Editorial do Dossiê "Crime e Loucura": estudos inter e transdisciplinares sobre os reflexos jurídico-penais da Lei Antimanicomial sobre as Medidas de Segurança

Editorial of the Dossier "Crime and Madness": inter and transdisciplinary studies on the legal and penal reflexes of the Antimanicomial Law on Security Measures

Patricia F. Carlos Magno

Editora-associada do Dossiê "Crime e Loucura". Mestre em Direito pela UERJ. Doutoranda em Direito pela UFRJ. Articuladora do Fórum Justiça. Pesquisadora do Laboratório de Direitos Humanos (LADIH) da UFRJ.
contato@patriciamagno.com.br

Élida Lauris

Editora-associada do Dossiê "Crime e Loucura". Doutora em Pós-colonialismos e Cidadania Global pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coordenadora-Executiva do Fórum Justiça. Pesquisadora do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra.
elidalauris@gmail.com

Áreas do Direito: Penal; Processual

Sumário: 1. Desconstruindo a juridificação do fenômeno loucura. 2. Expondo os limites da biologização das categorias perigo e periculosidade. 3. Discutindo alternativas à hiper-relativização do controle e da segurança das instituições punitivas. 4. Combatendo a violência epistêmica, ultrapassando as escalas e as fronteiras da unidisciplinaridade.

É possível romper com o paradigma manicomial de controle e tratamento da loucura no sistema criminal? Esta é a pergunta central que orienta as discussões que reunimos neste dossiê. A centralidade dessa pergunta está amparada na sua permanência, isto é, questionar o paradigma manicomial é ainda mais relevante na medida em que a manutenção deste modelo é marcada por sua

Magno, Patricia F. Carlos; Lauris, Élida. Editorial do Dossiê "Crime e Loucura": estudos inter e transdisciplinares sobre os reflexos jurídico-penais da Lei Antimanicomial sobre as Medidas de Segurança. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. vol. 144. ano 26. p. 17-28. São Paulo: Ed. RT, junho 2018.

incrível resiliência e alienação em relação às discussões mais atuais acerca do tratamento em saúde mental. A adesão à solução punitiva no debate público, por sua vez, está sustentada num projeto social, ideológico, político e simbólico que afirma e recupera constantemente a categoria privação de liberdade como solução fácil para problemas sociais altamente complexos.

Na verdade, devemos nos perguntar o que alimenta essa resiliência. Em outras palavras, por que o paradigma manicomial insiste em ecoar quando, na prática, a luta do movimento antimanicomial e a expressão de algumas de suas conquistas na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, já colocou fartamente em evidência a ineficácia e a falta de dignidade de um modelo punitivo-disciplinar para "doentes mentais"? Os debates desenvolvidos no âmbito desse dossiê permitem-nos colocar em discussão elementos-chave que ajudam a desconstruir e questionar o eterno retorno do controle social e do punitivismo no tratamento criminológico da saúde mental.

A proposta do dossiê é, num primeiro momento, resultado de um esforço conjunto de refletir sobre a política judicial dirigida à defesa de direitos daqueles e daquelas consideradas inimputáveis pela lei penal. Se é certo que a decisão de conflitos pela justiça pode alimentar ou interromper os circuitos de produção da política pública e, ainda, reproduzir ativamente uma função de controle social – como se vê no papel desempenhado por uma justiça punitivista no âmbito do encarceramento em massa –, é igualmente verdade que operadoras e operadores do direito são parte essencial de uma política criminal que, no caso do tratamento das pessoas acometidas de transtorno mental, pode traduzir soluções atentas à interdisciplinaridade e ao respeito aos direitos humanos.

Assim, no âmbito de uma parceria que se desenhou entre Fórum, Justiça, Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e Departamento Penitenciário Nacional, foi organizado o Seminário Internacional "Defensoria no cárcere e a luta antimanicomial", decorrido de 24 a 26 de maio de 2017 na Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Para além de potenciar a troca de experiências interdisciplinares e discutir os limites e as possibilidades de uma política judicial antimanicomial, o Seminário representou um momento político de afirmação de uma prática defensorial comprometida com os reflexos jurídico-penais da Lei 10.216/01 no âmbito da execução de medidas de segurança.

Neste sentido, o dossiê representa uma extensão para discussão acadêmica e profissional dos resultados do Seminário, ampliando o seu alcance com o objetivo de reunir trabalhos inovadores que permitam repensar a crítica criminológica mais adequada ao sistema jurídico dirigido à pessoa com transtornos mentais em conflito com a lei penal.

No contexto do capitalismo neoliberal, sem surpresas, o modelo punitivista e de encarceramento adequa-se perfeitamente como resposta supostamente apaziguadora a períodos de crise e conflitos sociais. A crise, em verdade, é um elemento estrutural daquele modo de produção. Assim, há que se falar em projeto (e não em crise), ou, constatar que "o capitalismo é crise" (MASCARO, 2013, p. 128), controlada com punitivismo e outros processos radicais de exclusão. Com todas as implicações, tanto para o campo da saúde e da saúde mental[1] como para o sistema penitenciário, insere-se – no quadro internacional – a "crise" brasileira e, não por acaso, o crescimento exponencial do encarceramento em massa no país. Exatamente nesse contexto foram selecionados os artigos que integram o presente dossiê.

Com 726 mil pessoas privadas de liberdade, o Brasil ocupa o nada honroso 3º lugar entre os países que manejam mais habilmente a prisão como estratégia de contenção social (WACQUANT, 2015). Os dados estatísticos do INFOPEN 2016 (BRASIL, 2017) denunciam que, cada vez mais, o modelo punitivo-disciplinar do sistema jurídico sustenta a perpetuação do racismo institucional no Brasil. Este processo, somado – há algumas décadas – aos fenômenos da feminização da pobreza e do encarceramento reproduzem um "projeto genocida estatal" (FLAUZINA, 2006) com contornos ainda mais perversos quando raça e classe se interseccionam com gênero (DAVIS, 2016).

As unidades penitenciárias manicomiais se destinam ao internamento da loucura, tenha sido ela capturada pela sanção penal da medida de segurança ou se refira a episódio temporário na vida da pessoa privada de liberdade. Este episódio pode se dar tanto por uma demanda de tratamento emergencial psiquiátrico quanto por ordem judicial, ainda no curso do processo penal de conhecimento[2]. Tem-se, portanto, de um lado: as medidas de segurança e, de outro, um público que Censo coordenado por Débora Diniz (2013) chamou de "temporário".

