro sistematizador de uma proposta sociológica autônoma, Durkheim buscou fundamentar cientificamente a distinção do que seria patológico e do que seria normal, como forma de complementar o estudo de Auguste Comte, afirmando que o trabalho de um homem de estado é comparável a de um médico, a saber, “*por meio de uma boa higiene, previne a eclosão das doenças e,*

quando estas se declaram, procura saná-las” (DURKHEIN, 1895/1982 Apud Almeida :65).

Ressalta-se que, diferentemente dos criminologistas de seu tempo como Enrico Ferri (1856 – 1929), Cesare Lombroso (1835 – 1909) e Rafael Garófalo (1851 – 1934), Durkheim acreditava que o crime era um fato social, normal em seus sintomas dado o fato de ser ligado às condições gerais de desenvolvimento da coletividade. Assim, segundo o autor:

“ Transformar o crime numa doença social seria o mesmo que admitir que a doença não é uma coisa acidental mas que, pelo contrário, deriva em certos casos da constituição fundamental do ser vivo; consistiria em eliminar qualquer distinção entre o fisiológico e o patológico ” (DURKHEIM, 2007).

Ainda a respeito da diferenciação entre Durkheim e os “antropólogos criminais” supracitados de seu tempo, sua ideia de crime como fato social contradizia a determinante herança criminosa dos sujeitos. Segundo Almeida (2009), o pensador francês ocupou-se em elaborar exclusivamente a partir da visão sociológica a reflexão quanto à normalidade, como ressalta:

“Pelo fato de o crime ser um fenômeno social normal, não se deve concluir que o criminoso seja um indivíduo normalmente constituído do ponto de vista biológico e psicológico. As duas questões são independentes uma da outra. Compreender-se-á melhor esta independência quando tivermos mostrado mais adiante a diferença existente entre os fatos psíquicos e os fatos sociológicos” (Durkheim, 1895/1982 Apud Almeida, 2009: 30)”

Assim, diferentemente de Garofalo e dos demais criminologistas que defendiam a patologia psicológica nata do criminoso, o crime acaba por ser socialmente normal de acordo com Durkheim. O entendimento quanto ao saber criminal que crescia no século XIX , o chamado positivismo criminológico, identificava o sujeito criminoso como vítima de sua condição, retirando-lhe a capacidade de ação livre e controle sobre seus atos (BRANCO, 1980).

Reforçando a noção de que o crime sendo um fenômeno multifacetado e estudado por diferentes saberes, na sociologia este, “[...] *adquire outras feições com menor ênfase sobre a norma escrita e maior atenção sobre as diversas dimensões das manifestações empíricas do fenômeno* (BORGES, 2009: 17) ”.A complexidade teórica quanto à tentativa de definição da criminalidade surge ao se tentar correlacionar as

diferentes variáveis representantes dos aspectos “*biológicos, sociais ou psicológicos*”, com a realidade social (MAGALHÃES, 2006). Segundo Magalhães, ainda que se busque a aproximação mais verossímil, estas categorias densas de correlação não são entendidas diretamente através de uma análise empírica *simples*.

Ao se buscar a compreensão de um crime, no entendimento da criminalidade, o italiano Lombroso, inspirado em Charles Darwin, apoiou-se tanto em aspectos biológicos quanto sociais, através de suas pesquisas com cadáveres, o que lhe conferiu a possibilidade de estabelecer padrões comportamentais, psicológicos e físicos, exemplificados pelos seguintes estudos: das assimetrias cranianas, fusão dos ossos atlas, uso de tatuagens, uso recorrente de um frequente jargão, entre outros, acreditando ser a loucura condição determinante da criminalidade.

Lombroso, utilizando-se de um conhecimento “antropológico criminal”, afirma que o crime é essencialmente individual, sendo possível determinar seis diferentes categorias para as delinquências. As categorias seriam: 1- passional; 2- o “nato” (atávico⁸), considerado como uma sub-espécie humana, categorizado após o autor identificar em um criminoso famoso a existência de uma anomalia atávica encontrada nos vertebrados inferiores; 3- o ocasional; 4- o louco (alienado mental); 5- o louco moral (doente) dotado de inteligência, porém perigoso e sem nenhum senso moral e o 6- o epilético, possuidor de uma doença congênita (LOMBROSO, 2010).

Rafael Garofalo, considerado pai da Criminologia ao utilizá-la como termo em 1883, nomeou em seus estudos a categoria de delito natural, afirmando que os estudiosos do tema até então se pautavam pela descrição dos atributos e características do delito e, no entanto não abordavam o conceito próprio de crime, sujeito principal do novo saber. Classificava assim os criminosos através de elementos físicos e comportamentais. Para o italiano Henri Ferri, diferentemente de Lombroso, o delito era produto de uma combinação de fatores e não exclusivo de uma patologia individual, ratificando a sua busca por um estudo etiológico do crime.

⁸ Após necropsiar 383 cadáveres, deparou-se com o defunto do famoso assassino Milanês Vilela. Ao dissecar o corpo de Milanês, encontrou em seu crânio a fosseta occipital média que era característica do chamado homem primitivo. Tal vestígio levou Lombroso a concluir que havia uma relação entre o instinto sanguinário e a regressão atávica. Atavismo refere-se ao ressurgimento de uma característica anteriormente ausente, ao longo de gerações.

A influencia dos criminólogos positivistas italianos teve efeito direto nos intelectuais brasileiros à época da normatização jurídica do crime e do louco infrator na década de 40⁹.

O que envolve a lógica de segregação punitiva e contribui para a produção de estereótipos acerca do fenômeno criminal ainda hoje tem na criminologia positivista a manutenção de um paradigma que, em sua prática, busca na criminalidade atributos de determinados indivíduos com propensão a delinquir, com justificativa ontológica de cunho científico, individualizando as medidas que seriam adequadas para sua eliminação, ao intervir no comportamento do criminoso, pautando-se ainda numa ideologia de defesa social (ARGUELLO, 2005). A escola interacionista, como anteriormente exposta através de Becker e Goffman no item 2.1, (entre os anos de 1940 e 1950) rompe de forma fundamental com este paradigma positivista ao elucidar que existem estereótipos das chamadas ‘condutas desviantes’, afirmando que é a lei quem determina o delito, ao definir condutas socialmente reprovadas (ARGUELLO, 2005).

⁹ As modificações no Código Brasileiro, a trajetória de surgimento da medida de segurança e as influencias recebidas serão descritas no capítulo 3, sobre a Constituição Penal da medida de segurança.

Capítulo 3 - A Medida de Segurança : Objeto de Estudo

3.1 - Contexto histórico do Direito Penal Brasileiro e a Medida de Segurança

O tema relacionado à aplicação das medidas de segurança sempre foi controverso, principalmente quanto ao tempo de sua duração, uma vez que dentro da Constituição Federal estabelecida (art. 5º, XLVII, *b*), não deverá haver penas de caráter perpétuo¹⁰. As medidas de segurança surgem no Código Penal com finalidade específica e de caráter especial, para criminosos pontualmente caracterizados como doentes mentais perigosos. O surgimento da discussão acerca deste indivíduo criminoso e portador de alguma doença mental situa o nascer do chamado saber criminológico e psiquiátrico forense.

O projeto do Código Criminal Brasileiro foi elaborado seguindo a Escola Clássica do Direito Penal cujas bases se deram pelo italiano Cesare Beccaria, em 1767. Beccaria, autor da obra “Dos delitos e das penas”, insere-se num contexto do movimento humanista e filosófico do século XVIII e defendia três pilares. Esses pilares falam acerca da: revogação da existência de igualdade entre os homens perante a lei; pena em função da gravidade do delito; e o condicionamento do crime a sua definição legal.

O Código Criminal Brasileiro foi aprovado em 22 de outubro de 1830, influenciado diretamente pelas bases apontadas por Beccaria. Não havia uma individualização do infrator quanto ao delito cometido: "*Não haverá crime ou delito sem uma lei anterior que o qualifique*" (Brazil, 1876). Assim, o caráter retributivo das penas e de igualdade entre os homens funde-se numa doutrina de responsabilidade e livre arbítrio.

Entender a medida de segurança dentro do contexto penal requer explicar o processo de institucionalização do sanitarismo brasileiro e atenção à precária infraestrutura básica, ressaltando o papel da psiquiatria na elaboração do trato com o chamado “louco infrator”. O processo de institucionalização da medicina surgiu por forte influência das mudanças ocorridas com a vinda da família Real Portuguesa em 1808, tendo como um dos marcos a construção dos primeiros colégios de medicina no Rio de Janeiro e Bahia, respectivamente nos anos de 1813 e 1815. Dando prosseguimento à construção material

¹⁰ Quanto ao caráter tido como perpétuo e sua relação com a Constituição Federal, será melhor abordado no tópico seguinte.

e imaterial de reconhecimento e legitimidade da medicina, em 1829 criou-se a fundação da Academia Imperial de Medicina e Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, entre outros.

Nomes como Porto-Carrero, Antonio Austragésilo, Carneiro Ayrosa e Franco da Rocha tornaram-se pioneiros em publicação de trabalhos acerca da psicanálise no país, influenciados por Juliano Moreira que no final do século XIX já carregava reconhecimento como figura de destaque da psiquiatria no Brasil e de suas influências provindas de Sigmund Freud.

Esse período de institucionalização da medicina e sua influência na organização do estado e nos ditames normativos da mentalidade social da época emerge sob um contexto de embate entre teorias explicativas quanto às enfermidades que faziam parte da sociedade. Segundo Machado (1978), a regularização do funcionamento social através de uma perspectiva sanitarista se dá através de uma obrigação da medicina se comprometer em não tratar apenas o indivíduo, mas supervisionar a chamada saúde coletiva, como forma de visar o bem comum e conferir a segurança do estado. Assim, o foco seria não apenas na aferição corporal do ator, mas sim do chamado corpo social, buscando a noção preventiva de tratamento.

No tocante à legitimação da psiquiatria, como ação médica e especialidade, o papel de Teixeira Brandão (1854 – 1921) também se destaca (PONTE, 1999). O médico afirmava que a busca por “medicalizar” os asilos de alienados deveria ser feita sob o escopo dos profissionais da área. A psiquiatria, até no século XIX entendia seus recursos metodológicos com ações de seguintes naturezas: o tratamento moral e o chamado isolamento terapêutico, como recursos normalizadores, situando o paciente numa dinâmica de regras e ordem a fim de se suprimir seus estados de delírio e segmentar um comportamento esperado, exemplificado através de ações onde a ordem é estipulada de fora para dentro (CASTEL, 1978).

Teixeira Brandão também exerceu papel especial na localização da medicalização nos hospícios, destacando o lugar do profissional da saúde ao alegar que a administração de segmentos como os asilos e hospícios deveria ser feita por especialistas da dita loucura, dotados de capacidade hábil para manutenção desses fenômenos e ressaltando a autonomia da categoria médica (PONTE, 1999).

Posteriormente, Juliano Moreira reafirma a importância desta assistência especializada aos asilados através de marcos considerados por ele como essenciais neste processo, como a criação do Hospício Nacional em 1841, a inserção da psiquiatria no

ensino em 1882 e a promulgação da Lei Federal de Assistências a Alienados (PONTE, 1999). Moreira buscava a discussão também para o campo jurídico, destacando a psiquiatria como o saber possuidor de capacidade única de legislação sobre a questão, abrangendo as atribuições dos psiquiatras a outros campos.

No segundo Império, a relação com a loucura e a estigmatização do “louco” se dava pela ideia imagética que se fazia do mesmo, através de suas vestimentas, fala, hábitos, todos considerados extravagantes, peculiares e diferentes, porém ainda não vista com medo ou repulsa, mas sim estranhamento (PONTE, 1999). No entanto, a iniciativa de segregação começou a ser difundida por meio, sobretudo, das ideias alienistas, responsáveis por modificar o paradigma da loucura (suscitando a modificação da categoria: de loucura para doença mental).

O chamado alienismo surge em Paris, na França, em meio ao século XVIII e XIX, através de Pinel (1745-1826) e Esquirol (1772-1840), que em seus cursos debatiam acerca de: mudanças nas estruturas hospitalares, o local de exercício; o saber da psiquiatria; e o instrumento de intervenção, classificada como metodologia moral. Esses três elementos compunham, segundo os alienistas, as dimensões heterogêneas que compunham a síntese acerca do tratamento da loucura. Juntamente com outros filantropos, higienistas e reformadores com Cabanis, Delecluy e Thouret, foram responsáveis pelas mudanças hospitalares em meio às crises políticas da época (OUYAMA, 2000).

A ideia alienista está baseada numa proposta positivista e sócio-darwinistas que classifica a loucura como doença, a chamada *alienação* mental. A figura do alienista é exemplarmente caracterizada por Machado de Assis, em sua obra “*O Alienista*”, publicada em 1882. Em tal obra, Assis conta a história de um médico chamado Simão Bacamarte, que representaria a ciência fria, metódica e positivista. Bacamarte é um médico que se propõe a entender as fronteiras entre a razão e a loucura.

No entanto, após a internação de quase toda a população da cidade, no conto, quem acaba sendo internado é o próprio doutor Bacamarte, que se considerava naquele último momento, o único “anormal” na cidade. A crítica de Machado de Assis recai justamente na ideia cientificista do homem e sua suposta retidão de caráter e interiorização das normas vigentes. Valem ressaltar, em anexo (p.108), as 14 teses alienista do médico baiano, Francisco Júlio de Freitas e Albuquerque que mostram massiva influência alienista na medicina brasileira no século XIX e a relação das práticas voltadas para a população com transtornos mentais.

Naquele contexto, não havia possibilidade de se entender a loucura sem caracterizá-la como desrazão, assim os loucos de toda sorte não requeriam especialistas para serem reconhecidos. Os loucos, infratores ou não, eram tratados de forma diferenciada, de acordo com a definição de sua situação social, sendo direcionados a casas de segregação.

O primeiro asilo para ‘alienados’ no Brasil inaugurou-se em 1852, no Rio de Janeiro, sob a vigilância alienista. No mesmo ano, dada a influência do francês Esquirol, discípulo fiel das ideias de Pinel, formulou-se a primeira Lei dos Alienados no Brasil. Esta lei relegava ao médico a internação de forma secundária, dando espaço primeiramente aos “*Juízes de Órfãos, depois o Chefe de Polícia, a família, e à Administração da Santa Casa de Misericórdia*” (OUYAMA, 2000). O crime, todavia, recebe uma formulação de acordo com o Código Penal e dele faz parte nova ideia de inimputabilidade do agente infrator, sendo os loucos criminosos inseridos, a partir de então, em tal categoria.

Faz-se necessário citar o caso do francês Pierre Rivière para então compreender melhor a cooperação e a relação da psiquiatria e psicologia no direito. Ao final do século XIX, a psiquiatria possuía uma forma imperativa com perspectiva positivista e biologizante, e foi na figura do parricida Pierre Rivière em 1835, que a irresponsabilidade criminal ganhou lugar. Pierre fora acusado de degolar sua mãe e dois irmãos sob a justificativa de querer libertar seu pai, que tanto amava. Por mais que declarasse respaldo religioso para seu crime, assim como sua doença mental, alguns especialistas acreditavam em sua racionalidade para conferir sentido aos atos cometidos.

Antes, no código penal francês, culpa e loucura eram duas dimensões excludentes, ou seja, se era louco não era culpado. Depois do ano de 1832, ambos os espaços passaram a dialogar sob a perspectiva do tratamento. (PERES & NERY FILHO 2002), O louco deveria ser encarcerado, de forma a ser tratado e não punido. Assim, passa-se a modular sentenças em decorrência da doença, requerendo-se a integração das perícias psiquiátricas nos tribunais.

Rivière foi poupado da morte, porém não da administração penitenciária após ter sido diagnosticado por três diferentes especialistas do campo da psiquiatria e psicologia com ideias conflitantes. O desfecho se dá na medida em que ocorre a articulação entre direito e psiquiatria (PERES & NERY FILHO 2002), sendo assim considerado o primeiro sujeito a ser inocentado na justiça por distúrbios psíquicos. Vale ressaltar que até então, a psiquiatria normativa se embasava numa teoria da degeneração, que

segundo Castro (2009), trouxe à tona os conceitos de “*periculosidade, incurabilidade e cronicidade com graves consequências até os dias atuais*” (p.57).

De acordo com a legislação brasileira de 1903, a questão da loucura passa para a tutela do Estado com a aprovação da Lei Federal de Assistência aos Alienados iniciando-se assim a construção de estabelecimentos psiquiátricos (OYAMA, 2000). Em 1920 pondera-se a necessidade de criação de uma instituição que contemplasse não apenas os loucos, mas os loucos criminosos. Neste ano, é criado o primeiro Manicômio Judiciário no Rio de Janeiro, tornando-se o primeiro da América Latina.

Em 1940, no Brasil, a ideia de imputabilidade não distinguia a noção de responsabilidade moral e responsabilidade penal ainda fundada no livre-arbítrio. O Novo Código formulado neste ano trazia em si a ambiguidade pelo fato de que, ainda que fundado sob os pilares clássicos da doutrina do direito já citados, abarcava a perspectiva positivista da loucura como doença biológica que comprometia o entendimento. Para se conceber a inimputabilidade do criminoso recorria-se ao novo código que detinha o critério biopsicológico (PERES & NERY FILHO, 2002) . No novo Código, a única causa que excluiria a responsabilidade do autor infrator, seria a causa biológica, que comprometeria então seu entendimento. Assim,

“[...]os doentes mentais são isentos de pena e, por isso, a doença mental no código de 1940 é considerada como uma causa de exclusão da culpabilidade: o crime existe, mas não é efetivo em relação ao sujeito. Se está ausente a culpabilidade — elemento que liga o agente ao crime —, isso determina a inimputabilidade, de modo que não pode ser juridicamente imputada a prática de um fato punível ao sujeito” (Jesus, 1988 Apud Peres Nery Filho, 2002: 8).

A ideia de inimputabilidade trazia em sua essência a noção de isenção de culpa. O novo código , para dentro das sanções penais, traz uma nova modalidade penal, na forma de medida de segurança. Essas medidas de segurança possibilitam o espaço frente aos denominados irresponsáveis ou "semi-responsáveis". As medidas de segurança recaem sobre o tipo específico de criminoso, o portador de transtorno mental.

A reforma no código penal em 1984 estabelece um novo sistema, o vicariante e não mais o sistema binário. Neste último, a medida de segurança pode coexistir com alguma pena. Já no sistema vicariante (ainda em vigência) ou é pena ou é medida de segurança. O caso do Febrônio, Índio Brasileiro, traz também o embate dos discursos jurídicos e médicos no país de forma pioneira. Febrônio, como Pierre de Rivière, tem

seu marco com a intervenção psiquiátrica na jurisprudência brasileira. Foi o primeiro interno em uma instituição de manicômio judicial no Brasil, no Rio de Janeiro.