Foucault (2014), ao refletir genealogicamente sobre a história da loucura, lançou mão do termo "grande internamento" para se referir ao momento

1. Análise profunda e transdisciplinar sobre a crise do capitalismo que lança tentáculos na microfísica das relações de cuidado da rede de atenção psicossocial é feita por Vasconcelos (2016).
2. Mais especificamente, a referência aqui é feita à internação provisória determinada com fundamento no artigo 319, VII, do CPP, que foi repristinada pela Lei 12.403/11, com natureza jurídica de *medida cautelar alternativa à prisão*. Contudo, a aludida medida implica em privação de liberdade a título de internação e não se realiza a promessa de alternatividade à prisão.

histórico em que "a loucura é aprisionada como doença mental pela psiquiatria". Neste aspecto, a reflexão sobre a loucura assume um duplo sentido político. Primeiramente, um sentido de resistência, tensionamento em relação a um processo de aprisionamento de corpos sob uma falaciosa função declarada de cura. Num segundo sentido, enuncia-se a missão de liberar das amarras exclusivas da psiquiatria o controle sobre o *doente* e, assim, reforçar a autonomia da pessoa com transtornos mentais, apostando na atenção psicossocial para o aprofundamento da luta "por uma sociedade sem manicômios" – lema do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – MNLA (AMARANTE, 1995). Esse processo político requer que seja contextualizada a Lei 10.216/01, um dos produtos das lutas por dignidade travadas por aquele movimento.

A história da saúde mental é uma narrativa de lutas. A loucura como doença localiza o problema na pessoa doente. Esse modo, "a partir do qual" a situação da loucura é definida, reforça um estigma, alienando o outro e determinando a "forma pela qual nos dizem como devemos participar das relações sociais". Nesse sentido, é quase revolucionário o descentramento, isto é, localizar o problema na "rede de interações de pessoas" e não na pessoa com transtorno (COOPER, 1967, p. 47).

A reivindicação para que os efeitos da Lei 10.216/01 atinjam o campo penal e provoquem a consequente (e necessária) ressignificação da execução da medida de segurança impõe um dever de releitura, com atenção ao novo paradigma de reorientação do modelo de saúde mental e colocando em xeque o mito da periculosidade e o estigma do "louco perigoso". Nesse sentido, é relevante para a prática jurídica o afastamento concreto de diversos dispositivos dos Códigos Penal e de Processo Penal, assim como da Lei de Execução Penal, em orientação consubstanciada no Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216/01, exarado no bojo de Inquérito Civil Público 1.00.000.004683/2011-80 pelo Ministério Público Federal[3]. O tratamento penal da loucura deixa, assim, de repetir, como preocupação única, a dimensão da segurança pública e passa a ser abordada na esfera de acolhimento da saúde pública (CAETANO, 2010).

É certo que mera formalização legal de direitos não é suficiente para transformar automaticamente a realidade. Os muros manicomiais estão de pé e o conservadorismo do sistema de justiça, especialmente, o demonstrado pelas agências penais de repressão (ZAFFARONI, 1991), são obstáculos de remoção

3. Disponível em: [http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf]. Acesso em: 18.02.2018.

trabalhosa, especialmente em um sistema em que a política judicial é sublimada em uma arena de coalizão de forças entre saberes e poderes hegemônicos.

O fenômeno sobre o qual se debruçam os estudos reunidos neste dossiê não se confunde com uma proposta política quimérica de encerramento do controle social através da biopolítica estatal. Como muitos dos estudos aqui apresentados discutem, a adoção de uma perspectiva criminológica antimanicomial refere a um fenômeno de mutação do tipo de controle que, mais sofisticado, estaria inserido no "impulso desestruturador", como definido por COHEN (1998, p. 57) – como se dá com o modelo de controle comunitário preconizado na Lei 10.216/01, que impulsiona um marco de diálogo entre os diversos saberes.

Considerando que os obstáculos à abertura de um diálogo horizontal entre direito, psiquiatria forense, saúde mental, atenção psicossocial e saberes leigos invisibilizam as pessoas cujas histórias de vida estão aprisionadas dentro dos muros do manicômio (CARVALHO, 2013, p. 305), este dossiê reúne pesquisas inter e transdisciplinares. A interação de saberes aqui provocada lança pontes destinadas a testar os limites do sistema legal punitivo, produzindo-lhe fendas (CARDOSO, 2010) ou fissuras (HOLLOWAY, 2013) de entrevisão que tornam possível falar de práticas e de produção de saberes abolicionistas (CARVALHO, 2013b).

As discussões levantadas pelos artigos que compõem o dossiê agrupam-se em quatro eixos centrais de discussão, quais sejam:

1. Desconstruindo a juridificação do fenômeno loucura

Em seu trabalho "A (dis)funcionalidade da medida de segurança no paradigma da reforma psiquiátrica", Soraia da Rosa Mendes e Gustavo Dalul Faria detalham as diversas facetas do controle social pelo direito, a partir de pesquisa empírica no PAILI (GO), Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator do Estado de Goiás. Num primeiro momento, por meio da consagração do que denominam de paradigma do Código Penal, isto é, a utilização da internação como opção regular para o tratamento do indivíduo sujeito ao controle penal, afirmando para determinados indivíduos ou grupos a existência de uma periculosidade inerente. Nesse sentido, a medida de segurança é discutida no âmbito das funções sociais do sistema penal, enquanto medida de controle social global e, por isso, sujeita às lógicas de seletividade e tratamento desigual.

No texto "Loucura, crime e exclusão: o apagamento do louco infrator pelo dispositivo jurídico", Farah de Sousa Malcher discute o papel dos dispositivos

jurídicos, quer na lógica de funcionamento das instituições, quer na prática dos seus agentes, na (re)produção de um modelo de subjetividade racional-moderno que atualiza o apagamento de outras formas específicas de vida.

No artigo "A punição da loucura: as decisões do Supremo Tribunal Federal após a Lei da Reforma Psiquiátrica", Menilick de Carvalho Netto e Letícia Naves, ao analisarem decisões do Supremo Tribunal Federal acerca da aplicação da medida de segurança, após o advento da Lei 10.216/01, verificaram a permanência da medida de segurança de internação como resposta jurídica dada à pessoa em sofrimento mental, considerada irresponsável pelos seus atos e que comete crime, sem considerar as mudanças previstas pelo novo paradigma de cuidado para com as pessoas com transtornos mentais.

A proposta de realizar um apanhado histórico dos debates criminológicos em torno da questão da responsabilidade penal no Brasil Republicano é desenvolvida por Allister Dias e Marcelo Antônio Parintins Masô Lopes no artigo "Dos debates criminológicos sobre responsabilidade penal no início do século XX à Lei 10.216/01: diálogos entre história e direito". O trabalho narra como, por meio dos discursos e debates apresentados na época, alguns juristas do período, com extrema erudição psicopatológica, mobilizaram os dissensos da ciência psiquiátrica para afastá-la das definições legais de responsabilidade penal. Ao mesmo tempo que a afirmação de uma modelo biopsicológico como norte de aferição da responsabilidade penal impeliu, pela década de 1930 e parte da de 1940, peritos a pronunciarem-se sobre a responsabilidade penal dos examinados ao tempo que, às vésperas da elaboração do Código de 1940, não havia consenso na comunidade de psiquiatras e médicos legistas acerca de alguns tópicos concernentes à responsabilidade penal. Os autores refletem, ainda, sobre os reflexos penais da Lei 10.216/01 e sobre a primordialidade de continuar a luta pela aplicação efetiva da Lei 10.216/01 no processo penal a fim de garantir o melhor tratamento aos portadores de sofrimento psíquico.

2. Expondo os limites da biologização das categorias perigo e periculosidade

O trabalho, em coautoria de Aline Reis da Silva, Bruno da Silva Campos, Raquel Fabris Moscon e Renata Costa Moura, intitulado "Do silenciamento e segregação à responsabilidade: por um tratamento renovado para o paciente judiciário em conflito com a lei", discute os desdobramentos consequentes das práticas direcionadas aos psicóticos em conflito com a lei, no estado do Espírito Santo. Constata os efeitos nocivos provenientes da insuficiente adequação das práticas à uma política renovada, da segregação institucional e do

silenciamento subjetivo. Discute, em conformidade com os pressupostos psicanalíticos, que a fala pode permitir ao sujeito responsabilizar-se pelos atos que, eventualmente, tenha praticado e realiza o enfrentamento à negação do louco como sujeito, assim como propõe que a lei seja uma referência, inclusive para situações em que o sofrimento intenso embaraça a fronteira que demarca as condições de sociabilidade, dos acordos de convivência reguladores da sua humanidade.

"Perigo real ou imaginário – uma reflexão crítica e uma proposta de modelo alternativo ao Exame de Verificação de Cessação da Periculosidade vigente no Código Penal Brasileiro" é um estudo cuja coautoria se alinhava entre autora da psiquiatria forense e autores do mundo do direito, escrito a várias mãos, por Cezar Augusto Rodrigues Costa, Katia Mecler, Liana Escovedo Salles, Renata Fernandes de Oliveira e Tiago Mascarenhas da Costa Marques. O trabalho, lastreado em pesquisa de campo acerca dos índices de reiteração criminosa, consiste em revisão doutrinária, histórica e psiquiátrico-forense do conceito de periculosidade – fundamento das medidas de segurança – para contextualizá-la, entender a sua aplicação na contemporaneidade e propor a construção de modelo alternativo ao exame de cessação de periculosidade, numa perspectiva multidisciplinar que considera, fundamentalmente, a ideia de suporte médico-psicossocial comunitário.

Maria João Carvalho Vaz escreve "Crítica da nova etiqueta neurocriminológica de perigoso nato", em recorte histórico sobre o estudo das neurociências, e suas relações com o estudo das determinações do indivíduo ao crime para discutir um retorno, sob um novo viés, às teorias etiológico-explicativas centradas no sujeito. O artigo aponta os perigos de uma aceitação ilimitada dos novos estudos neurocriminológicos pelas ciências criminais, designadamente a possibilidade de, com isso, se criar um novo rótulo de "perigoso nato", antes mesmo de o sujeito praticar ou sequer equacionar a prática de um crime previamente previsto por uma norma incriminadora.

O artigo "A verdade oculta da loucura: a construção desse conceito e as conquistas trazidas pela reforma psiquiátrica no Brasil e no Pará", de Aline Wanessa Pinheiro da Silva e de Érica Quinaglia Silva, investiga o percurso da loucura e da reforma psiquiátrica no Ocidente, especificamente no Brasil e no estado do Pará para contemplar as políticas públicas de saúde mental e de atenção psicossocial para as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Lastreado em trabalho empírico, a pesquisa oferece perspectivas de implementação de serviços substitutivos à internação prolongada que visem ao restabelecimento de vínculos familiares e sociais.

3. Discutindo alternativas à hiper-relativização do controle e da segurança das instituições punitivas

O estudo do Professor Dr. Simone Santorso, "Pesquisando boas práticas para além da prisão. Desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos e abolição da escravatura: O que funciona?", aprofunda o enquadramento e a análise de experiências de desmantelamento de duas instituições de opressão (a de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos na Itália e a abolição da escravidão nos EUA) com o objetivo de compreender melhor as práticas possíveis e eficazes de abolicionismo prisional, no sentido de definir um caminho que transforme em realidade a abolição da prisão, fazendo a passagem, desde um campo teórico, para uma práxis política. A relação entre a experiência de Basaglia em Trieste e o Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil são muito imbricadas e é por tal motivo que agradecemos o texto primoroso do Professor Santoro, via convite intermediado pelo colega Defensor Público, Professor Doutor André Giamberardino.

Buscando compreender a atividade de agentes penitenciários em um manicômio judiciário de Minas Gerais, a pesquisa de Rodrigo Padrini Monteiro e de José Newton Garcia de Araújo, lastreada em pressupostos críticos da psicologia do trabalho, discute a ambivalência institucional dessa atividade, inscrita no conflito entre a lógica da segurança (prisão) e a lógica da saúde (hospital), tanto nos modos de lidar e se relacionar com o preso-paciente, como na estrutura física e no funcionamento do estabelecimento, no qual se privilegiam o aparato de segurança e a repressão, em detrimento da ressocialização. Confira-se o artigo "Preso ou paciente? A ambivalência institucional na atividade de agentes penitenciários em um manicômio judiciário de Minas Gerais".

No trabalho "Lógica manicomial e invisibilidade: estudo sobre os internos do Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício – IFP-RS", Rodrigo Ghiringhelli de Azevedo e Luiz Antônio Alves Capra examinam os processos judiciais em tramitação na Vara de Penas e Medidas Alternativas de Porto Alegre, órgão judicial que centraliza os processos dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso – IPF/RS, para compreenderem a forma como ocorre a execução das medidas de segurança de internação, espécie de sanção penal aplicada aos portadores de doença mental que cometem crimes. A pesquisa parte do estudo da relação entre o direito e a psiquiatria e investiga se a Lei Antimanicomial (Lei 10.216/01), que tem por escopo a desinstitucionalização dos pacientes, modificou as engrenagens que se movem na execução das medidas de segurança para concluir que elas ainda são orientadas pela antiga lógica manicomial, o que acarreta a invisibilidade

dos internos, cuja dignidade é reiteradamente violada, em uma sociedade que tende ao esquecimento.