O caso Febrônio teve repercussões exorbitantes na mídia e no próprio imaginário popular, transformando-se, inclusive, em marchinha de carnaval. Febrônio fora acusado de estupro e homicídio, porém, mostrando-se incapaz de compreender seus atos, foi declarado louco e, portanto irresponsável. Sua figura é marco na história do desenvolvimento do chamado “louco-infrator” dentro das políticas públicas do país.

Atualmente, a medida de segurança ainda encontra espaço no Código Penal, sob críticas de especialistas tanto de áreas da saúde como de juristas quanto a sua natureza e forma de aplicação. Formula-se políticas públicas de humanização em relação ao chamado Paciente Jurídico, situando-o anteriormente como um doente a ser tratado e reintegrado à sociedade, e, no entanto, quanto ao caráter da reclusão, ainda é relegado a instituições totalizantes e segregadoras, intensificando sua natureza complexa e contribuindo ainda mais para a estigmatização desse sujeito.

3.2 - A Medida de Segurança : Da Lei às Possibilidades

Na legislação brasileira, através de disposições normativas, encontram-se as *sanções penais*, dividida em duas espécies chamadas *penas* e *medidas de segurança*.

A medida de segurança é um dispositivo de lei que é aplicado àqueles que cometeram alguma infração penal e possuem algum tipo de transtorno mental, funcionando do seguinte modo: quando um crime é cometido, a pessoa acusada alega sua relação e responsabilidade quanto ao ato cometido, após o inquérito policial instaurado. A pessoa pode alegar ser culpada ou inocente e diante dos fatos, seus representantes procuram provas que corroborem seu discurso. Há também a situação em que, devido a depoimento de familiares, histórico de internação em clínicas de reabilitação, entre outros, a pessoa acusada alega (ou alegam por ela) não ter de responsabilidade diante do ato delituoso cometido por ser portador de algum transtorno mental: são os chamados *inimputáveis*, submetidos pela Medida de Segurança.

Segundo o Código Penal¹¹:

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. Redução de pena
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.

Para melhor entendimento acerca de quem responde à chamada Medida de Segurança, ressalta-se a importância da significação dos termos *imputabilidade* e *inimputabilidade*. Tais termos possuem natureza essencialmente jurídica, apesar de a psiquiatria subsidiar a justiça na interpretação final destas categorias supracitadas.

Entende-se assim o termo “imputar” como atribuir culpa ou delito a outro, sendo “imputável” alguém a quem podemos atribuir algum senso de responsabilidade. Desta forma, o sujeito compreendendo seus atos e possuindo capacidade de auto declarar-se quanto a sua situação, torna-se imputável. Em tal classificação encontra-se atualmente a maioria da população carcerária brasileira que alcança aproximadamente 500 mil

¹¹ BRASIL. Código Penal Brasileiro.

presos/2011, de acordo com o relatório do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e das Medidas Socioeducativas (DMF), do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Em Brasília, segundo o Departamento Penitenciário Nacional –DEPEN-Ministério da Justiça, até 12/2011 a população carcerária era de 10.305 pessoas.

Já os **inimputáveis** subdividem-se em duas categorias: os inimputáveis e os semi-imputáveis. Os primeiros são formados por aquelas pessoas que não possuem nenhuma capacidade de compreender a natureza do ato delituoso, ou seja, são “inteiramente incapazes”. Já os semi-imputáveis são os que não são inteiramente capazes de entender o caráter ilícito do fato (Art. 26 § único). O indivíduo é incapaz, logo irresponsável, isento de pena. Os semi-imputáveis não são isentos de culpa, podem ser considerados culpados, porém terão a pena reduzida ou substituída por medida de segurança.

Em Brasília -DF, respondendo à medida de segurança, (os inimputáveis), até os últimos dados fornecidos em entrevista pelos Juízes da Vara Criminal de Brasília MJ/junho 2012, eram 98 homens e 4 mulheres que se encontravam sob essa natureza jurídica¹². De acordo com a lei, são *inimputáveis* aqueles que comprometem sua capacidade de imputação, parcial ou total, em função de:

- *Doença mental* (abrange as chamadas neuroses, demências, psicoses e personalidades psicopáticas)
- *Desenvolvimento mental incompleto* (incluem-se os menores de 18 anos e os silvícolas inadaptados).
- *Desenvolvimento mental retardado* (refere aos oligofrênicos, em seus três tipos possíveis: idiotas, imbecis e débeis mentais e, eventualmente, aos surdos-mudos quando o sujeito, em consequência dessa condição, tem prejudicada a capacidade intelectual, de compreensão ou de autodeterminação, sempre segundo o artigo 26).

• *Perturbação da saúde mental.*

¹² Ressalta-se que ao longo da incursão em campo, os dados totais de quantas pessoas estavam cumprindo medida de segurança em regime de internação eram transitórios e foram liberados pelos Juízes, assistentes sociais e agentes penitenciários com dados diferentes. Isso acontece tanto devido à falta de acesso direto a documentos oficiais não fornecidos, como também pelo fato de que observa-se um caráter de desinternação latente, trazendo dinâmica no volume e mobilidade dos pacientes jurídicos que respondem à medida de segurança. Segundo os dados da DEPEN, até dezembro de 2011, havia 78 homens e 5 mulheres. Em regime de Internação, existiam 83 pessoas e em Regime ambulatorial não constava nenhuma. Os semi imputáveis geralmente respondem a medida de tratamento (“extra-muros”), não havendo dados que contemple este universo. Os dados encontram-se desatualizados no INFOPEN por ausência ou erro de preenchimento por parte da Unidade da Federação.

Enfatiza-se que a inimputabilidade não recai somente nestas quatro formas, englobando também os dependentes químicos, aqueles que estejam sob efeito de drogas que causam dependência física e/ou psíquica. Também embriagados por álcool ou substâncias de efeitos análogos.

Artigo 19. *É isento de pena o agente que, em razão de dependência ou por estar sob efeitos de substâncias entorpecentes ou que determine dependência física ou psíquica proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.*

Art. 27. *Os menores de 18 (dezoito) anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial.*

Art. 28. *Não excluem a imputabilidade:*

- *II - Embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substâncias de efeitos análogos;*
- *§1º -É isento de pena a embriaguez completa, por força maior, acidental, patológica ou caso fortuito.*
- *§2º -A pena pode ser reduzida de um a dois terços para a embriaguez relativa.*

Quando há a constatação de *inimputabilidade*, instaura-se a medida de segurança que tem como intuito cessar a suposta periculosidade que o infrator pode possuir perante a sociedade e a si próprio, de forma a assistir ao Paciente Jurídico. Para que o indivíduo retorne ao convívio social é necessário que se averigüe que seu potencial de perigo não é mais passível de surgir. Segundo Delmanto (2007), estabelece-se que:

“São três os (requisitos) necessários para que se afirme a inimputabilidade prevista no caput deste art. 26: 1. Causas. Doença Mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado. Cumpre observar que o nosso Diploma Penal não incida quais seriam “essas doenças mentais”, cabendo à psiquiatria defini-las [...] 2. Consequências. Incapacidade completa de entender a ilicitude do fato ou de determinar-se de acordo com essa compreensão. 3. Tempo. Os dois requisitos anteriores devem coexistir ao tempo da conduta. Assim, não basta a presença de um só requisito isolado. Necessário se faz que, em razão de uma das duas causas (requisito 1), houvesse uma das duas consequências (requisito 2), à época do comportamento do agente (requisito 3).” (DELMANTO, 2007: 101).

As medidas de segurança são:

I - internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial;

§ único - extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a quem tenha sido imposta.

De acordo com o Artigo 97, do Código Penal :

“Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação .Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial”. E mais, “Em qualquer fase do tratamento ambulatorial poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos”.

Assim sendo, as etapas para a aplicação da medida de segurança seguem uma lógica semelhante a esta: se não existe questionamento acerca da sanidade mental do agente, este encontrando-se com plena capacidade cognitiva e social, o processo seguirá até a condenação, cumprimento de pena ou absolvição. No entanto, se há suspeitas de sanidade mental do agente instaura-se o chamado Incidente de Insanidade Mental. Este requer a pericia psiquiátrica que, por sua vez, pode atestar três diferentes pareceres: o primeiro seria atestar a chamada “sanidade”, classificando o sujeito como imputável, e seguindo seu processo regular, como anteriormente mencionado.

Pode também a pericia averiguar semi - imputabilidade do agente , situação na qual o Juiz pode reduzir ou não a pena de um a dois terços ou a absolvição do réu com aplicação de Medida de Segurança. Por fim, a pericia pode atestar a inimputabilidade do agente, a partir do momento em que se constata a insanidade mental do sujeito infrator, este sendo obrigado a cumprir a medida de segurança, que possui duração de um a três anos, sem previsão de liberdade ou soltura.

Dentro do aspecto penal, para os portadores de transtorno mental que se inserem em um contexto de crime, a medida de segurança tem um caráter assistencial e preventivo. É interessante ressaltar que, no processo de qualificação da loucura como crime, os laudos psiquiátricos são dificilmente refutados pela justiça.

Cabe retornar ao fato de que a medida de segurança não é completamente revogável após a constatação da não-periculosidade. Por um período de um ano, a

medida de segurança pode ser restabelecida por indicativo de persistência de periculosidade.

É neste momento que entra um hiato sobre a pena perpétua, ou seja, a medida de segurança depende do critério de banimento da periculosidade segundo os critérios médicos e é a partir desse limiar que se pode instaurar a inconstitucionalidade de tal medida, uma vez que contraria a noção de aplicação de penas perpétuas no código brasileiro - Constituição Federal (Art. 5º, XLVII, b). Que critérios são considerados ao se averiguar a cessação de periculosidade? E àqueles que possuem algum sofrimento psíquico considerado como intratável? Seriam eternamente relegados ao confinamento? A figura do “louco infrator” entra então num chamado limbo jurídico. Muitas vezes, o autor do crime passa mais tempo internado em alguma casa de custódia do que o limite de reclusão de 30 anos, presente no Código Penal.

Em relação à noção de responsabilidade autoral dos crimes, a medida de segurança questiona necessariamente essa interpretação, pois ao adentrar no ambiente “carcerário” de um manicômio judiciário ou um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico-HCTP, o infrator já é desresponsabilizado pelos seus atos, o que implica uma lógica diversa da política de culpabilidade e punição. Assim, tais argumentos reforçam a ideia de caráter preventivo e assistencial da medida de segurança, diferente de um regime de prisão, nesse sentido.

O quadro abaixo foi criado como recurso ilustrativo de comparação entre as sanções, ou seja, as *Penas e a Medida de segurança*, a fim de se ressaltar as diferenças e aproximações entre as duas formas de sanção. Buscou-se informações encontradas no Código Penal, assim como em doutrinas jurídicas atualizadas:

PENA	MEDIDA DE SEGURANÇA
Imputáveis; Natureza Retributiva-preventiva; Pressupõe culpabilidade; Proporcionalidade relativa à gravidade da infração; Tempo determinado; É fixa, com limitação temporal estipulada.	Inimputáveis; Natureza Preventiva; Pressupõe Periculosidade; Proporcionalidade das medidas de segurança fundamentada na periculosidade do sujeito; Tempo indeterminado; Não é fixa, sem limitação temporal

Segundo Lizianni de Cirqueira Monteiro “*As duas medidas possuem caráter aflitivo e implicam privação de liberdade do indivíduo. Assim, em essência, não há dessemelhança entre a pena e a medida*” (MONTEIRO, 2011:12).

A pena difere da medida de segurança no que tange a sua finalidade, mesmo que ambas individualizadas. A primeira é repressiva, com caráter normativo de penalização e a segunda tem finalidade preventiva e de tratamento. No entanto, dada as suas condições práticas, tanto a pena quanto a medida pouco diferem no cumprimento em regime de reclusão, tornando a ambiguidade desta última ainda mais latente. Cabe lembrar que a medida de segurança, ainda que se proponha com finalidades terapêuticas encontra-se sob tutela da esfera penal, indicando um regime de tratamento de ordem legal e não de ordem médica. Segundo Abdalla (2009):

“Relembrando a determinação citada, do caput do artigo 94 do Código Penal, o tipo de tratamento psiquiátrico é judicialmente determinado com base não na dependência da natureza e gravidade do transtorno psiquiátrico apresentado, mas sim na natureza e gravidade do crime praticado. Isso significa que a modalidade do tratamento psiquiátrico é determinada segundo critérios legais e não critérios médicos”. (ABDALLA, 2009: 185)

Apointa-se assim a situação de vulnerabilidade em que se encontra o Paciente Jurídico, dada a sua natureza duplamente estigmatizada, tanto por sua condição de transtorno mental a priori, quanto por sua condição carcerária, estando em conflito com a lei vigente. A medida de segurança parece materializar-se então mais como uma pena de sanção legal mediante o crime cometido, do que de fato como uma medida de tratamento ao transtorno existente.

3.2.1 - A noção de Temporalidade da Medida de Segurança

Segundo o artigo 97 § 1º do Código Penal, “a internação e o tratamento ambulatorial será por tempo indeterminado, perdurando enquanto durar a periculosidade”, verificada através de perícia médica.

Uma das maiores discussões em torno da medida de segurança atualmente está no seu caráter temporal. A indeterminação, baseada no conceito de periculosidade, expõe os agentes que respondem a essa medida a um vácuo jurídico de difícil compreensão. Segundo o jurista Dr. Barreto,

“A punição ao louco é muito mais rigorosa que a punição imposta às pessoas ditas normais, uma vez que a internação não tem prazo para acabar. É uma espécie de prisão perpétua sujeita à condição resolutive da cura improvável, sujeita a uma condição quase impossível” (BARRETO, 2008)

Se a medida tem tempo mínimo e não possui um tempo máximo supõe uma assimetria jurídica quanto ao direito do condenado de saber a duração de sua penalidade. Segundo Luiz Flávio Gomes (2007) o direito de saber quanto à duração de sua sanção é inerente ao chamado principio de legalidade dos delitos e das penas.

O documentário “A Casa dos Mortos”, produzido em 2009 pela antropóloga e bioeticista Débora Diniz , possui uma diferente abordagem acerca do tema do encarceramento, dos desafios que a Reforma Psiquiátrica ainda enfrenta e da realidade dos Hospitais de Custódia e Tratamento (os Manicômios Judiciais). O documentário traz uma visão acerca da realidade vivenciada pelos internos de um Hospital de Custódia e Tratamento na Bahia, destinado àqueles que cometeram algum crime e possuem alguma espécie de sofrimento psíquico.

Com uniformes amarelos, vistos no documentário, cerca de 150 internos vagueiam e compõem a dança dos corpos sem destino no Hospital localizado na Bahia. Diante da câmera, relatos pessoais são desferidos simultaneamente apresentando a trajetória pessoal de alguns desses homens que , em síntese se expressam em um único personagem: o louco infrator esquecido e “depositado” num local segregado, cumprindo uma medida- não considerada como pena- *sem previsão de liberdade*, como ressaltam em suas falas.

O documentário é disposto de acordo com uma poesia feita por um dos internos do HCT, Bubu. Poeta que já passara mais de 10 vezes por instituições de manicômios judiciários. O poema em questão foi escrito no decorrer das filmagens do documentário

e dialoga pontualmente com uma obra russa do escritor Fiódor Dostoiévski, intitulada Recordações (Ou Caderno) da Casa dos Mortos. A obra de Dostoiévski foi elaborada acerca das experiências vividas, pelo autor, em uma prisão na Sibéria. Bubu também inspira-se na obra de Lima Barreto, Cemitério dos Vivos, na qual o literato brasileiro constrói uma história também baseada em sua trajetória pessoal com experiências de internação em manicômios. A todo instante em sua narrativa surge à relação do abandono social e o estado de demência, caracterizando as novas formas de retratação da loucura por teorias médico-científicas daquele tempo, mudando progressivamente o status da loucura para doença médica.

O personagem Almerindo, apresentado no documentário, estava há mais de 20 anos dentro da instituição, onde já sofrera o que Goffman considera de institucionalização do eu, uma aceitação gradual do mundo hospitalar, a aceitação das regras daquele estabelecimento e um afrouxamento dos laços com o mundo exterior. Muitas vezes, ao sair, um interno além dos estigmas sofridos, possui uma constante necessidade de atualizações para se estabilizar, o que causa muitas voltas para o internamento.

“*Vai morrer aqui*”, sentencia a enfermeira, no desfecho de uma das cenas do documentário.

3.2.2- A quem essa Medida submete? Considerações sobre o Paciente Jurídico

A categoria Louco Infrator utilizada ao longo do presente trabalho informa acerca da figura ressignificada ao longo da história, atualmente categorizada também como Paciente Jurídico, entre outras denominações. As diferentes formas de designar a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei possuem conotações, a meu ver, diferenciadas e são empregadas a fim de se destacar o processo de transformação, ainda em vigência, do significado de loucura- doença mental e sua relação com o fato delituoso, tendo em vista a localização daquele na sociedade.

O *Paciente Jurídico* é entendido como um ator social que sofre de perturbações psíquicas e é sujeito de uma rede existente de saúde pela qual é/será assistido. Este mesmo ator é reconhecido por um *status* de jurídico por ser submetido à ação normativa da esfera do direito, não implicando a esta ação uma conotação imediata de transgressão. O *Louco-Infrator*, por sua vez, é entendido não como ator assistido, mas sim como ator possivelmente perigoso, que infringe as leis estipuladas e possui na “loucura” o “entendimento” de suas ações.

Ressalta-se que a denominação Louco Infrator é também mais utilizada pelo seu apelo às figurações imaginativas dos papéis socialmente construídos e contém valor estigmatizado. É por isso aqui utilizado com caráter de entendimento desse processo, reforçado pelo seu uso massivo em literaturas, legislações e medidas pioneiras tal como o Programa de Atenção ao Louco Infrator- PAILI, do Ministério Público de Goiás. Atualmente, discute-se a utilização do termo “usuário” para se referir não apenas a dimensão de Paciente do sujeito, condição esta que imputa vulnerabilidade e relação de poder entre as pessoas sob cuidado e dos profissionais da saúde, mas também leva a coisificação do indivíduo e a uma conseqüente passividade no processo de tratamento

De acordo com a lei 10.216/2001, que traz em seu texto os preceitos da Reforma Psiquiátrica, o termo escolhido foi de pessoas “portadoras de transtornos mentais”.

O estigma quanto à terminologia se torna questão relevante em meio à nomeação e classificação das pessoas, e por conseguinte, na formulação de políticas voltadas para as mesmas.

Deste modo, concorda-se aqui que:

“A percepção dessa situação para além do maniqueísmo intrínseco à classificação social do agressor possibilita considerar que diferentes personagens possam ocupar diferentes posições. Sob essa ótica, o doente mental (usualmente considerado o agressor) também pode ser o vulnerável e não apenas a sociedade.” (Abdalla-Filho, E. & Abdalla de Souza, 2009: 187).

A postura de que aos ‘doentes, tratamento’ e aos ‘criminosos, a punição’, acaba por entrar em conflito quando posta a medida de segurança em sua forma analítica de prática atual, visto que a internação em manicômios judiciais iguala-se com as condições de sofrimento dos sujeitos, traduzindo-se como forma de punição dos sujeitos “loucos infratores”. Estes são duplamente estigmatizados, tanto por sua vulnerabilidade psiquiátrica quanto a sua condição de prisioneiro (interno).

De forma a entender quem são as pessoas que estão submetidas à medida de segurança, torna-se possível, a partir das leituras realizadas de dados oficiais e das incursões em campo apontar que, em sua maioria são homens pardos, analfabetos, desempregados que ocupam espaços de vulnerabilidade socioeconômica e condições desiguais na sociedade; afora o estigma pré-existente de sua condição com o sofrimento psíquico. O perfil dos loucos infratores foi abordado em pesquisas de mapeamento recentes e será melhor apresentado no próximo capítulo.

Por não entender que o Paciente Jurídico está respaldado dentro de seus limites de atuação, mediado pela figura da psiquiatria e categorizado através de um dispositivo jurídico, e ainda, por não compreendê-lo como figura usuária de um sistema de saúde integral e multidisciplinar, a própria designação da pessoa com transtorno mental e conflito com a lei torna-se flutuante em categorizações ao longo do texto, uma vez que é entendido aqui desta forma a sua real e atual falta de localização nas gramáticas sociais.

3.3 – A Periculosidade como fundamento, a criminalização como Prática

O princípio fundamental da medida de segurança reside na noção de periculosidade. Ao nosso redor, aprendemos a identificar e nos posicionar quanto àquilo que consideramos uma ameaça a nossa sobrevivência, a saber, o sujeito imprevisível, passível de agressão ao nosso bem-estar, às normas de convivência e afronta às representações sociais normativas.

A suposta periculosidade do agente, discutidas desde os meados dos séculos XIX e XX, fora primeiramente exposta pela escola positiva de Enrico Ferri (1856 – 1929), Cesare Lombroso (1835 – 1909) e Rafael Garófalo (1851 – 1934) já mencionados. Até então, o potencial ofensivo era mensurado através de uma antropobiologia fundamentada nas condições sócio- biológicas do homem como fatores componentes da casuística criminal, colocando a noção de “temibilidade” que posteriormente daria lugar à noção da periculosidade. O avanço da escola positiva se daria na aproximação do crime como ato essencialmente humano, sujeito às leis de seu comportamento.

A noção de periculosidade no Brasil, entre as décadas de 30 e 70, era entendida através de fatores hereditários com associação a comportamentos considerados patológicos, advindos de uma natureza peculiar ou atributo individual (ALMEIDA, 2009). A periculosidade está intimamente ligada a uma segunda categoria, frequentemente relacionada, o *risco*. Nota-se que tal categoria encontra-se presente também para designar demais formas de possibilidade de perigo atrelada aos chamados atos de “loucura”.

A periculosidade ou a sua falta não deveria ser entendida como algo permanente nem imutável nos indivíduos, (COHEN, 2006), mas sim como condições cambiantes e ligadas também a fatores exógenos, ainda que a ênfase da própria medida de segurança resida na seguridade da sociedade e não para com o indivíduo submetido a esta sanção. Enfatiza-se a conceituação da mesma, feita por Castel como “*mais ou menos provável relação entre certo sintoma presente e certo ato [criminoso] por vir*” (CASTEL 1991, Apud ALMEIDA, 2009 :129). Partindo desta concepção de periculosidade, entende-se que o componente da imprevisibilidade resiste, juntamente com a falta de consenso entre os profissionais da saúde e da justiça no que tange à forma “terapêutica” de se lidar com a dissolução de seus efeitos . Segundo Almeida (2009):

“Observa-se a tendência a que o indivíduo classificado como perigoso – a despeito da época ou de sê-lo por meio de um diagnóstico (“mania sem delírio”, “monomania”, “degeneração”, personalidade psicopática ou psicopatia”), classificação criminológica (“criminoso nato”) ou codificação diagnóstica (transtorno de personalidade anti-social) – seja considerado ontologicamente anormal”. (ALMEIDA, 2009: 130)

Assim, o indivíduo passa a ser visto a partir das expectativas futuras de seus atos, ou ainda:

“A noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam” (FOUCAULT, 2003 : 85)

O problema político surge não na conceituação do termo periculosidade em si, mas sim nos procedimentos de seu enfrentamento. O confinamento de várias pessoas por uma simples suspeita e presunção de seus atos não deveria constituir a natureza do fundamento da medida de segurança. A categoria “risco”, ainda que em uso na conceituação verbal da periculosidade, ganhou dimensão autônoma nas novas práticas profiláticas de resolução dessa situação ao longo do século XX (ALMEIDA, 2009). Segundo Castel (1991):

“O risco não provém da presença de um perigo particular e preciso encarnado em um indivíduo ou grupo. Ele é uma combinação de fatores abstratos que tornam mais ou menos provável a ocorrência de modos indesejados de comportamento” (CASTEL, 1991: 187).

Segundo Almeida (2009), o crime, nessa configuração, passa a ser entendido não mais como proveniente de uma patologia individual ou social, mas sim como um conjunto de “fatores de risco”, com certo grau de previsibilidade e manutenção com possíveis antecipações, entendimento esse relegado à justiça e à perícia médica. O poder judiciário integra-se assim à ordem médica-psiquiátrica. Situam-se ambos como definidores das práticas de controle social ao penalizarem o “comportamento no momento mesmo em que ele se esboça”, formalizando uma ação intersetorial ainda ambígua em sua realização. O conceito de periculosidade fundamenta a existência da medida de segurança, ao promover a seguridade social daquele que é considerado perigoso *a priori*.

Alega-se que a periculosidade não está vinculada ao ato em si, mas na incapacidade do infrator de entender o todo da ação, de saber distinguir o que está ou não dentro das leis estabelecidas. E, no entanto, é com bastante frequência que se busca

relacionar doença mental e crime, o que poderia suscitar, segundo Claudio Cohen, em questionamentos como: “*será então que o crime está dentro de alguma tipologia especial de doença mental?*” (COHEN, 2006: 124). Cabe lembrar que a conceituação de doença mental também possui alto grau de complexidade, tendo como norteadora dois códigos que não encontram completa unificação dentro dos seus campos, o CID-10 e o DSM-IV¹³.

Fundamentando-se como eixo norteador na periculosidade do agente, a medida de segurança propõe assistir ao paciente jurídico, buscando a prevenção da não - reincidência do ato delituoso. Na colocada cessação de periculosidade, nem o texto jurídico, nem a psiquiatria possuem conceituações que dialoguem e determinem a finalidade do uso desta categoria. Isso será percebido através da análise dos discursos dos profissionais da área entrevistados (*capítulo 5*) onde este entendimento heterogêneo, muitas vezes refutado pelos próprios profissionais, não encontra respaldo nas vozes oficiais e, apesar disso, ainda é o argumento central para o endossamento de uma política de exclusão.

Destaca-se que o enquadramento da periculosidade como única forma de expressão do sujeito, reduz e limita a compreensão de ser humano, contribuindo para o não comprometimento com o cuidado integral do sujeito e a garantia de seus direitos (BARROS, 1994). É interessante aludir ao fato de que o termo periculosidade, apesar dos diferentes esforços de caracterização, tem como dificuldade entender as maneiras de amenizar seus efeitos e acurar sua prevenção. Desta forma, resguardar e concentrar na periculosidade, o que ela representa, confiando em seu aspecto de imprevisibilidade, apenas reforça estigmas construídos por anos em volta do “louco” -*como potencial infrator-*, que resultam em verdadeiras e concretas formas de segregação.

¹³ “O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais é uma publicação da American Psychiatric Association, Washington D.C., sendo a sua 4ª edição conhecida pela designação “**DSM-IV**”. Este manual fornece critérios de diagnóstico para a generalidade das perturbações mentais, incluindo componentes descritivas, de diagnóstico e de tratamento, constituindo um instrumento de trabalho de referência para os profissionais da saúde mental”. “**CID 10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde- A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças adotou a denominação "Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde" sendo, na prática conhecida por "CID-10". Trechos retirados do site <http://www.psicologia.pt>, em 02/04/2012.

3.3.1- “A chave do Manicômio”: O Laudo Psiquiátrico e o papel da perícia médica

A expressão “A chave do Manicômio” foi aqui selecionada deliberadamente a fim de se destacar a relevância complexa do fenômeno relegada à perícia médica judicial na construção determinante da medida de segurança e seus efeitos práticos. Esta expressão foi utilizada pela Assistente Social da Seção Psicossocial da VEC do DF, em entrevista realizada em abril deste ano ao relatar o seu entendimento acerca da trajetória da medida em seu contexto de definição.

O laudo psiquiátrico é um documento clínico-psiquiátrico que auxilia tecnicamente a justiça. É uma prova que detém a dita verdade acerca do diagnóstico requisitado no processo penal, sendo através dele que a medida de segurança se qualifica, a fim de determinar se ele será ou não responsabilizado pelos seus atos. Esta peça chave possui como elaborador o psiquiatra forense requisitado por juízes penais, quando é alegado algum tipo de perturbação mental do agente infrator para saber se poderá culminar num estado de inimputabilidade ou não.

O laudo tem uma consequência irrevogável no que tange à construção da personalidade social do considerado desviante. Sua carreira torna-se estigmatizada ao passar do status civil para o status de internado, fato que ocorre após algum tipo de hospitalização com a passagem nas chamadas instituições totais, que seria o caso de um manicômio judiciário (GOFFMAN, 1961). O responsável pela atestação do laudo, o psiquiatra forense, é graduado em medicina psiquiátrica e qualificado como perito e ocupa-se com sujeitos, que devido a sua condição mental e conflito com a lei, possuem modificações em suas identidades jurídicas e relações sociais (FONTANA-ROSA, 2006 In: COHEN, 2006).

O laudo ou exame psiquiátrico, de acordo com De Jesus (2008), possui três espécies: o *exame somático*, responsável por analisar o biótipo, a pele, o funcionamento fisiológico; o *exame neurológico* que compreende o estudo da formação craniana e suas formações e deformações, os reflexos, a sensibilidade, os movimentos musculares , a coordenação “estática e dinâmica” ; e por fim o *exame mental* que avalia o comportamento geral e espontâneo, os estados de cognição, motricidade, esferas de afetividade, memória, consciência e orientação.

Existem dois tipos de laudos periciais que servem a justiça na trajetória da medida de segurança : o *laudo de sanidade mental(Responsabilidade Penal)* e o de

*Cessação de Periculosidade*¹⁴. O primeiro é utilizado quando há suspeita de que o acusado possua algum tipo de transtorno mental, buscando identificar a existência do transtorno, qual o seu tipo e o nexos causal entre o transtorno e o fato criminal em ação. Assim, defini-se a responsabilização do sujeito infrator em relação ao fato. Feito o procedimento, o perito fundamenta e encaminha ao juiz. Este, por sua vez, utiliza o laudo como subsidio técnico e de importância fundamental para sua decisão. O segundo tipo de laudo, o Exame de Cessação de Periculosidade tem por objetivo atestar a condição mental de uma pessoa que já se encontra internado, em tratamento, e busca avaliar seu potencial de risco de violência.

Dentre um período de 45 a 90 dias, o perito analisa e acompanha o desenvolvimento da doença em ambiente ‘hospitalar’, as respostas do paciente quanto aos tratamentos utilizados e realiza a junção das demais informações, a fim de se elaborar conclusivamente o laudo. O exame psicológico também é apresentado, caso necessário, como forma de corroborar as informações dos psiquiatras e muitas vezes auxiliar numa denúncia de estruturas psíquicas que o sujeito periciado procurou ocultar (GONÇALVES, 2008).

A psiquiatria jurídica envolve saberes do direito penal, direito civil e criminologia e dentro da ação criminal, estabelece dados médicos de alta complexidade que compõem o conjunto de conhecimentos para determinar a responsabilidade jurídica do agente supostamente perigoso. A saber:

“[...] o exame psiquiátrico leva em consideração as doenças mentais que possam existir ou terem aflorado no criminoso após a prática delituosa. O exame psiquiátrico é, por assim dizer, o centro, o âmago da observação criminológica, mesmo porque é ele que interferirá na inflição, ou não, de pena (face a imputabilidade ou não do acusado), na possível redução do apenamento (nos casos de semi-imputabilidade), na aplicação da medida de segurança (pela periculosidade do delinqüente), ou no tratamento, do condenado, visando ao seu retorno ao convívio social, após o cumprimento da pena”. (FERNANDES & FERNANDES 2002: 255)

O exame de cessação de periculosidade no Brasil direciona, de forma taxativa, a apenas duas alternativas: sim ou não. Ele ocorre quando o sujeito já se encontra em medida de segurança e irá determinar se esta poderá ser ou não finalizada de acordo com ‘o potencial de risco oferecido’, ou ainda, como está a ‘estabilidade’ do sujeito

¹⁴ A diferenciação de cada laudo será abordada mais tecnicamente através da fala dos peritos entrevistados, com Capítulo 05.

infrator frente aos ‘tratamentos’ dispensados. Vale lembrar que este exame é realizado no presente e que busca inferir comportamentos futuros do paciente.

É ele que, tendo valor de prova, ajuda na construção da medida de segurança, dá a semântica definidora para o caso, provocando a inimputabilidade e articulando conceitos como prevenção, periculosidade e tratamento. O médico-perito, nomeado juridicamente para desferir tal ação, é chamado com a finalidade de determinar a responsabilidade e a vontade do acusado, seu grau de periculosidade, vislumbrando não só um diagnóstico como também um prognóstico. Segundo Foucault, o psiquiatra “*não será perito em responsabilidade, mas de conselheiro de punição; cabe-lhe dizer se o indivíduo é perigoso, de que maneira se proteger dele, como intervir para modificá-lo, se é melhor tentar reprimir ou tratar*” (FOUCAULT, 1991b: 22).

A lei dá aos médicos psiquiatras forense o nome de homens da arte, ou ainda, peritos (COHEN, 2009). A estes profissionais da saúde solicitados em tribunais recai complexa responsabilidade por serem considerados portadores do saber técnico médico, saber este que se assegura como decisão considerada legítima e definidora do processo da medida de segurança. A comunicação entre os saberes intersetoriais da justiça e da saúde ainda se vê em processo de mutação e mútua infiltração, estabelecendo através de práticas micro-cotidianas as relações de poder que ambos os campos de saber possuem.

Entende-se que é na execução penal que a administração da medida de segurança pode ser melhor entendida, uma vez que o laudo técnico serve à justiça, primeiramente. As normas não possuem somente uma eficácia instrumental, mas também simbólica, ao reduzir a voz das pessoas submetidas à medida de segurança a uma voz administrada pela psiquiatria (GONÇALVES, 2008). O laudo age de forma a regular a medida, inaugurando e consolidando a carreira do paciente jurídico.

Capítulo 4 – Sobre as Políticas Públicas e as Resignificações atuais da Medida de Segurança e do “Louco Infrator” no Brasil

Neste capítulo discute-se a Reforma Psiquiátrica e sua influencia na formulação e execução de dois programas estaduais (Goiás e Minas Gerais) que absorvem a figura do louco-infrator de maneira inovadora e diferencial. Estes programas são considerados pioneiros na atuação intersetorial voltada ao ‘louco infrator’ no Brasil, influenciando os demais serviços de saúde mental, inclusive no Distrito Federal. No DF, a implementação de um programa de atenção ao louco infrator também foi articulado, concomitantemente a estes dois (GO e MG) , porém não ganha destaque como os demais por não ser oficial¹⁵. Neste sentido, busca-se entender de que forma as práticas de atenção ao louco infrator são entendidas no país através dos programas estaduais e em que cenário aquele se situa, seu perfil e sua localização, a fim de se compor mais um dos percursos da medida de segurança.

Para melhor ilustrar os programas e seu contexto, utiliza-se aqui a pesquisa promovida pela Anis, Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero que em 2010, dentro do projeto Pensando o Direito, da Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça (SAL/MJ), lançou mão do texto *Loucura e direito penal: uma análise crítica das medidas de segurança*. Esta pesquisa estabeleceu-se como objetivo compreender como se dá o processo de execução das medidas de segurança em estados como Minas Gerais, Bahia e Goiás. Nestes estados, os primeiros programas oficiais de atenção ao louco infrator encontram-se em execução, possibilitando através de seus dados melhor compreender de que modo os regimes de execução da medida se dão e sob quais circunstâncias. Também permite compreender um perfil dos pacientes jurídicos e as iniciativas inovadoras voltadas para estes.

Vale ressaltar que a metodologia empregada na pesquisa consistia em analisar os dossiês dos internos, buscando levantar dados que foram alocados em três tipos de informações relacionadas à saúde, a aspectos jurídicos e sócio-demográficos, buscando o resgate da trajetória penal das pessoas sob a medida de segurança, analisadas a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, através de um estudo comparativo. O estudo fornece dados atualizados sobre o mapeamento dos HCTP’s (Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico), ATP’s (Alas de Tratamento Psiquiátrico) que se localizam em presídios, como por exemplo no DF.

¹⁵ O programa de atenção ao louco infrator no DF será discutido no próximo capítulo.

No total, são 23 HCTP's no Brasil, em 20 diferentes unidades federativas, com exceção dos Estados do Acre, Amapá, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins. Nestes estados, as pessoas que se submetem a tal regime penal cumprem sentença em presídios comuns, não havendo ainda registros ou dados oficiais de quantas pessoas encontram-se cumprindo a medida ou mesmo de como se dá a sua aplicação. No total, de acordo com o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) do Ministério da Justiça, calcula-se que exista , até 2010, aproximadamente mais de quatro mil pessoas nos 23 HCTPs e nas 3 ATPs em todo o país.

De acordo com o censo, o caráter duplo do HCTP's, como instituição de assistência e instituição de segurança pública, não dialoga com a proposta da reforma psiquiátrica, como já pontuado. Segundo o estudo,

“O universo invisibilizado pela compreensão estigmatizante que se faz do louco infrator torna urgente a necessidade de se avaliar como têm sido executadas as medidas de segurança no país e se tem ocorrido aproximação com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das garantias constitucionais nela expressas” (DINIZ; PENALVA, 2010: 12) .

Ainda segundo o estudo, o problema acerca do debate sobre a justiça, as medidas de segurança e sua aplicação se detém no fato de não haver dados confiáveis sobre a realidade jurídica e práticas empregadas. Para a pesquisa, foi utilizado um perfil de internos que seriam aqueles que estariam em longa internação, ou seja, uma internação equivalente a metade ou mais da duração máxima estipulada por lei, para presos comuns, que seriam 30 anos. Ou seja, buscou-se identificar quantas pessoas estariam há 15 anos ou mais internadas em tais locais. A “justificativa” para a longa internação dos pacientes jurídicos relaciona-se a fatores como vulnerabilidade social desta população e a cronificação da doença dos internos, o que diminui a possibilidade de reinserção social, dada a falta de assistência e políticas públicas.