O artigo "Hospital de Custódia e Tratamento: Clínica e Pesquisa em contexto de privação de liberdade", escrito por Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres, Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, Aicil Franco e Paloma Gisele Muniz Araújo, apresenta um relato de experiência sobre as intervenções clínicas e pesquisa desenvolvida por profissionais de Psicologia no Hospital de Custódia e Tratamento em Salvador, Bahia. O estudo analisa as intervenções clínicas de equipe de psicologia e os desdobramentos das pesquisas científicas que enfocam pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. As atividades planejadas têm o propósito de potencializar espaços de atenção à saúde, articulando conhecimentos e práticas multidisciplinares na perspectiva do diálogo com os internos, da formação de laços sociais e novas construções de sentido sobre si e a realidade. Em contextos de privação de liberdade, as propostas desenvolvidas para realização das diversas ações do setor de psicologia destacam o diagnóstico como ação mediadora para ser um espaço de ruptura e construção de novos modos de ser e estar no mundo, com epicentro na Reforma Psiquiátrica, na legislação penal e na desinstitucionalização.

Com proposta de quebra paradigmática, que substitui a análise do instituto da medida de segurança no âmbito da segurança pública e passa a entendê-lo como uma questão de saúde, vinculado a uma Rede de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal, o artigo de Pedro Vítor Resende e Wellinton Caixeta Maciel, intitulado "Medida de Segurança como Questão de Saúde no Distrito Federal e a (Des)Construção da Quesitação Penal pelos Agentes Institucionais", analisa o conceito de periculosidade aplicado no âmbito jurídico. A pesquisa de campo reuniu entrevistas realizadas com membros do Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios (MPDFT) e da equipe de saúde da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal (ATP-DF), buscando compreender como o entendimento acerca da interpretação legislativa e jurisprudencial influencia diretamente no modelo de tratamento psiquiátrico atual. A pesquisa aponta para a necessidade de reformulação da quesitação penal do Incidente de Insanidade Mental, no âmbito do DF, sugerindo mecanismos de melhora do procedimento.

Com "O Estatuto da Pessoa com Deficiência e seu reflexo no exame pericial de Incidente de Insanidade Mental", Delmes Rodrigues Feiten e Michelle Gangana Duarte também discutem o incidente de insanidade mental. As autoras têm como perspectiva provocar uma reflexão crítica em torno dos avanços que se fazem necessários no cumprimento do artigo 2º, § 1º, da *Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência*, problematizando a compreensão

do caráter biopsicossocial dos sujeitos além do entendimento sobre a composição de uma equipe multidisciplinar quando da realização do exame pericial de incidente de insanidade mental para chegar até às contribuições da Psicanálise na ruptura com a objetividade do discurso jurídico, ofertando a escuta ao paciente judiciário.

"A escuta de adolescentes com sofrimento mental e em conflito com a lei no contexto da saúde mental: prevenção à medida de segurança?", de Dayana Coelho Souza e de Filomena Elaine Paiva Assolini, traz o tema dos adolescentes em conflito com a lei e as potencialidades dos CAPS(s) infanto-juvenis no que diz respeito à prevenção de futuras medidas de segurança. O ensaio teórico, ancorado nos conceitos fundamentais da psicanálise, reflete sobre a adolescência, o tema do crime e as experiências em equipamentos institucionais com adolescentes, para demonstrar que os tratamentos abertos e comunitários favorecem a constituição de um sujeito autônomo e que a oferta do direito integral à saúde aos adolescentes com sofrimento mental severo pode reduzir as chances de efetuarem laços sociais por meio de atos infracionais, de modo a prevenir futuras medidas de segurança quando adultos.

4. Combatendo a violência epistêmica, ultrapassando as escalas e as fronteiras da unidisciplinaridade

Com o fito de enfrentar alguns problemas derivados do processo de invisibilização da crítica à psiquiatria como objeto criminológico de investigação, Ricardo Jacobsen Gloeckner e Marcelo Buttelli Ramos escrevem o artigo "Controle Cotidiano: Farmacocracia e Normalização na Sociedade do Controle", no qual problematizam algumas ideias e hipóteses extraídas da abordagem teórica antipsiquiátrica e sua análise institucional para discutir a relação interdisciplinar estabelecida entre o saber psiquiátrico, a revolução farmacêutica e a ética neoliberal, sob a égide de uma lógica transcarcerária de controle.

"O que diriam os 'loucos'?" é o título do trabalho assinado por Fernanda Otoni de Barros Brisset e por Regina Geni Amorim Juncal, que analisa, sob a *interlocução do direito com a psicanálise, Propostas e Projetos de Lei que buscam alterar a forma de o Estado lidar com os portadores de sofrimento mental que cometem um delito. Analisam saberes especializados sobre os "loucos", de diversas correntes políticas e epistemológicas, que tomam a dianteira da discussão em cada proposta, sem que o saber desses sujeitos seja chamado a compor o debate. O conceito de periculosidade ainda resiste nos textos analisados, sendo que quando ele é supostamente superado, ou seja, suprimido do direito penal, não são*

apresentados critérios suficientes para evitar satisfatoriamente que a segregação e a exceção não ocorram em outros âmbitos.

Em "La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad: una respuesta a la locura", a Professora Me. María Graciela Iglesias *analisa a criminalização da deficiência psicossocial e a resposta do modelo social da deficiência insculpido na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Convenção de Nova Iorque) e no sistema de proteção de direitos humanos, para discutir se a via do controle de convencionalidade é um caminho para superar as insuficiências em matéria penal para o funcionamento da Convenção, que – por sua vez – impõe a revisão do direito penal e processo penal. Brinda-nos com profundo estudo de decisões judiciais e acórdãos do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, Tribunal Europeu de Direitos Humanos e Comissão Interamericana de Direitos Humanos, e é um marco importante para situar a temática das medidas de segurança e suas soluções domésticas no âmbito da proteção internacional dos direitos humanos, ao qual o Estado brasileiro também está vinculado por força da ratificação não só da Convenção de Nova Iorque como também da Convenção Americana de Direitos Humanos.*

Ao final, o dossiê traz a resenha de *Manuela Barrios López, sobre* a obra "Salud y Salud Pública: Aproximaciones Históricas y epistemológicas", publicada em Medellín, pela Hombre Nuevo Editores, no ano de 2013, e organizada por Álvaro Casas e Jana *Catalina Congote. A obra resenhada é um compêndio de artigos do grupo de pesquisa História da Saúde (GHS) da Universidade de Antioquia.*

Com a escolha minuciosa dos artigos agora apresentados neste dossiê, que leva a marca da inter e transdisciplinariedade, pretende-se estimular uma prática no campo jurídico e uma reflexão epistemológica turbulentas em que a releitura da loucura e a crítica à normalidade do encarceramento de índole penal contribuam para fortalecer uma práxis abolicionista.

Profª. Drª. Élida Lauris (Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra)

Profª. Me. Patricia Carlos Magno (PPGD/UFRJ)

Editoras-associadas

Pesquisas do Editorial

Veja também Doutrina

- Internações psiquiátricas involuntárias e compulsórias apontamentos sobre as responsabilidades do sistema de justiça e do sistema de saúde, de Flávio Américo Frasseto e Julia Hatakeyama Joia – *RBCCrim* 109/227-256 (DTR\2014\15126); e
- Medidas de segurança e seus limites, de Luiz Flávio Gomes – *RBCCrim* 2/64-72 (DTR\1993\155).