Segundo os dados do estudo, há predominância de homens (89%) solteiros (81%) cumprindo medida de segurança (DINIZ & PENALVA, 2010). Quanto à cor de pele dos pacientes submetidos à medida de segurança nestes estados (Bahia e Minas Gerais) 45% é parda, 30% é branca, 18% é negra e 7% sem informação. Em relação à escolaridade, 51% da população é analfabeta e 31% possui menos de oito anos de estudo.

Quanto à profissão das pessoas internadas, “*É possível concluir que a quase totalidade das pessoas em medida de segurança não tem formação profissional ou estão inseridos em ocupações que exigem pouca ou nenhuma formação técnica ou de escolarização*”.(DINIZ & PENALVA, 2010: 27). A faixa etária dos internados está entre 30 anos a 47 anos. Quanto aos crimes das medidas de segurança que fazem referência à Lei 10.216, o homicídio vem em primeiro, seguido por tentativa de homicídio, depois furto e ameaça de dano.

Um dado interessante trabalhado pela equipe do censo foi averiguar qual o grau de relação com as vítimas dos crimes cometidos a fim de se estabelecer possível influência no prolongamento da internação. Segundo os dados, dentre os 228 dossiês analisados, 41% (93 dossiês) foram crimes cometidos contra parente ou conjugue. Tal situação reflete a dificuldade hoje encontrada na questão da inserção social dos pacientes nos âmbitos de trabalho, esfera privada e familiar, por falta da assistência pública que ainda é vista de forma secundária na priorização de seus serviços.

Outro dado relevante apresentado pelo censo reside no fato de que 85% das pessoas que hoje respondem a medida de segurança nunca cometeram outro crime antes. Relacionado a isso, já foi dado diagnóstico de cessão de periculosidade a 35% da população respondendo a medida de segurança, porém estas pessoas encontram-se ainda internadas. No caso dos internados em longa duração, tal situação é ainda mais grave, com 49% da população ainda residindo em HCTP’s, e sem passar por novos exames.

Ainda neste contexto, 14% já foram atendidas com o diagnóstico que os define como aptos a usufruírem de sua liberdade, no entanto, ainda continuam residindo nos HCTP’s. Dentro do universo de pessoas em longa internação, o percentual sob para 23%. Tal situação é explicada pelo fato de não haver políticas assistências para estas pessoas, também por falta de moradia e relação familiar estável. Ressalta-se que os HCTP’s, não sendo nem uma instituição penal ou um hospital, não são necessariamente regidos pelas normas e diretrizes do SUS¹⁶, ainda que a parcela da população que encontra-se nessa situação (medida de segurança) seja pequena comparada a população carcerária geral ou mesmo aos usuários da saúde pública (BATISTA E SILVA, 2010).

4.1- Reforma Psiquiátrica e a Reorientação Dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

“A Reforma psiquiátrica deve ser norteadora das práticas das instituições forenses. A questão do manicômio judiciário deve ser discutida com as diferentes áreas envolvidas, com o objetivo de garantir o direito do portador de sofrimento mental infrator à responsabilidade, à reinserção social e a uma assistência dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001: 128)

A reforma psiquiátrica no Brasil estabelece como meta a reconfiguração dos hospitais psiquiátricos, substituindo a prática assistencial do modelo hospitalocêntrico, de tradição asilar e segregadora do doente mental, para uma cultura de reabilitação do paciente por meio da construção dos serviços substitutivos voltados para a humanização do atendimento. A proposta fundamenta-se na participação de todos os profissionais da área, enfatizando o trabalho em equipe, orientando a assistência à saúde e acessibilidade ao tratamento.

A década de 1980 é marcada pela intensificação dos debates acerca do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial ; o Deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou um projeto de lei versando sobre a desospitalização e os direitos correspondentes às pessoas portadoras de transtornos mentais.

Esse projeto de lei (número 3.657) tramitou em Congresso Nacional por doze anos, sofrendo diversas modificações, sendo a lei finalmente sancionada em 2001. Tornou-se conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica- numero 10.216. Pautase pela transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitária com estratégias de redução progressiva de internação a partir dos hospitais de grande porte. Os CAPS - Centro de Atenção Psicossocial¹⁷- devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico .

Os profissionais de saúde, aderindo aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, desenvolvem propostas como centros de cultura e convivência, programas de inclusão

¹⁷ Existem diferentes modalidades de CAPS- A saber, o CAPS I é direcionado para populações de municípios entre 20 mil a 70 mil habitantes, devendo funcionar das 8h as 18h. o CAPS II é voltado para uma população entre 70 a 200 mil habitantes, podendo funcionar em terceiro turno, até as 21h. CAPS III deve se instalar em municípios maiores que 200 mil habitantes e ter regime de 24 horas de funcionamento. O CAPS i é voltado para o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. O CAPS ad é direcionado àqueles pacientes com transtornos psíquicos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas. Surge em 2011, no Rio de Janeiro, o CAPS ad III destinado ao cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas que funciona 24 horas, nos 7 dias da semana. (Ministério da Saúde, Ministério da Saúde ; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas: Saúde Mental em Dados, Ano VII, numero 10, março de 2012).

social através do trabalho, buscando acessibilidade e equidade a todos os usuários da rede pública de saúde. Iniciam-se programas como o *'De volta para casa'*, no qual pacientes de longa internação, envolvidos no caráter institucionalizado dos hospitais recebem auxílio para reencontrar famílias ou abrigos como novas residências.

No entanto, tal proposta possui falhas estruturais, na medida em que não desenvolve paulatinamente nem às desinstitucionalizações nem os modelos substitutivos, o que atrasa ainda mais a renovação do modelo asilar e sobrecarrega os hospitais psiquiátricos existentes, ainda em funcionamento. A reintegração do louco infrator, ou seja a passagem da tutela do Estado para a tutela da família pelo processo de desospitalização por exemplo, funciona com o intuito de reatualizar e reaprender a interagir no mundo externo, havendo no entanto uma ruptura na sequência dos papéis representados tanto pelo louco infrator quanto pela sociedade uma vez que as instituições limitam as regiões de atuação daquele, num ápice contínuo de totalização (GOFFMAN, 1961).

A desospitalização após uma medida de segurança não deve depender somente do Estado. Caso a família não aceite o infrator em casa, rege-se uma nova medida, a medida de segurança administrativa que opera de forma a deixar o paciente jurídico como morador de uma ala psiquiátrica.

Relacionando a Reforma Psiquiátrica e as barreiras ainda existentes dentro do campo jurídico junto à esfera da saúde, foi realizado um seminário, pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, em 2002 com o objetivo de fazer entender e dialogar os atores que estão envolvidos na questão da inimputabilidade, a fim de se estabelecer diretrizes para a chamada reorientação aos Hospitais de Custódia. O interessante do Seminário Nacional pautou-se pela novidade que é o reconhecimento da população carcerária que encontra-se em manicômios judiciários e presídios e também da parcela populacional sob a responsabilidade da esfera da saúde. A idéia é alinhar os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico às diretrizes gerais da Reforma Psiquiátrica.

A partir da reorientação estabelecida no Seminário Nacional, o Sistema Único de Saúde do Brasil - SUS, criado através de um extenso processo de mobilização dos diferentes e inúmeros agentes, possui a responsabilidade do tratamento junto a rede de atenção à Saúde Mental, das pessoas que estão submetidas à medida de segurança. Esse foi um passo importante para a garantia dos direitos humanos. No entanto, ainda requer esforço no que tange à assistência do louco infrator, pela falta de capacitação dos profissionais de saúde e da justiça.

De acordo com o Relatório Final do Seminário, através da discussão de pontos como a definição e o diagnóstico da situação do louco infrator, seus paradigmas e experiências de reintegração, os grupos aprovaram medidas como a não construção de novos HCT's e a não ampliação dos já existentes. Aprovaram também a criação de uma Comissão Técnica de caráter propositivo quanto às modificações na Lei de Execução Penal. É de suma importância, como frisam os redatores do documento, a discussão crítica acerca do caráter da inimputabilidade e da assistência destinada ao louco infrator. Para tal medida, o impasse se dá na comunicação interministerial, onde há um nítido distanciamento das esferas da saúde e da justiça, relegando uma indecisa fronteira de direcionamentos ao paciente psiquiátrico infrator.

Pedro Gabriel Delgado (2002), agente do Ministério da Saúde, finaliza o Relatório Final do Seminário afirmando que:

“Sabemos que os conceitos de inimputabilidade, medida de segurança e periculosidade devem ser submetidos a uma crítica sistemática, buscando sua superação no plano teórico e nas suas conseqüências práticas. Não é tarefa simples, nem para pouco tempo. Porém, os poderosos dispositivos institucionais sustentados em tais conceitos, especialmente os HCTP e seu modelo de tratamento-custódia, devem submeter-se imediatamente a um processo de profunda reformulação” (DELGADO, 2002).

4.2-PAILI- Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (GO)

No caso do estado de Goiás, o regime na qual se encontram pessoas com algum sofrimento psíquico e infratoras, difere daquele dos demais Estados. No estado de Goiás, em 26 de outubro de 2006, foi implementado o PAILI – *Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator*, como proposta de resgatar a dívida existente com aqueles que respondem à medida de segurança. Em um artigo publicado pelo criador do programa, o promotor de justiça, Haroldo Caetano da Silva, o autor descreve os eixos temáticos que norteiam seu trabalho que é uma compilação de reflexões acerca de temas como: explicação detalhada do que é a medida de segurança, pouco conhecida entre os próprios profissionais do direito, reforma psiquiátrica e luta antimanicomial e traz ações que buscam humanizar o tratamento, assim como a explicação sobre a lei da tortura e das violações de direito dos internos.

Em 1996, na cidade de Goiânia, após um inquérito civil constatou-se que havia em torno de 30 homens presos em medida de segurança, com caráter de longa internação. Tal situação resultou em duas ações: a primeira proibia o ingresso de novos pacientes jurídicos e a segunda determinou a soltura de internos que estavam sob condições ilegais. Após tais decisões, muitas soluções foram buscadas, como por exemplo, a construção de um HCTP em Goiânia que, no entanto teve embargada a construção por possuir uma arquitetura inadequada para a alocação dos pacientes. Hoje, o estabelecimento é um presídio de segurança máxima do Estado.

Atualmente, o PAILI articula a relação dos pacientes com clínicas conveniadas ao SUS e aos CAPS, entre outros, buscando auxiliar as relações familiares de reinserção e simplificar a burocracia jurídica. Assim, possui uma equipe multiprofissional, com advogados assistentes sociais, psicólogos e demais profissionais da saúde vinculados ao Estado, com atuação que se faz apenas após a sentença de medida de segurança. O interessante é que a equipe possui autonomia em suas práticas, podendo propor novas formas de atuação terapêutica para os pacientes. De acordo com o estudo,

“ Pacientes mais regredidos ficam internados em clínicas psiquiátricas, os que não têm família ou esta se recusa a recebê-los, são acolhidos em instituições filantrópicas, residências terapêuticas ou, na falta de rede de assistência em saúde, ficam em penitenciárias e delegacias até que o Programa consiga promover o encaminhamento do paciente para outra unidade (DINIZ; PENALVA, 2010 :pg.39)”

Um problema já citado anteriormente quanto à reinserção social destes pacientes reside no fato de que muitas vezes as agressões feitas pelos “loucos infratores” foram a familiares e ou vizinhos, o que se torna uma barreira na reintegração destes pacientes. Outro problema grave relatado se dá quanto à falta de estrutura substitutiva, com poucos serviços complementares e poucos profissionais para o acompanhamento dos pacientes.

Interessante ressaltar quanto à noção de periculosidade que os agentes do PAILI não a colocam como central em suas práticas de entendimento. Ou seja, o foco não é no diagnóstico da cessão de periculosidade e sim no tratamento, acompanhamento e reinserção dos pacientes. Tal ação desencadeia uma nova forma do Ministério Público de Goiás de entender a noção de periculosidade, sobretudo buscando reformular o Laudo de Cessão de Periculosidade, pautado no nível de inclusão social do paciente, a fim de se distanciar cada vez mais da figura da institucionalização.

Quanto ao perfil dos pacientes do Estado de Goiás segundo o censo, dos 188 pacientes computados, lá continuavam 163 e 25 haviam sido “*extintos*”, por “*morte ou cessação de periculosidade*” (DINIZ; PENALVA, 2010). Ainda segundo o censo realizado, constata-se que, 95% da população encontrada é do sexo masculino. O perfil possui similaridades com o dos pacientes da Bahia e de Minas Gerais. Nos três estados, a maioria da população é solteira e analfabeta.

Em relação à cor de pele, não foram recuperadas todas as informações através dos dossiês disponíveis, mas é possível demonstrar que 30% da população é preta ou parda, sendo 3% branca. Um dado que se destaca quanto ao programa PAILI é o local onde estão as pessoas que cumprem a medida de segurança: somente 10% destas encontram-se em penitenciárias ou cadeias. Dentre as demais, 44% encontram-se em Casa de Familiares, 15% em Clínicas Psiquiátricas, 3% em residências terapêuticas, 2% sozinhos e 26% encontram-se em situações não especificadas.

Por fim, no estudo apresentado, discute-se a questão da periculosidade como fator determinante para as medidas de segurança, sua ação no passado que determina sua consequência futura. A ineficácia da internação torna-se visível com os dados dos pacientes em longa internação, ou seja, há mais de 15 anos, que são no total 25% nos Estados da Bahia e Minas Gerais. Nestes estados ainda existem 10 pacientes (no total) que se encontram há mais de 30 anos, contrariando a própria definição de condição perpétua estipulada na Constituição Brasileira. A permanência indevida pode ser explicada, como anteriormente apontada, pela falta de políticas assistenciais públicas que alcancem tal população, problemas de reinserção e vulnerabilidade social.

Em parte, o PAILI -Goiás atenua tal situação por trazer a resposta ao regime da medida de segurança na forma de liberdade. Ainda assim, o perfil é variado entre os estados e ainda se discute a validade do exame de cessão de periculosidade, que dependendo da espera para a sua aplicação, agrava o quadro clínico dos pacientes. A discussão ainda é profunda e há que se englobar e questionar as condições e os limites da legalidade frente aos direitos humanos fundamentais, em sua maioria, usurpados dessa população.

4.3 - PAI-PJ- Programa de Atenção Integral ao Paciente Jurídico Portador de Sofrimento Mental – “A clínica, o social e o ato jurídico” (MG)

Criado em 2000, pelo Tribunal de Justiça de MG, o Programa de atenção Integral ao Paciente Jurídico Portador de Sofrimento Mental também é uma das respostas diferenciadas em relação à Medida de Segurança. O PAI-PJ, que possui expressão internacional, possui um passo - a - passo específico. Primeiramente, existe um acompanhamento terapêutico e social constante do paciente, a partir do diálogo construído entre a equipe da rede pública de saúde, a sociedade, o poder executivo e judiciário. Ao romper com esse modelo de internação compulsória, o programa integra as participações dos envolvidos de forma a responsabilizar a todos no processo de inserção social do chamado Louco Infrator (BARROS – BRISSET, 2010).

Através de um modelo de busca por assistência individualizada, o programa visa garantir os direitos fundamentais do sujeito, a partir de três óticas de atuação integradas, a saber, os eixos de acompanhamento. O primeiro seria o acompanhamento clínico, realizado por psicólogos judiciais que encaminham e acompanham os pacientes para a rede pública de saúde. O segundo, o acompanhamento social que busca viabilizar uma relação sensibilizada com os familiares, colegas de trabalho, comunidade, através de contato direto com a realidade do paciente e o seu meio social. O terceiro e último se dá no âmbito jurídico, onde existe uma assiduidade de emissão de relatórios que informam a condição do paciente acompanhado, sugestões de ação e contato, quando necessário, de advogados e defensores públicos.

Durante todo o processo, a equipe interdisciplinar dialoga com a coordenação clínica do programa, em busca de integração ao programa. Os resultados, de acordo com a equipe do Pai-PJ, indicam baixos índices de reincidência, com 2% em crimes contra o patrimônio ou de menor gravidade e sem ocorrências registradas de reincidência de crimes hediondos. De acordo com dados de março de 2010, 70% dos infratores com sofrimento mental cumprem medida de segurança em seus domicílios familiares, atendendo às esferas de trabalho e ou estudos, 23% estão internados e 7% estão internados na Rede Pública de Saúde. De acordo com o Desembargador Sérgio Antônio de Resende, Presidente do Tribunal de Justiça de Minas Gerais e colaborador no projeto de elaboração do Programa, a história do louco infrator não se é compreendida apenas através da ação de crime, mas sim de sua trajetória de sofrimento mental.

O Pai-PJ funciona como um dispositivo conector de um diálogo até então inexistente entre as esferas de saúde mental e jurídicas. Segundo as palavras de Fernanda Otoni de Barros, responsável pela criação do projeto em questão,

“O fantasma da periculosidade voltava a rondar as equipes interinstitucionais. E se estivéssemos enganados? Afinal, por que deveríamos acreditar nas respostas da loucura? Estaríamos todos delirando, ousando acreditar que o paciente judiciário pudesse demonstrar a sua responsabilidade em condições de relativa liberdade?” (BARROS – BRISSET,2010: 26)

A inovação do projeto reside no fato de que , neste contexto, a reforma não faz distinção entre o usuário regular do Sistema Único de Saúde e o infrator paciente, o que auxilia o estreitar de laços sociais familiares e comunitários. O acompanhamento, intersetorial, paulatino de todas as fases do processo, busca promover acessibilidade à Rede Pública de Saúde e à Rede de Assistência Social. Inicia-se tal processo integral através de ofícios que são encaminhados ou por juízes criminais, familiares, profissionais ou estabelecimentos.

O acompanhamento integral finda-se na execução penal. A equipe responsável por tal acompanhamento é formada por assistentes sociais judiciais que elaboram estudos de caso e exploram possibilidades de tratamento e inserção. Integra-se também à equipe assistentes jurídicos, psicólogos judiciais, psicólogos e estagiários da área. Cada qual com sua função na ação interdisciplinar e conectiva do Programa. Além disso, o programa subsidia os juízes nas decisões por meio dos materiais de acompanhamento. Segundo Barros, a inovação do programa reside não só na comunicação entre justiça e saúde mental, como principalmente no fato de que descarta o uso dos Manicômios Judiciários como um fim em si mesmos.

Interessante ressaltar que o programa reflete sobre a atribuição de responsabilidade ao louco-infrator, na forma de reinserção social, como um “exercício de cidadania”. O Pai-PJ também questiona nos textos normativos a noção de periculosidade e a temporalidade da medida de segurança. Os resultados dessa experiência de um programa multifacetado, sugerem a reflexão sobre as possibilidades de atuação em relação à figura do louco-infrator. Ao buscar dar voz ao paciente-infrator, o Programa recria os passos do crime, conectando e fazendo diálogo entre as instituições e responsabilizando a todos, inclusive o infrator, quanto ao seu papel nessa relação do indivíduo com a sociedade.

4.4- Saúde Mental e Justiça no DF

O Brasil vem passando por processos de grande transformação quanto às políticas de saúde mental e a adoção dos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Como visto anteriormente, em alguns estados brasileiros, a tentativa de resignificar a loucura e a criminalidade, através da medida de segurança, ganhou diferentes espaços de elaboração multidisciplinar e vem influenciando os demais estados. Brasília não se coloca imune a tais mudanças, ainda que as ações sejam de articulação entre poucos e específicos atores sociais. Estes profissionais representantes de diversificados campos buscam atualmente, inovação nas tecnologias desenvolvidas e a superação do antigo modelo estigmatizado por uma atenção integral ao sujeito infrator.

Assim como o PAI-LI em GO e o Pai-Pjota em Belo Horizonte, houve (e há) um programa de atenção ao louco infrator em Brasília que persegue o diálogo entre diferentes agentes da dita “Rede” de saúde mental e justiça. Tal programa será descrito no capítulo concernente ao contexto empírico. Aqui contextualiza-se o processo de transformação que a relação saúde mental e justiça sofre no DF.

Nos anos 60, ainda nos primeiros anos de fundação da cidade, após a construção do Hospital de Base (setembro de 1960), foi incorporado a este uma Unidade Psiquiátrica do Hospital, sendo uma das primeiras com tal caráter no país (Machado, D. 2006). Coexistiam também clínicas privadas de psiquiatria que se localizavam na periferia da cidade para onde eram redirecionados os pacientes crônicos. O Hospital São Vicente de Paula –HSVP foi inaugurado em 1976 e até hoje é referência local (e nacional) de Hospital para atendimento em Saúde Mental, assim como modelo manicomial, sendo o único local de internação público de Brasília. O estabelecimento, no entanto, ainda sofre com a alta demanda por abranger usuários tanto do Distrito Federal quanto do entorno da cidade.

No DF existiam outros centros de atendimento¹⁸ para a demanda de pessoas com transtornos mentais. No entanto, após muitas denúncias de descaso e más condições de instalação e funcionamento, precarização das relações humanas, vários estabelecimentos

¹⁸ Um exemplo foi a Clínica Repouso Planalto, conveniada com a Secretaria de Saúde do DF e interdita em 2003 pela Vigilância Sanitária e o Ministério Público. Havia documentação irregular, alegação de sedação excessiva de pacientes, condições inadequadas de higiene, maus-tratos, excesso de internos e poucos médicos e precariedade nas instalações físicas. Seu público de atendimento foi redirecionado, em grande parte, para o HPAP, que, ao absorver tal parcela, sobrecarregou-se, aumentando os leitos de internação no Hospital, modificando ainda mais as relações de trabalho e de tratamento ao paciente, com a massificação e padronização impessoal do atendimento e a falta de acompanhamento direcionado.

de tal natureza fecharam. O redirecionamento de pacientes de quadro crônico ocorria pelos arredores do estado de Goiás, em uma clinica particular (Sanatório Espírita de Anápolis), que era conveniada com o SUS/DF. De início, este redirecionamento proporcionou a não criação de novos dispositivos terapêuticos para esta demanda, o que resulta hoje em uma “rede” escassa de novas formas substitutivas de atenção à saúde mental.

Seguindo a ideia de uma cidade planejada, todo o processo de “triagem” e redirecionamento dos pacientes corresponde “[...] a uma concepção higienista, de uma Brasília asséptica, onde não existiam loucos e nem lugar para eles”(MACHADO, 2006 Apud COSTA, 2000: 45). A chamada Rede de Saúde mental do DF passou a existir de fato a partir da portaria número 3.088, de dezembro de 2011, que “*Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*”(Portaria n. 3.088, de dezembro de 2011).

De acordo com a portaria, esta rede atua nas áreas de atenção básica à saúde, promovendo uma articulação com os demais serviços substitutivos como os CAPS- Centros de Atenção Psicossocial, as unidades de acolhimento, as residências terapêuticas , os centros de convivência e outros serviços, a fim de se elaborar estratégias de desinstitucionalização , participação coletiva e reabilitação psicossocial. Ao descentralizar as atividades de tratamento das unidades institucionais, cada serviço passa a ser importante articulador desta rede.

A rede de saúde mental no DF ainda encontra-se incipiente comparada a outros estados no país. No Brasil existem¹⁹ atualmente:

“1742 CAPS; 625 Residências Terapêuticas; 3 961 beneficiários do Programa De Volta Para Casa, 92 Consultórios de Rua e 640 iniciativas de inclusão social pelo trabalho de pessoas com transtornos mentais, de acordo com o CIST - Cadastro Nacional das Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho”.

No DF, os últimos dados²⁰ encontrados quanto à rede de saúde mental foram: (1) CAPS I, (2) CAPSII, (3) CAPS ad e (1) CAPS i. existe também um Núcleo de Ação Intergrada com orientação a usuários de álcool e outras drogas/SES, o Instituto de

¹⁹ Ministério da Saúde ; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas: Saúde Mental em Dados, Ano VII, numero 10, março de 2012.

²⁰ Ibid 2

Saúde mental, onde funciona um CAPS I. Tem também o Hospital São Vicente de Paula – HSVP e a Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base. Aqui não existem as residências terapêuticas prescritas pela Reforma Psiquiátrica.

Seguindo o entendimento quanto às formas de execução da Medida de Segurança, reforça-se que estas procedem com duas ações distintas. A primeira, *adetenção*, o encaminhamento é o *tratamento*, disponível na rede pública composta pelos serviços de função multidisciplinar e de acompanhamento ou em clínicas privadas que se encontram por toda a cidade. Quanto à outra execução da medida, a *reclusão-internação* do “Louco Infrator”, se dá atualmente na Penitenciária Feminina de Brasília –Gama DF, na Ala de Tratamento Psiquiátrico- ATP.

Porém há mais de 10 anos, o local onde estas pessoas cumprem a medida de segurança era outra, como indica o documento escrito pelos promotores de Justiça de Execução Penal e entregue ao juiz de direito da Vara de Execução Criminal. Em 1997, mais de 10 anos atrás, alguns promotores de Justiça de Execução Penal entregaram ao referido juiz uma petição que tratava da situação dos internos que, até aquele momento, cumpriam a chamada medida de segurança no DF. Através de alguns trechos da petição podemos ver as transformações situadas em Brasília em relação aos chamados inimputáveis:

“Segundo relatório do Conselho Penitenciário (anexo 1), em dezembro de 1996, havia 33 (trinta e três) agentes sob medida de segurança detentiva, recolhidos ao NCB - Núcleo de Custódia de Brasília (03) e ao CIR - Centro de Internamento e Reeducação (33), em completa discordância com as determinações legais”.

Pode-se notar a ‘atual’ realocação quanto ao local de cumprimento da medida, do Núcleo de Custódia (antes) até a Penitenciária feminina (atualmente), ambos locais sendo inadequados e conflitantes com os preceitos assistenciais da medida de segurança e com o caráter de desinstitucionalização da reforma psiquiátrica.

Capítulo. 5 – Contexto Empírico: Mapeamento da Trajetória da Medida de Segurança no DF

Para melhor ilustrar os entrelaçamentos da trajetória da medida de segurança no DF, de acordo com as informações obtidas ao longo da pesquisa, utilizarei aqui as entrevistas realizadas com os profissionais²¹ que atuam na manutenção e execução das práticas que envolvem a temática. Desta forma, pretende-se destacar não apenas as diferentes visões que se produzem acerca das possibilidades da trajetória da medida, como também as práticas que estes diferentes indivíduos, alocados em seus respectivos órgãos institucionais, realizam em conjunto.

As práticas relacionadas à medida de segurança de cada setor possuem agência paralela e funcionam concomitantemente às demais instituições, o que não permite uma ilustração linear de como ou onde se inicia o processo e onde ou com quem finaliza. Assim, preferiu-se inicialmente separar por instituição e suas respectivas incumbências e papéis que tangem a medida, destacando os pontos comuns dos discursos entre os profissionais entrevistados.

É interessante ressaltar que dentro de minha incursão em campo, estes sujeitos protagonistas foram citados nomeadamente entre eles, ora para ressaltar os aspectos de entendimento, ora para destacar as diferenças ideológicas entre cada profissional. Deste modo, sugere-se que a partir de um caráter face-a-face nas relações entre os profissionais, estes se organizam de modo a formar uma pequena “rede de atenção ao louco infrator” no DF. Por *rede*, compreendendo as diferentes conotações já assumidas, ressalta-se o entendimento elaborado pelo campo psicossocial como:

“[...] um conjunto de dispositivos e práticas que devem ser criados e mantidos e sem os quais se torna inviável a melhoria da condição das pessoas diagnosticadas com problemas psíquicos e da qualidade de vida das comunidades, a partir do viés do bem-estar físico, mental e social (OLIVEIRA, 2010)”

Esta *pequena* rede é entendida aqui, de forma dimensionada, medida através do protagonismo pontual dos sujeitos envolvidos e com o recorte da baixa demanda da população submetida à medida de segurança frente às demais sanções. Estas microrrelações que se dão muitas vezes como contatos burocráticos, foram aqui mapeadas através de um esquema de indicações diretas, entre os diferentes

²¹ Todos os entrevistados autorizaram o uso de seus testemunhos. Estes foram gravados e transcritos posteriormente.

profissionais, no território do DF. Dada às informações analisadas, entende-se aqui que esta rede²² é composta por quatro principais instituições. Seriam estas: a Vara Criminal, o Instituto Médico Legal, a Penitenciária Feminina e o Instituto de Saúde Mental.

Tais instituições centralizariam então as principais etapas da trajetória da medida de segurança no DF, considerando tanto a sua lógica de internação quanto de detenção. Lembrando que estas quatro instituições não representam a totalidade dos diferentes recursos que compõem a ‘rede de atenção ao louco infrator no DF’, tendo as demais instituições (como os CAPS, o HSVP, também as instituições privadas) a função de agir como dispositivos substitutos das práticas manicomiais ainda existentes.

Os pontos de tensão entre os profissionais, relatados nas entrevistas, surgem em grande parte devido aos diferentes discursos ideológicos que cada profissional, em sua instituição, possui quanto à medida de segurança e ao tratamento destinado ao “louco infrator”. Os diferentes discursos colocam em conflito o entendimento da categoria de *periculosidade*, assim como o entendimento de *responsabilização* e, por conseguinte, as práticas de internação e desinternação, ambas com nuances criticadas. Estes tensionamentos serão abordados ao longo do capítulo.

ISM- Instituto de Saúde Mental

O ISM me foi apresentado através do seu Diretor, o Dr. Ulysses de Castro. O ISM possui diferentes funcionalidades: inicialmente como um CAPS, servindo de atendimento ambulatorial para usuários da saúde mental do DF ; possui também atividades com os presos da ATP, uma farmácia para o público. Lá também se encontram pacientes provindos de longas internações em instituições fechadas (*cronificados*) que foram encaminhados para o Instituto e lá residem até hoje. O instituto será descrito no tópico concernente ao programa iniciado pelo Diretor do ISM , programa este que tem por objetivo a desinternação dos pacientes masculinos que se encontram na ATP e conta com o apoio de quase todos os profissionais representantes destas quatro instituições.

²² “Uma sociedade sem manicômios aponta para a formação de uma rede complexa de grupos locais com força suficiente para liderar esforços de mudança. É fundamental desenvolvermos um sentimento de cooperação entre todos os movimentos e organismos sociais que estão trabalhando rumo ao bem-estar e justiça social”(MELMAN, 2003 Apud RIBEIRO, 2006: 14).

A VEC- Vara de Execução Criminal

Após a instauração do processo criminal, a perícia realizada e o julgamento encerrado com a deliberação de medida de segurança, a Seção Psicossocial da VEC é acionada com o propósito de se estabelecer encaminhamento auxiliar, onde profissionais da área da saúde e da área de serviço social travam diálogo tanto com os juízes da VEC e os psiquiatras do IML quanto com os demais profissionais da saúde de setores substitutivos que também absorvem o paciente jurídico, como é o caso do Instituto de Saúde Mental de Brasília. A Seção Psicossocial localiza-se no mesmo prédio em que os Juízes da Vara Criminal também atuam. Situada no terceiro andar, em um prédio movimentado, esta seção é composta por profissionais que articulam os contatos com a família do sujeito em medida de segurança, realizam ações de reinserção social e atividades de terapia como práticas de acompanhamento dos “loucos infratores”.

É neste mesmo andar que são realizadas as sessões semanais de atendimento aos que receberam medida de tratamento ambulatorial, através de uma equipe multidisciplinar. Segundo a coordenadora Carla Faria, que me recepcionou nas visitas que fiz ao local, a equipe busca também parceria com as redes sociais, monitora os sentenciados no regime de reclusão na ATP, através de reuniões com a equipe da penitenciária e atendimentos individuais. Em entrevista realizada com a coordenadora da Seção, a primeira afirmação feita sobre o cenário da medida no DF refere-se à particularidade que o próprio DF tem em relação a diferentes cidades. Isto acontece por não haver ações municipais ou locais, onde as políticas públicas e as verbas destinadas são repassadas através de secretarias executivas, dificultando o acompanhamento e a estruturação das ações.

Essa configuração de destaque em relação ao cenário nacional também ganha dimensão ao ser avaliada pelo Juiz titular da VEC, quando este afirma que a própria Vara de Execuções Criminais em Brasília é uma vara única. Ou seja, todos os processos criminais findam-se ali. Segundo o Dr. Bruno:

“Então, o cidadão foi condenado em Samambaia, vem pra cá. No Plano, vem pra cá. Em Planaltina, vem pra cá. Tudo vem pra cá. Isso dá uma certa rigidez no sistema, porque você consegue ter uma visão completa e todo mundo tem o mesmo tratamento, porque são os mesmos juízes decidindo. É diferente se você tivesse três varas de execução e cada juiz decidisse de uma forma. Então isto é positivo. Tem a questão negativa que é o volume. Então, assim... Todos os processos aqui para poucos juízes. Nós somos três aqui. É um titular e dois auxiliares. Então nós somos três e temos mais de 30 mil processos”. (Dr. Bruno, VEC, Brasília, 16/04/2012).

Dentro da VEC situam-se também os Juízes²³ de execução que tem como papel o monitoramento das execuções da medida de segurança, possuem incumbência de fiscalizar os estabelecimentos e realizam audiências para os inícios dos tratamentos ambulatoriais. No entanto, não desempenham função de juízes de vara (no julgamento dos casos). De acordo com o Dr. Bruno, a relação com a Seção Psicossocial se dá no relato de acompanhamentos dos casos, ou em suas palavras:

“O sujeito entrou, ele vai fazendo as terapias, o acompanhamento, tem um plano terapêutico que ele acompanha lá, é feito pelos psicólogos... A nossa sessão psico-social não dá todo este respaldo, ela faz um acompanhamento também. E, à medida que ele vai evoluindo no quadro clínico dele, elas vão avisando a gente: “Olha, aqui está melhorando e tal”. (Dr. Bruno, VEC, Brasília, 16/04/2012).

Para os juízes entrevistados, as relações que mais limitam as suas práticas são as tensões entre o poder judiciário e o poder executivo. Segundo eles, a área de atuação dos juízes se pauta na fiscalização dos processos de cumprimento dos regimes. Essa atuação deveria acontecer em parceria com o executivo, tendo este último a incumbência de realizar a execução das estruturas, seja na construção de hospitais ou CAPS, seja na construção de prisões. Porém, não é o que ocorre, mostrando segundo os juízes, o caráter cerceado da atuação do direito na trajetória da medida.

Como parceria eficaz, os juízes ressaltaram a figura do Dr. Ulysses, diretor do Instituto de Saúde mental, como peça fundamental que “*minimiza a falta de Hospital de Custódia e Tratamento no DF*”, tendo em vista que a população de internados na ATP/Prisão Feminina em medida de segurança é de contingência reduzida, ou seja, de uma baixa demanda, não sendo necessário a criação de um ‘espaço apropriado’. De acordo com o Dr. Bruno:

. “[...] Porque, na verdade, esta área da execução, e aí eu estou falando também da medida de segurança, não é prioridade para nenhum governo. Que governo que investe em presídio? Que governo que investe em medida de segurança? Nenhum. Na verdade, o quê que o governo faz? O governo constrói o local para você depositar gente”. (Dr. Bruno, VEC, Brasília, 16/04/2012).

Neste sentido, o ISM atua sob a falha do Executivo, segundo os entrevistados. A existência da Seção Psicossocial, segundo os mesmos, é justamente para ajudar a compor essa rede de elementos substitutivos que o Executivo não realiza.

²³ Dois Juízes foram entrevistados ao longo da incursão na Vara Criminal. O Dr. Bruno, juiz titular da Seção e o Dr. Fábio, juiz substituto.

O IML- Instituto Médico Legal

O Instituto Médico Legal de Brasília é subordinado à Secretaria de Estado da Segurança Pública – SESP e está localizado dentro do complexo da Polícia Federal, em Brasília. O IML funciona como uma “Polícia Científica” na área de Medicina Legal, tendo como incumbências as perícias em cadáveres, exames laboratoriais, toxicologia, química legal e sexologia forense. Tais procedimentos são requisitados aos diferentes profissionais do IML pelas autoridades jurídicas e policiais para compor esclarecimentos dos processos, tanto penais quanto administrativos. Segundo o Dr. Elias, chefe da seção de psiquiatria do IML de Brasília:

“normalmente a Psiquiatria forense quer dizer psiquiatria aplicada ao fórum. Então ‘forense’ vem de fórum. Então, a Psiquiatria, vamos aqui separar a Psiquiatria Forense da Psiquiatria Assistencial[...]. Então, na psiquiatria assistencial, o médico psiquiatra se prepara para tratar o paciente. Então, o vínculo e compromisso do psiquiatra é com o paciente. O psiquiatra forense tem um compromisso com a justiça. Então não é com o paciente, com os interesses do paciente, é com os interesses da justiça. Então, na verdade, hoje em dia, a gente usa o termo forense como se fosse o nome de psiquiatria legal, embora haja diferença. Mas então a “Psiquiatria Forense” é a psiquiatria à serviço da justiça, que pode ser na esfera criminal ou na esfera civil” (Dr. Elias, IML, Brasília, 18/05/2012).

O IML, por ser considerado uma “polícia técnica”, atua basicamente na esfera criminal, tanto que a formação dos psiquiatras forense possui bases no direito e na medicina. Dentro das lógicas operadas pela medida, o Dr. Elias ressalta que a maioria dos casos em que a medida de segurança é aplicada, está relacionada à dependência de álcool e drogas. Em muitos destes casos, a família deste paciente jurídico consegue que um juiz determine uma clínica de tratamento. O psiquiatra forense não atua apenas no momento de elaboração da prova técnica da sentença inicial, o Exame de Responsabilidade Penal, mas também realiza procedimentos de averiguação do estado ou cessação de periculosidade que o paciente jurídico apresente depois de certo tempo de cumprimento da medida. É neste momento que a articulação entre os diferentes atores desta rede de saúde se faz necessária, e de acordo com o Dr. Elias:

“É por isso que no nosso laudo, a gente pede sempre que eles mandem as observações do psicólogo, do assistente social. Por quê? Porque o assistente social sabe se há um apoio familiar para depois que a pessoa sair. Então o parecer do psiquiatra, também, não considera apenas aquelas horas ou aqueles minutos em que a gente está examinando para tomar uma decisão que vai valer por um ano, pelo menos, até ser pedido um novo exame. Então a

gente tenta fazer esta aproximação do IML com o pessoal da ATP”. (Dr. Elias, IML, Brasília, 18/05/2012).