Preso ou paciente? A ambivalência institucional na atividade de agentes penitenciários em um manicômio judiciário de Minas Gerais

Prisoner or patient? The institutional ambivalence in the activity of security guards in a judicial asylum of Minas Gerais

Rodrigo Padrini Monteiro

Mestre (2018) e Doutorando em Psicologia pela PUC Minas. Especialista em Psicodrama pelo Instituto Mineiro de Psicodrama Jacob Levy Moreno (2010). Psicólogo na Secretaria de Estado de Administração Prisional de Minas Gerais.
rodrigopadrini@gmail.com

José Newton Garcia de Araújo

Pós-doutor em Psicologia pelo Centre de Recherche Sens, Éthique et Société, CNRS/Université Paris-Descartes (2008). Doutor em Psicologia pela Université de Paris VII (1990). Professor dos Programas de Graduação e Pós-graduação em Psicologia da PUC Minas. Pesquisador do CNPq.
jinga@uol.com.br

Recebido em: 23.01.2018
Aprovado em: 12.03.2018
Última versão do (a) autor (a): 26.03.2018

Área do Direito: Penal

Resumo: Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), ou manicômios judiciários, são instituições destinadas a acolher pessoas que cometem crimes e que, por motivo de doença ou deficiência mental, são consideradas inimputáveis, sendo também tratadas como "pacientes judiciários" ou "loucos infratores". Nessas instituições, os agentes penitenciários são responsáveis por garantir a ordem e a segurança, enquanto o pessoal técnico se encarrega de cuidar, tratar, avaliar e acompanhar os presos, garantindo sua saúde e seus direitos. O presente artigo, baseado em pressupostos críticos

Abstract: Hospitals of Custody and Psychiatric Treatment (HCPT), or judicial asylums, are institutions designed to accommodate individuals who commit crimes and, because of their illness or mental disability, are considered unimputable. Therefore they are treated as not criminally responsible on account of mental disorder (NCRMD). In these institutions, prison guards are responsible for ensuring order and security, while technical staff are responsible for the care services, such as treating, evaluating and monitoring detainees, in order to ensure their health and rights. This article, based on critical assumptions

Monteiro, Rodrigo Padrini; Araújo, José Newton Garcia de. Preso ou paciente? A ambivalência institucional na atividade de agentes penitenciários em um manicômio judiciário de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. vol. 144. ano 26. p. 29-60. São Paulo: Ed. RT, junho 2018.

da psicologia do trabalho, discute resultados obtidos a partir de uma pesquisa de Mestrado, realizada em um manicômio judiciário de Minas Gerais, tendo como objetivo compreender a atividade de seus agentes penitenciários. A pesquisa evidenciou a ambivalência institucional dessa atividade, inscrita no conflito entre a lógica da segurança (prisão) e a lógica da saúde (hospital), tanto nos modos de lidar e se relacionar com o preso-paciente, como na estrutura física e no funcionamento do estabelecimento, no qual se privilegiam o aparato de segurança e a repressão, em detrimento da ressocialização.

Palavras-chave: Sistema prisional – Loucura – Reforma Psiquiátrica – Manicômio judiciário – Agente Penitenciário.

of the work psychology, discusses some results obtained from a master's research carried out in a judicial asylum of Minas Gerais, aiming to understand the activity of its guards. The research evidenced the institutional ambivalence of this activity, inscribed in the conflict between the logic of security (prison) and the logic of health (hospital). It concerns the ways of dealing to the prisoner-patient, as well as to the physical structure and functioning of the establishment, in which the security apparatus and the repression are privileged, to the detriment of the resocialization.

Keywords: Prison system – Madness – Psychiatric Reform – Judicial asylum – Prison guard.

Sumário: 1. Introdução. 2. Prisões e agentes de segurança penitenciários. 2.1. Brasil e Minas Gerais. 2.2. Agentes de Segurança Penitenciários. 3. Crime, loucura e manicômios judiciários. 3.1. Espaços da loucura. 3.2. Manicômios judiciários e o "louco criminoso". 3.3. Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. 3.4. Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz – HPJJV. 4. Metodologia e pesquisa de campo. 5. Resultados. 6. Considerações finais. 7. Referências.

1. Introdução

O sistema prisional de Minas Gerais vem sofrendo grandes transformações nas últimas décadas. Se considerarmos o período que se seguiu à promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) até a presente data, constata-se que houve um crescimento relevante da população presa, concomitante às mudanças no cenário político, social e econômico do país.

Neste contexto, observa-se, ao mesmo tempo, um avanço considerável, por parte da administração pública, na profissionalização e regulamentação de suas práticas e de seus trabalhadores (BRASIL, 2015a; OLIVEIRA; RIBEIRO; BASTOS, 2015). Paralelamente, os sistemas de saúde federal, estadual e municipal passaram, no mesmo período, por significativas alterações em sua lógica e estrutura de funcionamento, entre as quais podemos citar, estreitamente vinculada à atenção em saúde mental, a Reforma Psiquiátrica, representada pela Lei Federal 10.216, de 2001 (BRASIL, 2001).

Neste cenário, uma instituição em particular apresenta uma série de conflitos históricos, uma vez que reúne os modelos *prisional* e *hospitalar*. Ao abrigar duas representações sociais que habitam o nosso imaginário – relativas ao

criminoso e ao louco –, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), originalmente chamados de manicômios judiciários, representam a "superposição complexa de dois modelos de intervenção social: o modelo jurídico-punitivo e o modelo psiquiátrico-terapêutico" (CARRARA, 1998, p. 46). Tais estabelecimentos são destinados, principalmente, a receber pessoas que cometem crimes e que, por motivo de doença ou deficiência mental, são consideradas inimputáveis, ou seja, indivíduos isentos de pena, por não serem capazes de compreender o caráter ilícito do delito praticado, também conhecidos como "pacientes judiciários" ou "loucos infratores" (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015; DINIZ, 2013).

O presente artigo busca discutir alguns dos resultados obtidos a partir de uma pesquisa de Mestrado realizada em um manicômio judiciário de Minas Gerais, o Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJJV), localizado no município de Barbacena, no ano de 2017. O estudo, que teve como objetivo compreender a atividade dos agentes de segurança penitenciários, neste estabelecimento, e que adotou os pressupostos teóricos da Psicologia do Trabalho, focalizou, principalmente, a atividade desses trabalhadores e evidenciou, entre outros aspectos, uma questão especial que discutiremos no presente texto: a ambivalência institucional.