É interessante ressaltar que quanto à utilização do laudo psiquiátrico pela justiça, este dificilmente é refutado pelos juízes, uma vez que segundo os mesmos, o conhecimento técnico da medicina possui seu espaço privilegiado e ainda que seja possível refutar um laudo e se exigir um novo procedimento, não é o que geralmente ocorre. Segundo o Dr. Elias, existe uma espécie de invasão do direito na medicina, na medida em que os aspectos médicos e legais se misturam. Para ele, ambos os modelos são insatisfatórios, mas afirma que existe uma demanda de aproximação entre ambas as áreas e os atores envolvidos, “*no sentido de uma troca de ideias, mas respeitando o seu terreno*”.

ATP - Ala de tratamento Psiquiátrico —Penitenciária Feminina

A Penitenciária Feminina localiza-se na cidade do Gama, em uma região afastada. A sua disposição é semelhante à de outros espaços prisionais, sendo dividida em três blocos. O bloco administrativo é o principal bloco que aloca as internas em regime semi aberto, as mulheres submetidas à medida de segurança e também é onde fica a ATP . Os demais blocos são destinados às internas em regime fechado. A minha visita à Prisão se deu a partir de uma entrevista previamente agendada com o psiquiatra responsável pela medida de segurança no estabelecimento, o Dr. Hudson.

Através de uma visita guiada pela agente penitenciária chefe do pátio do bloco administrativo (a maioria dos agentes são mulheres, o contingente masculino que lá atua se concentra mais no bloco administrativo), tive a oportunidade de conhecer as internas que ali se encontravam em medida de segurança. No total, naquele momento, eram 4 mulheres²⁴. A ATP se localiza em um andar superior no bloco administrativo, possui dois vigilantes e é totalmente vedada a quem chega.

²⁴ Em dois casos, as mulheres se encontravam ali por abuso e dependência de substâncias. Uma terceira por abuso sexual de menores. Todas as três classificadas pelo Dr. Hudson como psicóticas, ou seja “portadoras de transtorno de psicose orgânica não especificada”. A quarta paciente era uma garota de 21 anos, diagnosticada com esquizofrenia e em regime de internação por tentativa de homicídio contra a mãe. Segundo a agente chefe do pátio, a mãe da garota sempre a visitava, o que despertava em todo a equipe um sentimento de incompreensão da lógica da medida (pela mãe, a “vítima”, considerar a filha inocente dada a sua condição médica) . Além do que, segundo as demais agentes, não fazia sentido a reclusão uma vez que aquelas mulheres internadas não recebiam tratamento adequado.

As únicas formas de visualização da área destinada aos homens em medida de segurança se dão através das grades vazadas que separam os espaços e de uma janelinha, esta também gradeada.

De acordo com os agentes que ali se encontravam, a ATP é uma Ala diferenciada das demais na Prisão, primeiro pela presença de internos homens que não possuem circulação e mobilidade dentro do bloco, como também pelo caráter de medicação e sedação dos indivíduos, e pela expectativa da equipe quanto à “imprevisibilidade” em seus atos. De acordo com o Dr. Hudson, a sua função como psiquiatra na Prisão é “*tratar os transtornos existentes e tentar evitar que surjam outros nos pacientes*”. Desta forma, o trabalho ocorre de forma conjunta, com equipe multidisciplinar, com terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro. Este atendimento funciona apenas nos turnos da manhã e da tarde.

Ali também se elaboram laudos que são requisitados pelo IML, como forma de “assessorá-los” na elaboração do laudo final de Cessação de Periculosidade. Este se baseia na história pregressa do paciente, entrevista com familiares, histórico de internações anteriores, informações complementares e também com o laudo de acompanhamento dos internos feito pela equipe da Prisão. Quanto à relação com os demais atores de órgãos destacados, Dr. Hudson esclarece que:

“O juiz sempre vem aqui, isso é verdade, conversa com a gente, é muito solícito, procura resolver os problemas, pergunta. Também vêm sempre as psicólogas da VEP, que são sempre mais em contato com a gente. Cada paciente tem a sua psicóloga, sua assistente social, que vem conversar com a gente. O IML, algumas vezes, muito raramente tem uma reunião, é mais através dos laudos, das cartas. A relação com o IML é menor porque o IML tem função pericial, né, então eles têm que se manter mais isentos, mais distante. Realmente, por que esse é o princípio da perícia, né”. (Dr. Hudson, Penitenciária, Brasília, 24/05/2012).

O Dr. Hudson afirma que a função do psiquiatra dentro da penitenciária tem que ser desatrelada do diagnóstico do IML, uma vez que é neste que reside o conhecimento técnico, respaldado pelo Estado. Este, por sua vez, ao nomear aquela instituição e sua função de forma específica, acaba por transferir a ela um poder autônomo, de deliberação final. Segundo o Dr. Hudson, essas relações hierarquizadas devem ser mantidas como forma de organizar este cenário.

5.1- “Reclusão é Internação; Detenção é Tratamento”: As lógicas operadas pela Medida de Segurança no DF

Retomando os passos da medida de segurança, temos inicialmente a constatação da infração cometida pelo sujeito portador de transtorno mental, concretizada como fato criminoso. A partir daí, instaura-se um inquérito policial e abre-se um processo criminal. Ao final deste processo, formula-se uma prova técnica, geralmente o laudo psiquiátrico (emitido pelo IML), que trará subsídios ao juiz na resolução da sentença. Caso o sujeito infrator seja considerado *inimputável*, a medida de segurança é aplicada, tendo esta dois regimes de atuação: a saber, medida de internação, onde a pessoa terá de cumprir um regime fechado em instituição de tratamento, no caso do DF, a Prisão Feminina – na Ala psiquiátrica.

Caso seja de tratamento ambulatorial - detenção - a pessoa responde em liberdade, responsabilizando-se de fazer tratamento em alguma instituição, seja privada²⁵ ou pública e de comparecer periodicamente a alguma terapia em grupo ou prestar qualquer esclarecimento. A medida, que tem duração mínima de um a três anos, só termina quando este prazo estipulado for cumprido e mediante laudo de “cessação de periculosidade” que atestará ou não o fim do “risco” que aquele paciente tem para si e para a sociedade. Neste contexto, uma dúvida se instaura quanto à natureza dos regimes e os critérios utilizados para definir quem será internado e quem fará tratamento extramuros. Segundo os Juízes da Vara Criminal, a lei estipula os regimes da seguinte forma:

“Se o sujeito praticou um crime punido com reclusão, ele tem que ser internado. Se o crime é apenado com detenção, é tratamento. Aí você fala: “Então reclusão é mais grave do que detenção. É. Em tese, é. [...] A lei faz a distinção pela natureza da pena. Se o crime praticado é reclusão, o juiz tem que aplicar a internação. Se o crime praticado é detenção, tratamento ambulatorial. Não tem lógica nenhuma. Mas a lei fala isso.” (Dr. Fábio, VEC, Brasília, 16/04/2012).

O exemplo utilizado como de natureza mais grave seria o homicídio. No entanto, de acordo com o Dr. Bruno, existe um movimento de ruptura dessa lógica, partilhada pelos juízes mais novos, pois, uma vez que você enxerga o crime e não o tratamento, a lógica da medida assistencial se rompe. Para os juízes, a equipe de saúde pode afirmar que mesmo tendo praticado homicídios, a internação seria mais agravante para o estado do sujeito infrator. Assim, a proposta é analisar a pessoa e não o fato.

²⁵ A escolha pelo uso de instituição privada é deliberada em audiência, mediante comprovação de idoneidade da empresa, da clínica, do médico.

No caso do regime de detenção- tratamento- as pessoas submetidas (milhares, segundo os juízes) possuem um itinerário terapêutico a ser cumprindo, através de audiências, comparecimento em palestras socioeducativas, prescrição medicamentosa. O não cumprimento destas etapas pode levar à conversão do regime de detenção para um regime de internação.

A questão da *reincidência* entre a população da medida de segurança também se mostrou como parte importante da reflexão. Através de depoimentos informais, o termo “população de um crime só” veio à tona, ressaltando um diferente entendimento não só do perfil desta população como também das práticas que a medida supõe. Para os juízes da Vara Criminal, a reincidência não seria possível de ser averiguada, uma vez que o “louco infrator” é absolvido do fato criminoso e não condenado. Do ponto de vista jurídico, aquele nunca é reincidente, pois reincidente é quem é condenado duas vezes. O “louco infrator” não é condenado, ele é absolvido e deve ser assistido. Outro fator que torna ainda mais complexo o fenômeno cabe ao fato de que dentro da população carcerária do DF que se encontra em torno de 11 mil, avaliar reincidência em uma população de quase 100 sujeitos em medida de segurança, torna-se matematicamente insignificante, segundo os profissionais.

De acordo com o Dr. Ulysses, diretor do ISM, a maioria dos delitos cometidos por pacientes com transtorno de esquizofrenia, por exemplo, são contra a figura parental, contra familiares, não causando “danos secundários”. O profissional ilustra essa situação com a descrição de um evento onde um paciente esquizofrênico tentou matar o pai com uma faca de mesa, e este pediu para que não “machucassem” seu filho, por ele ser doente. Segundo o Dr., isso “*representa bem a consciência, com clareza de que a doença, naquele momento, ocasionou este ato de violência*”.

O Dr. Ulysses propõe que este fenômeno pode ser entendido através da loucura associada à passagem ao ato, questão resguardada pela psicanálise, mas que propõe maior visibilidade nas questões dos “crimes únicos”. Para o profissional, este fenômeno que se dá principalmente entre os esquizofrênico:

“É uma passagem ao ato, ou seja, esse indivíduo, ele, de alguma forma, encontrou naquele ato uma forma simbólica de se comunicar com o mundo. Uma forma inadequada, tudo bem. Delituosa. Mas que ele não deveria ser preso, ele deveria ser tratado. Porque, se em algum momento, este indivíduo, ao cometer o delito, e esse delito tinha uma conexão de nexos causal direto com o seu transtorno psíquico, esse indivíduo teria que receber... Houve uma ausência do Estado, e ele deveria receber do Estado, por isso, pelo menos um tratamento digno” (Dr. Ulysses, ISM, Brasília, 06/05/2012).

Dr. Ulysses ressalta que a partir dessa proposta de análise do fenômeno, foi possível travar diálogo com os juízes, homogeneizando um entendimento comum entre os profissionais, a fim de se estabelecerem novas práticas de assistência ao louco infrator, pautados pelo princípio da dignidade humana destes, ressaltando seu caráter de pessoas vulneráveis. Não só do ponto de vista psíquico, como indica o profissional, mas o transtorno gera também muita dificuldade econômica, pois o paciente não se insere nesse modelo de vida burguesa laboral.

O Dr. Bruno afirma que o “louco infrator” se encontra em regime de internação na ATP por ter praticado um fato criminoso e não por ser doente mental. Enquanto paciente, “*o Estado não encosta nele. Ele é um problema da família, é um problema do governo... Quando é que a justiça vai atrás dele? Quando, além de ter a doença mental, ele pratica um fato*”. A passagem da tutela da família ao Estado é percebida através do discurso jurídico como uma forma de auxiliar no processo de cuidado daquele indivíduo que oferta risco tanto para si quanto para a sociedade:

“Como a família não tem condições de tomar conta daquele cidadão, o Estado vai lá e pega. Como eu tenho condições, eu mantenho ela aqui. Entendeu? Então a medida de segurança é para isso. É para você afastar do convívio aquelas pessoas que, em tese, não têm condições de viver em sociedade por conta do problema mental e, também, não tem alguém ou alguma instituição por traz que possa contê-las. Porque elas não podem se conter. E, como estas instituições falham, reiteradamente, acaba estourando tudo aqui. Seria bem prático pra gente acabar com a natureza penal da medida. Ótimo!” (Dr. Bruno, VEC, Brasília, 16/04/2012)

O caráter patronal presente no discurso do Juiz denota a expressa tutela alegada pelo direito no trato do chamado “paciente jurídico”. A própria designação de *paciente jurídico* reúne a ‘mediação’ entre os dois campos de saber (direito e psiquiatria), reiterando uma lógica de “criminalização” da loucura e uma localização hegemônica da psiquiatria (através do laudo) nas práticas relacionadas à medida de segurança.

5.2- “Ninguém explica o que é periculosidade²⁶”

Dentre os pontos críticos da manutenção da medida de segurança, a sua temporalidade é um aspecto que condensa a natureza ambígua desta sanção. Segundo os profissionais das instituições visitadas, nenhum paciente encontrava-se ali há mais de 15 anos, fora os casos crônicos que geralmente são absorvidos pelo ISM (a ser detalhado no próximo item) ou então são pacientes com carreiras de internação e desinternação contínuas, já conhecidos e que já passaram por diferentes tentativas de reintegração. O fato de não haver pacientes esperando anos por laudos ou em condições de reclusão sem acompanhamento ocorre devido ao caráter político de desinternação latente defendido pela pequena rede de atenção ao louco infrator no DF, baseado nos preceitos da reforma psiquiátrica.

A duração da medida de segurança é relacionada diretamente com a trajetória tanto da ótica de tratamento, quanto do entendimento técnico acerca da periculosidade. Esta última é a categoria que define a situação do paciente jurídico, sua carreira moral e o seu papel a ser desempenhado frente à sociedade. Como já discutido, a periculosidade torna-se associada à loucura como algo que não está inserida na norma social, uma “oferta de perigo”, criando uma representação social da imprevisibilidade que ecoa através do tempo e constrói este imaginário de relação direta da violência com a loucura²⁷. Segundo os juristas, a lógica da periculosidade, há muito discutida entre os profissionais tanto da saúde quanto do direito, é antiga e desatualizada. A dificuldade de entender o termo se expressa na afirmação do juiz ao alegar que:

“ [...] na verdade, todo mundo é perigoso, depende apenas das circunstâncias. O que a gente interpreta, hoje já é um avanço, é se essa periculosidade está vinculada ao transtorno ou não. Então, por exemplo, tem gente que tem um diagnóstico positivo em relação ao transtorno, mas é extremamente perigosa. Mas se já está curado do transtorno, eu não posso manter ele preso. Porque eu mandei ele para a ATP para se curar do problema mental, não foi para puni-lo do crime. Se ele já se curou, mas continua perigoso, eu tenho que soltar” (Dr. Bruno, VEC, Brasília, 16/04/2012).

²⁶ Fala do juiz Fábio, da VEC, em entrevista realizada no dia 16/04/2012, Brasília.

²⁷ Segundo o Dr. Elias, chefe da seção de psiquiatria do IML, as duas classes mais comuns dentro do público em medida de segurança são: abuso de álcool e drogas e transtorno de personalidade. Para ele: “*Estes dois itens guardam relação com atos violentos muito maior do que psicose, que é a doença mental. Então as pessoas têm o hábito de ficar com medo: “cuidado porque aquele ali é um doente mental”. Só que não existe uma relação diretamente proporcional entre a gravidade de uma doença e o risco de violência*”.

O problema se pauta na definição do caráter contínuo da periculosidade, uma vez que se a doença mental não tiver “cura”, o sujeito será eternamente “perigoso”.

Segundo o Dr. Hudson :

“Eu acho que é apenas uma questão de semântica, eu acho que as pessoas tem que ter uma noção de que, determinadas pessoas em determinados momentos de suas vidas, podem oferecer risco a integridade delas ou de outras pessoas. Tem que se utilizar o termo *cessação de risco* para falar que a pessoa não é perigosa, cessar o risco de cometer alguma coisa. Muitas vezes, muitos pacientes não são permanentemente perigosos. Alguns , não a maioria, podem ficar perigosos se não forem tratados [...] Então a gente não pode ser nem romântico demais nem manicomial” (Dr. Hudson, ATP, Brasília, 24/04/2012).

Para melhor esclarecimento acerca desse estado de caracterização da inimizabilidade, a discussão feita pelo psiquiatra forense, Dr. Elias (IML), acerca da *responsabilização* do louco infrator e os critérios de caracterização do laudo de cessação de periculosidade surgem como pontos importantes na discussão, sendo necessário resgatarmos mais uma vez as etapas de materialização da medida. Inicialmente, quando a infração é cometida, caso seja argumentado que a pessoa que cometeu a infração não estava em condições de *entender* ou de *se determinar* no momento do crime, é requisitada a perícia, através do juiz, para a realização de um Exame de Responsabilidade Penal. O psiquiatra forense irá responder as perguntas do promotor de justiça, de um lado, e do advogado de defesa, de outro lado, e, às vezes também, do juiz.

A conclusão da perícia se dá acerca da responsabilidade do sujeito infrator, e mais, se ele *se determina* responsável ou não, penalmente pelo crime. Sendo responsável, é imputável, não sendo é inimputável e sendo parcialmente responsável semi-imputável. O Exame de Cessação de Periculosidade acontece quando uma pessoa já foi, lá atrás, no exame de responsabilidade penal, designada como inimputável, mostrando ser capaz de um comportamento violento.

Segundo o Dr. Elias, na aferição do laudo, o profissional entende que há duas dimensões de responsabilização: a capacidade de entendimento (que consta no Código Penal) e a capacidade de determinação que, segundo o profissional, é uma lógica apresentada pela psiquiatria inglesa e que não é adotada formalmente aqui. A capacidade de entendimento “*ela diz respeito à capacidade cognitiva, a capacidade de entender, racional*”. Já a capacidade de determinação, “*ela diz respeito à capacidade volitiva, a da vontade*”²⁸.

²⁸ O exemplo utilizado pelo Doutor para ilustrar essa situação é o caso por ele ressaltado como paradigmático, foi o dos dependentes químicos: “*O dependente de drogas, ele tem plena capacidade de*

Esta lógica é igualmente compartilhada pelos Juízes da Vara Criminal. Segundo estes, “*O direito olha duas coisas: a capacidade de discernimento e a capacidade de autodeterminar-se*”. A questão da auto determinação também é posta como ponto subjetivo desta interpretação, e é neste momento que a figura do chamado “psicopata” se materializa, sendo necessária sua contextualização.

No entendimento de todos os profissionais entrevistados, o portador deste transtorno de personalidade social é visto como figura ambígua no quadro da medida de segurança e gera tensões de interpretação da lei e na realização das práticas, entre estes profissionais das diferentes áreas de saúde mental. No imaginário popular, o psicopata, o *serial killer*, caracteriza-se como um indivíduo desprovido de afetividade, com alto grau de manipulação e nenhum remorso quanto às suas práticas ‘criminosas’. Para o Dr. Hudson (ATP), o perfil de pacientes que demonstram maior risco de agressividade seria o dos psicopatas (“*mentes preparadas para o mal*”), e reitera que para estes, não há tratamento.