Para Carrara (2010, p. 17), esses estabelecimentos articulam, "duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas – o asilo de alienados e a prisão", estando presentes aí dois componentes que, aparentemente, se opõem: o que cuida e recupera, e o que reprime e segrega. Quase dois séculos após o seu surgimento, a existência do manicômio judiciário se fundamenta, ainda hoje, na relação construída entre crime e doença mental, na premissa da periculosidade e da proteção social e, sobretudo, no tratamento diferenciado a um personagem que não é reconhecido apenas como um preso ou apenas como um paciente, mas como um *preso-paciente* ou *paciente-preso*, como os denominam nossos sujeitos de pesquisa.

Em Barbacena, a cidade *das rosas* e *dos loucos*, que guarda um sinistro período da história da loucura no Brasil, buscamos conhecer o funcionamento de um equipamento público visto como um *nó civilizatório*, ancorando uma solução controversa para as complicadas tramas do crime e da loucura.

2. Prisões e agentes de segurança penitenciários

2.1. Brasil e Minas Gerais

Ao estudarmos as políticas penitenciárias e a origem das prisões, notamos uma grande mudança na ideia de justiça e da finalidade das penas privativas de

liberdade, além de outros métodos punitivos. Como aponta Foucault (2014), evoluímos de um sistema que previa e sancionava a utilização de penas destinadas ao castigo, suplício e afirmação do poder soberano, para um sistema disciplinar que adota o princípio da correção e da ressocialização do indivíduo preso, como forma de prevenir crimes futuros e tratar a delinquência e a transgressão das normas vigentes.

O surgimento da prisão como mecanismo punitivo predominante na sociedade ocidental – cenário que ainda persiste, em detrimento de outras possibilidades punitivas –, está relacionado a fatores como o desenvolvimento do capitalismo, a expansão demográfica e o advento de novas formas de produção e acumulação de riquezas, no fim do século XVIII. A prisão remete a projetos disciplinares e propostas pretensamente humanizadoras dos castigos que buscavam tanto contribuir para a manutenção de uma determinada ordem social, quanto exercer o poder e consolidar um saber específico sobre os homens.

No Brasil, em particular, faz-se necessário debater a política de execução penal que, na prática, privilegia o encarceramento em massa e a criação de novos presídios, em detrimento de outras alternativas (IPEA, 2015). Apesar de amparados por uma Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984) que regula um sistema penal baseado na segregação como dispositivo de sanção e recuperação moral dos indivíduos, o que se observa na realidade cotidiana é bem diferente. Assim, a função ressocializadora das prisões é frequentemente questionada. A perpetuação da prisão torna-se um mecanismo punitivo privilegiado, uma vez que o Brasil ocupa o terceiro lugar no ranking dos dez países com maior população prisional do mundo, ultrapassando a marca de 700 mil presos (BRASIL, 2017).

Conforme dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) (BRASIL, 2017), a população prisional brasileira ultrapassou, pela primeira vez na história, a marca de 700 mil presos, chegando a 762.712 pessoas privadas de liberdade, na última atualização, em junho de 2016. Além disso, o país apresentou, entre os anos 2000 e 2016, um aumento de 157% em sua taxa de aprisionamento, chegando ao número de 352,6 pessoas presas para cada 100 mil habitantes. Dos mais de 700 mil presos no Brasil, 40% não haviam sido julgados até junho de 2016, dado que pouco variou entre os últimos levantamentos do DEPEN, em 2014 e 2015 (BRASIL, 2017).

No que diz respeito aos princípios legislativos e teóricos que regem o nosso sistema penal, e apesar de considerarmos pertinente a genealogia da prisão, trazida por Foucault, em sua obra *Vigiar e Punir,* identificamo-nos com as críticas de Oliveira (2011), ao buscarmos transpor esse modelo de entendimento para a realidade brasileira. Foucault (2014) se baseia, fundamentalmente, na

experiência dos países europeus, em particular a França, para construir um legado inegável sobre a história das prisões, no mundo ocidental.

Para Oliveira (2011), a influência de princípios modernos e científicos na cultura jurídica brasileira, como os apresentados por Foucault (2014), ainda se mostra irrelevante, tendo em vista um contexto "onde a violência escancarada sempre foi o método por excelência de investigação policial e de punição" (OLIVEIRA, 2011, p. 323). Apesar de considerar que a sociedade disciplinar, caracterizada pelo permanente controle, vigilância e adestramento dos corpos, nunca se concretizou integralmente em nenhum lugar do mundo, Oliveira (2011) comenta que, no Brasil, nunca tivemos uma organização social minimamente disciplinada. Nessa perspectiva, Barbalho e Barros (2014) afirmam que "o sistema penal é reflexo de uma desigualdade social histórica, que é o que está no cerne de sua ineficácia como justiça" (BARBALHO; BARROS, 2014, p. 557), algo adequado à herança escravocrata de nosso país.

Deve-se, pois, articular com cautela os pressupostos foucaultianos à realidade carcerária de nosso país, marcada, ainda predominantemente, pela violência, pela reclusão, pela repressão e pela precariedade, em detrimento dos dispositivos disciplinares preconizados em nome da ressocialização e da humanização, no tratamento dos delinquentes. Como indicam o Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária de 2015 (BRASIL, 2015a) e inspeções realizadas nos estabelecimentos penais, entre 2014 e 2015 pelo Ministério Público (2016), convivemos com um sistema penal que ainda não consegue pôr em prática o mínimo que preconiza em termos legais, o que retrata um quadro de graves deficiências estruturais e condições desumanas de custódia.

Compondo parte relevante da população carcerária brasileira, Minas Gerais é o segundo estado com maior população prisional do país, com 68.354 detentos – sendo 58% provisórios sem condenação – e capacidade apenas para 36.556, registrando um déficit de 31.798 vagas (BRASIL, 2017). Somente entre 2005 e 2012, o sistema mineiro registrou crescimento de 624% em seu número de presos (BRASIL, 2015b). De acordo com Câmara (2017), esse quantitativo de presos chegou a 70 mil em 2017.

No sistema mineiro, composto por mais de 200 unidades prisionais distribuídas por todo o território (CÂMARA, 2017; SEAP, 2017), a administração dos estabelecimentos penais é realizada pela Secretaria de Estado de Administração Prisional (SEAP), sendo estes classificados de acordo com o Regulamento de Normas e Procedimentos (ReNP) (SEAP, 2016). Atualmente, o Estado administra os seguintes estabelecimentos:

I. Centro de Remanejamento do Sistema Prisional – CERESP (05);

II. Presídios (176);

III. Complexo Penitenciário (06);

IV. Penitenciárias (15);

V. Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e Centros de Apoio Médico e Pericial (03);

VI. Casas de Albergado (02);

VII. Centros de Referência à Gestante Privada de Liberdade (01), no total de 208 unidades penais.

Quanto aos profissionais responsáveis por manter esse sistema em funcionamento, Oliveira, Ribeiro e Bastos (2015) indicam que o sistema prisional mineiro expandiu seu número de trabalhadores no período de 2003 a 2014. De acordo com a SEAP, em julho de 2017, o sistema mineiro contava com aproximadamente 22.960 mil funcionários, sendo sua ampla maioria, cerca de 20 mil, composta por agentes penitenciários (SEAP, 2017). Os demais profissionais estão divididos, basicamente, entre administrativos, técnicos e gestores.