De acordo com o Dr. Elias a capacidade de entendimento do psicopata está absolutamente preservada, visão esta também compartilhada pelos juízes. A grande polêmica surge em relação à capacidade de determinação, como dito. Para o profissional psiquiatra, a capacidade de determinação está comprometida uma vez que a personalidade do psicopata é transtornada e influi diretamente em suas decisões, rebaixando a sua aptidão crítica e autocrítica. As motivações do psicopata, segundo o profissional, são motivos “*perversos, no sentido de desviantes e transtornados, só que não influenciar sim na conduta dele*”. Para ele:

[...] o psicopata tem plena capacidade de entendimento, a capacidade de determinação vai estar mais ou menos comprometida na dependência da gravidade da psicopatia. Porque têm pessoas extremamente transtornadas e têm pessoas levemente transtornadas. Então, se for um transtorno leve, eu até considero capaz de entendimento e de determinação. Mas se você percebe um transtorno muito grave, então não. Aí esta pessoa realmente, você vê que esta pessoa tem a capacidade de determinação prejudicada”. (Dr. Elias, IML, Brasília, 18/05/2012).

.A questão seria quanto ao que se fazer com estes pacientes que, segundo o Dr. Hudson, são “*incuráveis e que tornariam a cometer crimes*”.

entendimento, ele sabe que a droga faz mal para ele, sabe que a droga é ilegal, ele sabe isto, ele sabe aquilo. Mas, a capacidade de determinação está comprometida porque ele não consegue conter o impulso. O impulso irresistível de consumir a droga”.(Dr. Elias, IML, Brasília, 18/05/2012).

A possibilidade sugerida pelo psiquiatra é por ele mesmo avaliada como “possivelmente retrógrada”, mas ainda assim ele a considera como a melhor aposta, a saber, a lógica de internação da medida de segurança, com espaço apropriado (e restrito) de tratamento para a localização dos chamados psicopatas. Restritos, pois, segundo Dr. Hudson, a convivência entre os “psicopatas” e os demais doentes internados é concebida numa base de manipulação e abuso dos primeiros contra os segundos. Segundo o Dr. Elias:

“[...] Porque, se você pensar assim... Não pode ser na sociedade porque é super perigoso. Não pode ser no hospital porque não tem o que tratar, porque você não tem remédio que trate isso, e nem tem psicoterapia porque não tem demanda, ele acha que o problema está nos outros e não nele. Então não é no hospital, não é na sociedade... Aí, bom, tem o presídio. Mas o presídio é uma coisa justa já que ele tem um transtorno?”. (Dr. Elias, IML, Brasília, 18/05/2012).

Assim, o profissional sugere a criação de um hospital especializado, já existente em países como a Inglaterra. Essa lógica encontra-se com a perspectiva apresentada pelo doutor Hudson. Para os Juízes, no entanto, o psicopata é entendido como imputável, a cumprir pena na Papuda e não como medida de segurança a ser internado na ATP. Nos dois casos, os juízes têm que fiscalizar, porém o tratamento é diferente. Se o sujeito for para a ATP, a questão é a da cessação de periculosidade. Se ele for para a Papuda, a questão é de bom comportamento, cumprimento de uma parte da pena, etc.

Neste momento, segundo os profissionais do direito, existem as discordâncias dos laudos do IML pela VEC. No entanto, a perícia hegemônica, caso o classifique como inimputável e os juízes das varas entenderem como tal, o ‘psicopata’ é direcionado para a ATP o que, segundo os juízes, causa transtorno na convivência com os demais internos. No entanto, a maioria das pessoas com diagnóstico de transtorno de personalidade em conflito com a lei, estão em prisões comuns, geralmente de máxima segurança, pela natureza e gravidade de seus crimes, sobrepondo a ótica da doença em detrimento da defesa social.

Retomando a natureza da medida de segurança, galgada na ideia de periculosidade, aquela é entendida como prática de tratamento compulsório. O Dr. Elias salienta que em outros países, considerados por ele “mais avançados” na discussão entre saúde mental e justiça, o que é avaliado é o risco de violência (em baixo, médio e alto). O profissional propõe então uma mudança no nome do próprio Exame de Cessação de

Periculosidade. Para ele, alegar que houve uma cessação de periculosidade é afirmar categoricamente que aquela pessoa não cometerá mais crimes. Assim,

“[...] além de ser uma coisa extremamente absolutista, você está examinando a pessoa em um ambiente artificial, ele está supostamente protegido de álcool e drogas, ele está supostamente protegido de uma relação conflituosa [...] Então ele está protegido para falar de uma condição, quer dizer, um comportamento que ele vai adotar em um lugar que você não sabe nem aonde ele vai estar..” (Dr. Elias, IML, Brasília, 18/05/2012).

Segundo o Dr. Hudson, a mudança de nomenclatura da periculosidade para cessação de risco é interessante por sugerir uma desvinculação do preconceito atrelado à categoria inicial, a saber, “nem todo louco é perigoso”. O Dr. Elias propõe também uma mudança na denominação da medida de segurança (pautada na ideia de seguridade social), para medida terapêutica (pautada na lógica de tratamento). A aproximação com os demais profissionais da área de saúde desta pequena rede comporia então uma forma de enfatizar a trajetória de *paciente* do sujeito submetido à medida de segurança e não em sua trajetória de *criminoso*, em conflito com a lei.

Novamente, retoma-se a discussão acerca da ênfase dada à lógica de defesa da sociedade, pautando a medida no crime cometido e não no tratamento a ser realizado. Esta prática acaba por tornar a medida de segurança uma expressão ‘limitada’ do entendimento da relação entre o crime e a dita ‘loucura’, reproduzindo interesses de segregação que são possíveis de serem identificados ao longo da história.

Entende-se também que o espaço ocupado pela psiquiatria dentro da trajetória da medida de segurança é hegemônico e respaldado, em muitos momentos pelos demais campos, notado pela infiltração da psiquiatria nas lógicas jurídicas, por exemplo, de interpretação da lei. Cabe então indagar até que ponto a mediação estabelecida pelo campo médico entre o réu paciente e seu contexto penal não de dá de forma normativa, uma vez que o saber médico instaura a condição de ‘paciente jurídico’ e este mesmo saber a suspende.

5.3- Das iniciativas aos embargos: O programa de Atenção ao Louco Infrator em Brasília

O surgimento do Instituto de Saúde Mental se deu num contexto de indagações políticas acerca das práticas que envolviam a assistência à saúde mental no DF. No ano de 1987, mediante decreto de implementação do primeiro CAPS no Brasil, em São Paulo, publicou-se o ato de criação do ISM, sendo este oficialmente inaugurado dois meses depois (MACHADO, 2006). O instituto está localizado na granja do Riacho Fundo, próximo às regiões do Riacho Fundo I e II, de Taguatinga e Núcleo Bandeirante. Possui uma extensa área física isolada (52 hectares), com um cenário natural diversificado e bucólico, em meio a construções coloniais que dão vazão ao seu empreendimento ‘terapêutico’. Ressalta-se que esta área era destinada, anteriormente, a ser residência de campo do Presidente da República, tendo o ex-presidente Tancredo Neves lá passado os seus últimos dias de tratamento.

No bojo da discussão acerca de redemocratização do país, na década de 80, os apelos pelas mudanças deram corpo a uma reforma sanitária provinda de diferentes trabalhadores da saúde. Segundo o atual diretor do ISM, Ulysses de Castro, como em todo movimento político e social, resultam mudanças quanto às práticas de assistência. Neste momento, o surgimento do SUS e a reforma psiquiátrica ganham espaço. O ISM surge, simbolicamente, como primeiro ícone nacional de serviço na mudança do paradigma biológico para o paradigma biopsicossocial, marcando também uma nova etapa no Distrito Federal. Surge então um modelo substitutivo ao antigo modelo institucionalizante, tendo sido inicialmente concebido como um Hospital Dia. Segundo do Dr. Ulysses:

“Essa questão de você promover, produzir autonomia destas pessoas que são vulneráveis, do ponto de vista psíquico e social também. Então a gente surge num antagonismo ao modelo segregacionista que era o modelo antigo, em que as pessoas ficavam reclusas. A gente trabalha muito com esta questão da reinclusão social, se é que algum dia estas pessoas foram incluídas socialmente, este é um ponto. Então o Instituto nesta vocação, surge como uma proposta nova de assistência à saúde mental em Brasília” (Dr. Ulysses, ISM, Brasília, 06/05/2012).

O Instituto , além de ser um CAPS I, possui estrutura também de um CAPS II, ou seja, com cobertura para 200 mil habitantes. O instituto conta também com um ambulatório em saúde mental ,composto por uma equipe multidisciplinar. Tem também

uma farmácia em saúde mental, o hospital dia e oferece serviço fitoterápico. Por fim, possui também a Casa de Passagem, figura emblemática do Instituto.

A Casa de Passagem (ou “residências terapêuticas”, na prática do ISM), segundo o Dr. Ulysses, nunca foi bem quista pela equipe do ISM, mas hoje, no entanto desempenha um papel importante dentro das práticas promovidas na instituição. Este papel seria de promover a saída dos pacientes que se encontram em estados de cronificação, a saber, demasiados institucionalizados e que não possuem outros lugares de moradia. Para o Dr. Ulysses, este papel “*não deixa de ser institucionalizante na medida em que a gente não tem as residências terapêuticas, porque estes pacientes deveriam ter um espaço é na comunidade*”.

Muitos destes pacientes que moram no instituto são provindos da Casa Vila Planalto, antigo manicômio desativado por problemas graves de maus tratos e falta de atenção básica aos portadores de sofrimento psíquico. Também residem ali pacientes que vieram da ATP, como proposta de desinternação da medida de segurança²⁹. O projeto de cuidado ao paciente jurídico no DF está intrinsecamente ligado à trajetória do Diretor do Instituto. De acordo com o mesmo, a profissão de psiquiatra nunca lhe havia ocorrido, mas segundo ele:

“[...]eu acho que quando a gente vai de encontro aos nossos fantasmas, que é o fantasma do preconceito, o preconceito é algo fantasioso, é algo que gera muita fantasia... Quando eu fui praticamente obrigado pelo meu chefe aqui a ir atender os pacientes lá, eu me deparei com a realidade do manicômio. Me deparei com uma realidade muito cruel da assistência destes pacientes lá. Então, para você ter uma ideia, quando eu fui atender a primeira vez, o agente falou assim: “Uai, mas o senhor vai atender?”. Eu falei: “Eu vou atender.” “Não, mas o senhor não precisa atender, é só o senhor repetir as prescrições deles”. Então eu me deparei com um pátio cheio de pessoas hipermedicadas, tomando sol não, assim, queimando no sol. Eu falei: “Não, eu quero ver cada paciente, nem que eu vá levar...”. Na época tinha 66, 67. E comecei a entrevistar e a reduzir muito as medicações destes pacientes [...] (Dr. Ulysses, ISM, Brasília, 06/05/2012).

Foi a partir deste momento que, segundo o profissional, surgiu uma residência médica multiprofissional de saúde mental no ISM e que muitos destes residentes também foram e são profissionais concursados no Tribunal de Justiça, o que culminou numa inserção de novas práticas de saúde mental de proposições reformistas no cenário de Brasília. Concomitante a isso, têm-se as experiências de Belo Horizonte do PAI-PJ,

²⁹ Durante a realização desta entrevista, que ocorreu no prédio administrativo onde fica a sala do diretor, aguardavam na sala de espera as assistentes sociais da Seção Psicossocial da VEC com a proposta, segundo o Dr. Ulysses, de levar 9 (nove) internos da ATP para o Instituto. No entanto, segundo o diretor, aquele só disponibilizava de 5 (cinco) a 4 (quatro) vagas naquele momento.

e a experiência de Goiânia, com o PAILI que segundo o Dr. Ulysses, o influenciaram contundentemente na proposição aos juízes da VEC para receber internos da ATP no Instituto. A tarefa, de acordo com o profissional, não foi fácil. As batalhas se iniciaram internamente, com os próprios funcionários do ISM, os quais, para o Diretor ainda mantinham preconceitos subliminares sob os discursos reformistas e progressistas:

“Ainda existia aquela velha tônica da saúde como forma de controle social, como forma de higiene social. Isto ainda ta impregnado. Mas nas reuniões, eu fiz propostas e também instiguei muito a equipe no sentido de que a gente, enquanto atores de uma nova forma de fazer a atenção à Saúde Mental, nós teríamos que nos expor. E esse processo também, concomitantemente.” (Dr. Ulysses, ISM, Brasília, 06/05/2012).

Através de diálogos travados com os juízes , mediados pelas assistentes sociais da VEC, o Dr. Ulysses diz ter feito uma “decodificação da linguagem médica, da questão da psiquiatria para a linguagem jurídica”. Este momento também foi relatado pelos juízes como o momento de criação do pacto de compromisso entre os profissionais, onde os juízes assumiram total responsabilidade para qualquer caso³⁰. A partir daí, em 1998, iniciaram o projeto com três pacientes, mas segundo o profissional, “*sempre trabalhando a questão do medo, da imprevisibilidade que se gera com a ‘questão da loucura e da violência’*”. O programa de BH, por exemplo, foi oficializado em 2001, e depois o de GO. Para o Dr. Ulysses, os programas voltados para o louco infrator no país seriam então estes três, ainda que o do DF não seja oficializado.

Para ele, enquanto o programa não for contemplado pelos juízes das varas criminais, ele não será formalizado e normalizado. Neste período de 12 anos já foram

³⁰ “E eu pensei em trabalhar com o paciente que mais brigava lá, que era o X. E aí eu chamei de Projeto X. Se o X. chegar no Instituto, e a gente construir uma rede de proteção com ele, promover realmente um cuidado em saúde mental que seja adequado, com a família... Ele tentava assediar a mãe toda vez que a mãe ia lá. Se a gente desconstruir o pior pra eles lá, o resto vai ser fácil. No dia em que os juízes iriam assinar, o diretor de São Vicente e a diretora da CESIP , Doutora C e o Doutor B ficaram sabendo dessa reunião e foram na reunião. Os dois juízes, assim, não entenderam, mas eles chegaram nesta reunião pra avisar que se eles liberassem os pacientes pra vim para o Instituto, eles estariam mais loucos do que o próprio psiquiatra que estava lá, que era o Doutor Ulysses. Os juízes, assustados, quiseram ouvir mais e a doutora C falou: “Os pacientes vão enforçar a escolta, vai pegar uma linha de nylon e vai enforçar”. O pobre do juiz olhou para mim, com a mão no pescoço, e falou: “Doutor, o senhor falou que eles estão tomando medicação de última geração”. E ali, tanto eu como as meninas do psicossocial, que estavam me ajudando nesse diálogo com os juízes, a gente ficou meio desanimado num primeiro momento e falou: “Todo o trabalho de um ano, e eles não vão liberar”. Mas no final, os dois juízes, como eram jovens, eu devo muito isso a esta força motivadora da juventude desses jovens, que hoje são juízes titulares, olharam e aceitaram”. [Trecho de entrevista realizada o dia 06/05/2012 com o Dr. Ulysses acerca da reunião entre os diferentes profissionais da saúde mental do DF para discussão do projeto de atenção ao louco infrator entre a ATP e o ISM. O nome do paciente e dos demais profissionais foram aqui alterados para preservação de suas identidades].

desinternados da ATP entre 60 a 70 pacientes, com inexistente nível de reincidência delitual. O Projeto de Ressocialização é voltado para os internos homens da ala na ATP, com foco nos pacientes com diagnóstico de transtorno esquizofrênico, que se encontravam há mais de cinco anos reclusos. A parceria entre o TJDF, a VEC, a Seção Psicossocial e o ISM se volta para um trabalho semanal (terças e quintas, pela manhã) com um grupo de até 10 pacientes vindos da ATP. Estes internos passam o dia no instituto, realizando atividades terapêuticas e lúdicas, fora atendimento multidisciplinar e práticas de ressocialização para cada paciente jurídico, através do Benefício de Prestação Continuada -BPC e o Programa de Volta para a Casa.

De acordo com os agentes penitenciários da Prisão Feminina e os vigilantes da ATP, os pacientes que iam para o ISM durante a semana, eram considerados internos “mais tranquilos” e ainda que uma escolta especial fosse requisitada (dada ao caráter “imprevisível” dos internos), nunca havia, até então, se mostrado necessária. Durante a realização das visitas em campo, a atividade realizada semanalmente não estava ocorrendo, pois o transporte – a van- que levava os internos da ATP para o ISM estava quebrada. Segundo os profissionais entrevistados, essa situação só se mantinha devido ao descaso do poder executivo em não destinar verba ou qualquer auxílio para o conserto do veículo, dificultando a continuidade das atividades.

De acordo com o Diretor do Instituto, ainda que as tentativas de se promoverem práticas de ressocialização ocorram, não é possível desenvolvê-las plenamente sem uma rede estruturada, sem residências terapêuticas, sem centros de convivência e ainda, sem promover geração de renda. A política em relação ao louco infrator encontra-se incipiente, com serviços centralizados e falta de acessibilidade a demais recursos de atendimento à demanda da população. A proposta é de se trabalhar com foco no território, através da atenção básica, com equipes de saúde da família e ações de fortalecimento destas práticas intersertoriais, a fim de se promover, de fato, uma reforma psiquiátrica no DF.

Considerações Finais

Como fazer caber o ‘risco’ no cotidiano? É nesta pergunta que se insere a medida de segurança como proposta institucional e os entendimentos acerca do chamado louco infrator. De acordo com Renata Weber (2008), a medida de segurança é uma “invenção instrumental e simbólica”, historicamente determinada, que propõe a contenção dos ditos ‘sujeitos perigosos’. Ela serve como forma de fixar e congelar a identidade do paciente jurídico onde a administração de sua fala se dá pela psiquiatria. Segundo Gonçalves (2008), sua lógica de atuação ocorre sempre em torno dois polos: na perspectiva da cura e do tratamento; dos locais de cumprimento, entre o presídio e o hospital; de ‘proteger’ a sociedade ao ‘proteger’ o louco criminoso; sempre entre o determinado e o indeterminado.

Ao longo deste texto, buscou-se discutir as possibilidades de classificação social ocidental quanto a sua forma de entendimento da relação entre o crime e a loucura, através da medida de segurança. Entende-se que o papel da periculosidade dentro da noção da relação supracitada desempenha uma finalidade normativa e foi historicamente sancionada com a medida de segurança. Seus regimes de atuação no Brasil se pautam tanto numa lógica de reclusão quanto de tratamento, porém ambas elaboradas dentro de um contexto médico-legal, onde o laudo psiquiátrico torna-se elemento definidor (ao buscar destacar a existência ou não de uma periculosidade do agente) da trajetória da medida e da trajetória do sujeito a quem a medida submete.

A realidade do louco infrator compõe um sistema complexo, de forma destacada, por denunciar uma situação de descompasso entre a lógica penal e os princípios dos direitos humanos, relativos à reformulação das experiências psicossociais dos sujeitos portadores de transtorno mental em conflito com a lei.