Vamos nos deter, neste estudo, na atividade dos agentes penitenciários do Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJJV), situado em Barbacena, MG, buscando estabelecer parâmetros de comparação entre suas atividades e o *trabalho habitual* dos agentes de unidades prisionais *tradicionais,* como os Centros de Remanejamento, os Presídios e Penitenciárias.

2.2. Agentes de Segurança Penitenciários

O agente penitenciário é frequentemente considerado a personificação do Estado, na aplicação de suas sentenças, sendo personagem fundamental na dinâmica da prisão. Permanentemente identificado com o encarceramento e a violência, vítima de adoecimentos, direta ou indiretamente relacionados ao trabalho, o agente penitenciário tem se tornado objeto de pesquisas nas últimas duas décadas (BEZERRA; ASSIS; CONSTANTINO, 2016). No entanto, o volume de trabalhos científicos envolvendo o sistema prisional ainda é tímido e disperso, se considerada a complexidade do tema e a quantidade de disciplinas que ele envolve (FIDALGO et al., 2017). Segundo Oliveira et al. (2017), ainda são raras as pesquisas sobre o trabalho do agente penitenciário.

Em Minas Gerais, a carreira de Agente de Segurança Penitenciário foi regulamentada pela Lei 14.695, de 30 de julho de 2003 (MINAS GERAIS, 2003), ganhando força política com a criação de um sindicato da categoria (OLIVEIRA; RIBEIRO; BASTOS, 2015).

Oliveira (2017) afirma que as mudanças observadas no sistema prisional mineiro, nas últimas décadas – como o aumento da população carcerária,

do número de estabelecimentos penais e do quadro de profissionais – exigiram um trabalhador mais qualificado para lidar com uma população prisional cada vez mais diversificada. Atualmente, o ingresso na carreira de agente penitenciário se dá por meio de dois tipos de vínculo com o Estado: contrato por tempo determinado e concurso público (FIGUEIREDO, 2007). Essa categoria profissional, que contava com menos de 600 trabalhadores em 1999 (SINDASP, 2017), contabiliza hoje, aproximadamente, 20 mil, entre funcionários efetivos e temporários.

Mas o que faz o agente penitenciário? Além da função conhecida de abrir e fechar cadeados e impedir que os presos deixem a prisão, esse profissional tem inúmeras e complexas atividades, de acordo com o território, estrutura física da unidade prisional, quantidade de presos, recursos humanos e físicos disponíveis. Mas suas atribuições básicas são: garantir a ordem e a segurança no interior dos estabelecimentos penais; desempenhar ações de vigilância interna e externa desses locais; exercer operações de escolta e custódia de presos. Ele atua também em setores administrativos, em áreas de informação e inteligência do sistema prisional ou, ainda, como gestor.

Apesar de executar e promover ações de segurança que garantam o acesso do preso às atividades de ressocialização, não é previsto que o agente se dedique diretamente à ressocialização, conforme a LEP (BRASIL, 1984), o que deixa clara a ênfase da vigilância, segurança e disciplina, em seu ofício. Cabe-lhe fornecer as condições para que os profissionais técnicos e de ensino superior se ocupem da recuperação do detento.

Em pesquisa recente sobre o trabalho de agentes penitenciários, em Minas Gerais, Oliveira (2017) observa que, apesar dos avanços na formalização de orientações e procedimentos, e da centralização da administração prisional que trouxe mais profissionalismo ao sistema, o que ocorreu foi a *maximização da segurança,* introduzindo-se, assim, um *estilo militar* na profissão, tornando-a mais estratégica e repressiva. Daí o "intenso processo de *policialização* dos agentes penitenciários, com destaque para as tarefas voltadas exclusivamente para a segurança, a vigilância e a disciplina nas prisões" (OLIVEIRA, 2017, p. 28).

Atualmente, entre os aproximadamente 20 mil profissionais de segurança da SEAP, menos de 250 atuam nas 3 unidades de perícia e atendimento médico, como os HCTP e Centros de Apoio Médico Pericial, no Estado.[1] Para discutir

1. Os dados foram obtidos junto à Diretoria de Gestão de Pessoas da SEAP, em 17 de novembro de 2017. Para o total informado, foram considerados 50 agentes no Centro

a manifesta ambiguidade entre o cuidado e a repressão, presente na atividade dos agentes do HCTP pesquisado, apresentaremos, a seguir, a origem dos manicômios judiciários.

3. Crime, loucura e manicômios judiciários

3.1. Espaços da loucura

Sobre a origem de locais destinados especialmente aos loucos, Foucault (1972) assinala o surgimento de uma série de casas para recebê-los exclusivamente, ainda no século XVIII. Isso ocorreu em todo o continente europeu, em meio a mudanças sociais, econômicas, políticas e filosóficas, o que permitiu emergir, pouco a pouco, a noção moderna de loucura.

Ao citar as experiências de Pinel e Tuke, na França e Inglaterra, consideradas um marco essencial na história da loucura e na criação de hospitais para os alienados, Foucault (1972) ressalta como a ciência das doenças mentais se desenvolveu nos asilos do século XIX, centrada na observação, classificação, vigilância e julgamento. Assim, o asilo não seria apenas um espaço de observação e tratamento, mas local de se acusar, julgar e condenar o louco, aprisionando-o num universo moral.

Na passagem do século XVIII ao século XIX, o espaço dedicado aos loucos se transformaria em um espaço médico. Segundo Pessotti (2006, p. 113), "o século XIX foi a época de maior florescimento da teoria e da terapêutica da loucura". A emergente psiquiatria do período possibilitou, ao longo do século XIX e início do século XX, o desenvolvimento de um conhecimento médico e científico que identifica, classifica, organiza, sistematiza e interpreta a loucura.

No Brasil, o Estado apoiou e organizou, assim como nos países europeus, no século XIX, "campanhas de moralização e higienização da população, através da ação conjunta dirigida pela assistência social, pela medicina e filantropia" (AZEVEDO, 2014, p. 39). Para Gonçalves e Goulart (2015), o Decreto Federal 1.132, de 22 de dezembro de 1903, marcaria a reorganização e a regulamentação da assistência aos alienados, no país.

De acordo com Azevedo (2014), a assistência aos alienados, em Minas Gerais, seguindo o trâmite nacional, foi criada e regulamentada entre 1900 e 1903, com a instalação do manicômio de Barbacena, em outubro de 1903.

---

de Apoio Médico Pericial – CAMP, 67 no Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa – HTPWVC e 119 agentes no Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz – HPJJV, no qual foi realizada esta pesquisa.