Ainda que a recente legislação brasileira já aponte para um deslocamento da matriz de defesa social para uma matriz dos direitos humanos no que tange às práticas de assistência à pessoa com transtorno mental, não é o que acontece ainda no trato penal ao louco infrator. As novas resoluções quanto à sociabilidade dos sujeitos e a reintegração social residam nos discursos, porém é na prática destas instituições que notamos que o percurso histórico da constituição do chamado louco criminoso ainda se pauta em aspectos de asilamento ao tratamento, tutelados tanto pelos âmbitos normativos do direito penal, quanto da ciência médica psiquiátrica.

No Distrito Federal, como discutido, a pequena Rede de atenção do louco infrator é dinamizada através de profissionais específicos que atuam com a medida de segurança ainda de forma incipiente e limitada. As barreiras são por eles apontadas como um ato de descaso do poder executivo e as vontades políticas relacionadas. Tal situação é apontada como o primeiro obstáculo para se instituir novos serviços e novas práticas no DF, ainda que este Distrito já tenha sido referência em serviços da reforma psiquiátrica no país (CASTRO, 2009). Estas barreiras somam-se aos ainda resistentes tensionamentos ideológicos entre os modelos asilares/tradicional e o modelo psicossocial/substitutivo.

Talvez a complexificação destes discursos aponte para uma desconstrução do paradigma manicomial e a perspectiva de periculosidade, ainda resistentes. No entanto, o juízo da periculosidade retoma o “como fazer caber o risco” em nosso cotidiano, lembrando que nos casos tidos como limítrofes, onde os sujeitos são ‘realmente’ perigosos, não há uma proposição social que abrange todo o ruído dos direitos humanos nem de práticas jurídicas interpretativas. O continente da loucura torna-se então uma panaceia.

BIBLIOGRAFIA

ABDALLA-FILHO, Elias e ABDALLA de Souza Patrícia: “*Bioética, Psiquiatria Forense e a aplicação da Medida de Segurança no Brasil*”, Revista Bioética 2009 17 (2): 181 – 190.

ALMEIDA, Francis Moraes “*Heranças Perigosas: Arqueogenealogia da “periculosidade” na legislação penal brasileira*”. Dissertação de mestrado, Porto Alegre, 2005.

ALMEIDA, Francis Moraes “*Fronteiras da Sanidade: Da “periculosidade” ao “risco” dos discursos psiquiátricos forenses e jurídico no Instituto P. M C.-Porto Alegre- 1925 a 2003*”. Tese de Doutorado, Porto Alegre, 2009.

ALVAREZ, Marcos César. Bacharéis, *criminologistas e juristas – saber jurídico e a nova escola penal no Brasil (1889-1930)*. Tese (Doutorado em Sociologia) – Departamento de Sociologia / IFLCH, Universidade de São Paulo, 1996.

AMARANTE, Paulo (org.) “*Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil*”. Em *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo “*O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*”. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. “*Rumo ao problema do crime e da Loucura no Brasil*”. Rev.bras.ci.Soc.vol.14 n 41, São Paulo, 1999. Acesso em 05/11/2011

ARGUELLO, Katie. “*Do Estado social ao Estado penal: invertendo o discurso da ordem*”. Artigo produzido na 1º Congresso Paranaense de Criminologia , realizado PR, 2005.

BARRETO, L. “*O cemitério dos vivos*”. São Paulo: Planeta do Brasil, 2004.

BARRETO, Ricardo César Mandarino (Juiz federal e mestre em Direito Econômico), na apresentação feita pelo mesmo no trabalho de Paulo Vasconcelos Jacobina, *Direito Penal da Loucura - Medida de segurança e reforma psiquiátrica*. 2008

BARROS – BRISSET, Fernanda Ottoni. “*Por uma Política de Atenção Integral ao Louco Infrator*”. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BARROS, Daniela D. *Jardins de Abel: a desconstrução do Manicômio de Triste*, Ed. USP/Lemos, São Paulo, 1994.

BATISTA E SILVA, Martinho Braga. As pessoas em medida de segurança e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto do plano nacional de saúde no sistema penitenciário. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo, v. 20, n. 1, Apr. 2010 . Available from <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 12 agost. 2012

BAUMAN, Z. “*O mal-estar da Pós-Modernidade*”, Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1997.

BECKER, Howard S. *Outsiders*. 1ª edição 1963. Paris, A. M. Metailié, 1985.

- BECKER, Howard S. *Outsiders “Estudos de Sociologia do Desvio”*. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2008.
- BIRMAN, Joel. *“Enfermidade e Loucura”*. Editora Campus, Rio de Janeiro, 1980.
- BORGES, Guilherme Almeida. *“Crime e Castigo nos modos de ‘fazer justiça’: Um estudo sobre Representações Sociais da Criminalidade Urbana, Punição e Justiça”*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Departamento de Sociologia, 2009.
- BOURDIEU, Pierre. *“O Senso Prático”*. Petrópolis, Vozes, 2009.
- BRANCO, Vitorino Prata Castelo. *Criminologia*. 1. ed. São Paulo: Sugestões Literárias, 1980.
- BRASIL. Lei n.10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.
- BRASIL. *Código Penal Brasileiro*.
- BRAVO, Omar Alejandro. *“As prisões da loucura, a loucura das prisões”*. *Psicol. Soc.* [online]. 2007, vol.19, n.2, pp. 34-41. ISSN 1807-0310.
- CARARRA, Sérgio Luis *“Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século”*. Rio de Janeiro/São Paulo, Eduer/Edusp, 1998.
- CARRARA, Sérgio Luis *“A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil”* Texto elaborado como base para apresentação proferida no I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental, realizado em São Paulo nos dias 16, 17 e 18 de setembro de 2009.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto *“O Trabalho do Antropólogo”*. Brasília/ São Paulo: Paralelo Quinze/Editora da Unesp, 1998
- CASTEL, Robert *“A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo”*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- CASTEL, Robert 'Os médicos e os juízes'. Em Foucault, Michel *“Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão... um caso de parricídio do século XIX.”* Rio de Janeiro, Graal, 1991.
- CASTRO, Ulysses Rodrigues de, *“Reforma psiquiátrica e o louco infrator: novas idéias e velhas práticas”*, Universidade Católica do Goiás, 2009.
- COHEN, C. *“Medida de segurança”*. In: COHEN, C.; FERRAZ F.C.; SEGRE, M. (Org.).Saúde mental, crime e justiça. São Paulo: Edusp, 2006.
- CONRAD, Peter. *“Medicalization and social control.”* Annual Review of Sociology. Vol. 18, 1992.
- DALGALARRONDO, Paulo Prefácio in *“Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais”* – In: Prefácio. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DE JESUS, Fernando Miranda. “*Medida de Segurança e o Exame Psiquiátrico: considerações sobre a averiguação da periculosidade*”, 2008. <http://jus.com.br/revista/texto/13098/medida-de-seguranca-e-o-exame-psiquiatrico/2> - Acessado em 18/06/2012.

DELGADO, Pedro Gabriel “*Reforma psiquiátrica e atendimento ao paciente infrator: o feito e o por fazer*” in: Relatório Final Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, 2002.

DELMANTO, Celso. Código penal comentado / Celso Delmanto... [et al]. 7. ed. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

DINIZ, Débora Diniz & PENALVA, Janaina (Coordenação). Série Pensando o Direito: Medidas de Segurança. Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (Anis). Volume #35, 2010.

DURKHEIM, Emile. “*Da Divisão Social do Trabalho*”. São Paulo, Martins Fontes, 1999.

DURKHEIM, Émile. “*As Regras do Método Sociológico*”. Tradução de Pietro Nasseti- Ed. Martin Claretto – São Paulo, 2007.

Editora: LT Saraiva & Constituição Federal - 39ª Ed. 2012

ELIAS, N. “*Processo Civilizador*”, Rio de Janeiro: Zahar Ed. 1990, vol. 1, cap. 2.

FERNANDES, Newton; FERNANDES, Valter. “*Criminologia Integrada*”. 2. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

FOUCAULT, Michel “*História da Loucura na idade clássica*”. São Paulo, Editora Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, Michel “*Doença Mental e Psicologia*”, Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1975.

_____ “La evolución de la noción de *individuo peligroso* en la psiquiatría legal” Em *La vida de los hombres infames: ensayos sobre desviación y dominación*. Madri, La Piqueta, 1990.

_____ “*Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão... Um caso de parricídio do século XIX*”. Rio de Janeiro, Graal, 1991a.

_____ “*Vigiar e punir: história da violência nas prisões*”. Petrópolis, Vozes, 1991b.

_____ “*Verdade e as Formas Jurídicas*”. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

_____ “*Microfísica do Poder*”. Editora Graal, 9 Edição, 2008.

FRAGOSO, Heleno “*Sistema Duplo Binário: vida e morte*”. Artigo Publicado nos “*Studi in memória di Giacomo Deliata*”, volume III, Giùfred Ed., 1984.

FRAYZE-PEREIRA, João. “*O que é loucura*”. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985.

FRY, P. “Direito positivo versus direito clássico: a psicologização do crime no Brasil”. In: FIGUEIRA, S. A. (org.) Cultura e psicanálise. São Paulo: Brasiliense, 1985.

GAUER, Gabriel Jose Chittó et al. “Inimputabilidade: estudo dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso”. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 29, n. 3, Dec. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000300008&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000300008>.

GONDIM, Denise Saleme Maciel. “Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?”. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

GOFFMAN, Irving. “Manicômios, Prisões e Conventos”. Editora Perspectiva, São Paulo, 1961.

_____”Estigma: notas sobre a manipulação da identidade”. Rio de Janeiro, Zahar. 1975.

GOMES, Luíz Flávio; MOLINA, Antonio García-Pablos de; BIANCHINI, Alice. Direito Penal: Introdução e Princípios Fundamentais. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

GONÇALVES, Renata Weber. A medida de segurança: elementos para a interpretação da contenção por tempo indeterminado dos loucos infratores no Brasil.. 2008. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade de Brasília, . Orientador: Rita Laura Segato

ILLICH, Ivan. “Nemesis Medicae- Léxpropriation de La santé”. Seul , 27, rue Jacob, paris 6.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos, *Direito Penal da Loucura*, Escola Superior do Ministério Público da União. Brasília, 2008.

J.F. Regis de Moraes (Organizador), “Construção Social da Enfermidade”- Coleção Educação Universitária- Cortez & Moraes LTDA, SP, 1978.

JURANDI, Freire Costa “Ordem médica, norma familiar”. Rio de Janeiro, Graal, 1983.

KLEINMAN, Arthur – Local Worlds of Suffering: An Interpersonal Focus for Ethnographies of Illness Experience. “Qualitative Health Research”, n.º 2 (2), 1992.

LEAL, João José “A impossível figura do homicídio hediondo simples e inaplicabilidade das normas previstas na lei 8.072/90”. S/D– http://www.pesquisedireito.com/a_impo_figura_do_homi.htm-. Acessado em 12/04/2011

LOMBROSO, Cesare; ROQUE, Sebastião José. *O Homem Delinquente*. São Paulo: Ícone, 2010.

M. N., “Loucos e criminosos”. In: O Brazil-Médico – Revista Semanal de Medicina e Mattos, Júlio de s. d. Manual das doenças mentaes. Em Oscar Macêdo Soares, *Código Penal da República dos Estados Unidos do Brasil*. 5ª ed., Rio de Janeiro, Livraria Garnier.

MACHADO , Roberto. “A danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil”. Rio de Janeiro, Graal. 1978.

MACHADO, D.M “*A Desconstrução do Manicômio Interno como Determinante para a Inclusão Social da Pessoa em Sofrimento Mental*” Dissertação de Mestrado, programa de pós-graduação em ciências da saúde, Universidade Brasília, 2006.

MAGALHÃES. Carlos Augusto Teixeira “*O CRIME SEGUNDO O CRIMINOSO: um estudo de relatos sobre a experiência da sujeição criminal*” Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pósgraduação em Sociologia e Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, 2006

MATHES, Priscilla Gomes. “*CRIMINALIZAÇÃO DA LOUCURA E MEDICALIZAÇÃO DO CRIME: trajetórias e tendências da psiquiatria forense*” .Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Orientadora: Professora Doutora Myriam Raquel Mitjavila, 2010.

MECLER, Kátia. “*Periculosidade e inimputabilidade – um estudo dos fatores envolvidos na determinação da cessação da periculosidade do dente mental infrator*”. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996

MENEZES, Ruben de Souza “*Homicídio e Esquizofrenia: estudo de fatores associados*”. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Medicina e Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

MINAYO, Maria Cecília S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica.

MIOTTO, Mariana Monteiro de Barros & Barcellos, Ludmilla Awad “ *Contribuição das Ciências Sociais nas práticas de Saúde Pública*”, Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde 2009.

MOFFATT, Alfredo, *Piscoterapia do Oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular*. Cortez Editora, SP, 1980.

MONTEIRO, Lizianni de Cerqueira. “*Princípios constitucionais e Medida de Segurança criminal*”. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Direito, Departamento de Direito Público da Universidade Federal da Bahia, Professora Orientadora: Maria Auxiliadora Minahin, Salvador, 2011.

MOURA, Luiz Antonio '*Imputabilidade, semi-imputabilidade e inimputabilidade*'. Em Claudio Cohen, Flavio Carvalho Ferraz e Marco Segre (orgs.), *Saúde mental, crime e justiça*. São Paulo, Edusp, 1996.

OLIVEIRA, Walter Ferreira. “*A importância da terminologia no campo da saúde mental*”. Florianópolis: USFC, 2010.

OUYAMA , Noboru Mauricio. “*Esse Belo Nome, Asilo: História da Construção do Hospício Nossa Senhora da Luz em Curitiba (1890-1920)*”. Monografia defendida no Instituto de Humanas, Departamento de História da Universidade Federal do Paraná. Orientador: José Roberto Braga Portella, 2000.

PEREIRA, Luciano. “*Depressão: mobilização e sofrimento social*”. Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Filosofia do Departamento de Filosofia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Filosofia. Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Arantes, São Paulo, 2010.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. “*A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança*”. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, Aug. 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200006&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000200006>. Petrópolis - RJ: Vozes, 1994.

PONTE, Carlos Fidelis da. “*Médicos, psicanalistas e loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil*”. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999.

PORTOCARRERO, Vera “*Arquivos da Loucura. Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*”. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

RAMOS, M.R.R. *Estudo de concordância entre laudos psiquiátricos conclusivos de capacidade parcial de imputação e sentenças judiciais*. São Paulo, 2002. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

RIBEIRO, Fabrício Junio Rocha: “*DA RAZÃO AO DELÍRIO: Por uma abordagem interdisciplinar do conceito de loucura*”. Tese apresentada Programa de Pós-Graduação em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2006.

SANTIAGO, Marina Agra. “*Panorama da Saúde Mental Pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF*”, Dissertação de mestrado, departamento de pós graduação em Psicologia Clínica e Cultural, Brasília-DF, 2009.

SANTOS, Juarez Cirino dos “*30 anos de Vigiar e Punir (Foucault)*”, trabalho apresentado no 11 Seminário Internacional do IBCCRIM, São Paulo, 2005.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. 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 01 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

SCHUTZ, Alfred. “*Fenomenologia e Relações Sociais*”. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

SZASZ, Thomas “*Mito da doença mental: Fundamentos de uma teoria da conduta pessoal(o)*”. Circulo do Livro S.A, São Paulo, 1974.

_____. “*Ideologia e doença mental: Ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem*”. Zahar Editores, Rio de Janeiro. Universidade de São Paulo, 1982.

_____. “*Fabricação da loucura: Um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental*”. Editora Guanabara, Rio de Janeiro, 1984.

VELHO, Gilberto. “*Becker, Goffman e a Antropologia no Brasil*”. *Sociologia, Problemas e Práticas*, Oeiras, n. 38, maio 2002. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292002000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 10 agosto. 2012.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 30 May 2012.

VIEIRA, Priscila Piazzentini. “ *Reflexões sobre a História da Loucura de Michel Foucault*” Org. Margareth Rago & Adilton Luis Martins, n.03-dezembro 2006/março 2007.

VIEIRA, Roberto Vanderson. “*Medidas de segurança por tempo indeterminado (perpétuas): impossibilidade constitucional*”, 1992. Acesso em 25/09/2011

WING, J.K. “*Reflexões sobre a loucura*”. Zahar Editores, Rio de Janeiro. 1979.

ANEXO I

“Quatorze proposições relativas ao tratamento das moléstias mentais”

1. É principalmente sobre o conhecimento das causas que está baseado o melhor método de tratamento das moléstias mentais.
2. Não se pode adotar um método exclusivamente moral ou físico no tratamento destas moléstias.
3. As afusões frias repentinas não obrão somente pela sua temperatura.
4. As emissões sanguíneas abundantes e repetidas são sempre prejudiciais.
5. A loucura aguda contra-indica o emprego de vomitivos.
6. A medicação drástica sistematizada, com o fim de combater a constipação, deve ser proscrita da terapêutica dos alienados.
7. Sempre que não houver confiança, respeito ou temor dos alienados para com o médico, não haverá cura possível.
8. O isolamento é indispensável no tratamento das moléstias mentais.
9. O uso não permanente de camisola de força é preferível ao isolamento nas celas.
10. As idéias delirantes dos alienados não deverão ser combatidas diretamente.
11. Os trabalhos físicos ou intelectuais metodicamente aplicados, e em relação ao estado dos doentes, são os principais meios que se devem empregar no tratamento das moléstias mentais.
12. A demência crônica é muito raras vezes curável; a demência parálitica é incurável.
13. Quando a sensibilidade dos alienados se acha enfraquecida a tal ponto, que eles podem fixar o sol, sofrer impassíveis as intempéries atmosféricas; e que além disso há a perda do olfato e do gosto, podemos afiançar a incurabilidade da alienação.
14. A alienação consecutiva ao escorbuto e à epilepsia é incurável.

- **Fonte: Tese para obter o título de doutor em medicina, apresentada por Francisco Júlio de Freitas e Albuquerque à Faculdade de Medicina da Bahia, 1858³¹.**

³¹ . Bercherie P. Os fundamentos da clínica: História e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar Editor; 1989

ANEXO II

O modelo do Laudo se constitui da seguinte forma:

1. Preâmbulo ou Introdução;

2. Identificação;

3. História Criminal:

Denúncia, Elementos colhidos dos Autos, Versão do examinado/acusado aos peritos;

4. Anamnese:

Antecedentes Pessoais, Familiares e Psicossociais (Direta: Próprio paciente; Indireta: Familiares).

5. Exame Somático: Exame Físico Geral e Especializado;

6. Exame Psíquico: Apresentação, Atitude, Orientação, Afetividade;

7. Exames Complementares: (Facultativos) -

- Eletroencefalografia.
- Tomografia computadorizada.
- Laboratório - Análises Clínicas.
- Radiologia.
- Parecer Psicológico.
- Outros exames

8. Discussão e Conclusão:

Diagnóstico Clínico-Psiquiátrico e Médico-Legal;

Considerações Psiquiátrico-forenses;

Enquadramento jurídico.