O estabelecimento, conhecido posteriormente como Hospital Colônia, um dos maiores hospícios do Brasil, seria palco, principalmente a partir de 1930, do futuro "holocausto brasileiro", descrito por Arbex (2013) como o destino de pobres, negros, mendigos, pessoas sem documentos e todos os tipos indesejados socialmente, abrigo precário e desumano de milhares de pessoas, responsável por pelo menos 60 mil mortes.

Segundo Azevedo (2014), entre 1903 e 1930, surgiram, em âmbito nacional, diversas clínicas particulares de saúde mental, dada a superlotação dos hospitais públicos e a crescente demanda por internações, além do interesse em suprir as precariedades e deficiências dos estabelecimentos públicos. Foi no fim da década de 1920 que surgiu, em Barbacena, o manicômio judiciário, objeto de nossa investigação, estabelecimento diverso do Hospital Colônia, dedicado ao acolhimento compulsório dos chamados *loucos criminosos*.

O Brasil teve um significativo crescimento dos leitos psiquiátricos, entre a década de 1940 e 1960, quando o Hospital Colônia se tornou um dos principais hospitais psiquiátricos do país. A partir da segunda metade do século XX, no entanto, ocorre um movimento político e social conhecido como "luta antimanicomial", cujos muitos episódios se passam dentro e fora dos muros de Barbacena. O movimento da reforma psiquiátrica "surge em meio à crise do modelo de assistência centrado no processo de institucionalização do louco" (AZEVEDO, 2014, p. 25), questionando entidades responsáveis pelos serviços de saúde mental no país. Com base em registros jornalísticos e denúncias, o Hospital Colônia torna-se protagonista de inúmeras críticas, nas décadas de 1960, 1970 e 1980.

Com a Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1990, e demais iniciativas que fomentavam a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil, surgiram, na década de 1990, os primeiros serviços substitutivos ao modelo hospitalar (AZEVEDO, 2014). Em 2001, é promulgada a Lei Federal 10.216 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre os direitos das pessoas com sofrimento mental, e redireciona o modelo de assistência em saúde mental. Desde então, com iniciativas da sociedade civil e de atores governamentais, a política de saúde mental tem se aprimorado, no sentido de substituir os manicômios por alternativas terapêuticas, em meio a conflitos de interesses econômicos, políticos, sociais e científicos.

Mais de quinze anos após a promulgação da Lei da reforma psiquiátrica, verifica-se o desenvolvimento de políticas e dispositivos substitutivos em saúde mental, dentro de uma nova lógica de prevenção, tratamento e reinserção social no país (DANTAS e CHAVES, 2007; AZEVEDO, 2014; CFP, 2016). Entre eles, podemos citar os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros

de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Unidades de Acolhimento (UA), mesmo que mantidos os leitos de saúde mental em hospitais gerais. Esses equipamentos compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída através da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

Em meio a tão importantes mudanças, estranha-se a exclusão dos manicômios judiciários dos princípios da reforma psiquiátrica e a resistência aos modelos alternativos de cuidado do louco infrator, principalmente no que tange à extinção progressiva dos leitos psiquiátricos e à criação de serviços substitutivos, fora dos muros dos hospitais. De acordo com Diniz e Brito (2016, p. 114), os HCTP "tiveram, na década de 2000, o maior crescimento, em 90 anos de história: de 2000 a 2010, foi construído 1/4 dos manicômios judiciários brasileiros". Em duas publicações recentes do Conselho Federal de Psicologia (2015; 2016), denunciam-se, de modo geral, as condições precárias dos HCTP e alas psiquiátricas, no território brasileiro, e discute-se o atual quadro de violação de direitos, inadequação dos estabelecimentos, abandono pela administração pública e desrespeito à política nacional de saúde mental. Ambas apresentam "perguntas e respostas capazes de orientar a desconstrução urgente e necessária dos manicômios judiciários e da lógica penal-manicomial que os mantêm de pé" (CFP, 2016).

Segundo o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP, 2013), o cumprimento de medidas de segurança nos hospitais de custódia do país frequentemente se transforma em prisões perpétuas, considerando-se a aliança entre descaso, abandono, falta de estrutura, ausência de consenso jurídico e carência de uma rede de dispositivos substitutivos. As louváveis alternativas, como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI), da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, se configuram ainda como exceções.

A seguir, vamos detalhar a origem dos manicômios judiciários no Brasil, sua função e permanência, após tantas transformações ocorridas, desde o seu surgimento, no início do século XX.

3.2. Manicômios judiciários e o "louco criminoso"

Quais contingências favorecem o surgimento da figura do louco criminoso e a consequente demanda por um estabelecimento para confiná-lo? Como se determinam as distinções entre culpa ou inocência e como os aparelhos jurídicos, policiais e médicos se articulam para lidar com ele? De acordo com Carrara (2010), o primeiro país a construir um estabelecimento destinado aos loucos

criminosos foi a Inglaterra, em 1863, existindo também, nos Estados Unidos e na França, anexos de presídios destinados à sua reclusão e tratamento. No Brasil, o Código Penal de 1890 previa que os criminosos loucos não eram penalmente responsáveis, devendo, portanto, ser entregues às suas famílias ou internados em hospícios, segundo a decisão do juiz responsável. Foi também nesse período que surgiram os primeiros trabalhos brasileiros sobre o tema.

Como já dissemos, a experiência em torno da loucura e do crime se modificou consideravelmente nos séculos XIX e XX (FOUCAULT, 1972; 2014). Suas fundamentações científicas, políticas e sociais, e subsequentes implicações práticas, permanecem como objeto de discussão, em vários países ocidentais, como também são apontadas por Figueiró (2015).

Para Carrara (1998), a criação de uma delinquência demarcada e confinada, fruto da proliferação das prisões e seus respectivos mecanismos punitivos nos séculos XIX e XX, contribuiu para que o crime se organizasse e se especializasse, abrindo ao criminoso uma trajetória social sem retorno. Daí surgiria um arcabouço científico que conceberia o criminoso como um "tipo natural", biológico e determinado.

Ao considerar a natureza moral e social do tratamento dado à loucura, principalmente a partir do século XIX, como observa Foucault (1972), é possível compreender a inserção do saber médico nos tribunais. Segundo Carrara (1998), ações criminosas moralmente inaceitáveis e motivações incompreensíveis, de um lado; e indivíduos que não se encaixavam facilmente nos quadros classificatórios da loucura da época, de outro, comprometiam o funcionamento de uma máquina judiciária racional, que clamava por interpretações médicas e biológicas de tais subversões enigmáticas. Para o autor, "foi através de tais casos que se desenvolveu uma primeira reflexão sobre a relação entre crime e loucura" (CARRARA, 1998, p. 71), principalmente no campo da psiquiatria, da antropologia criminal e do direito penal.

Para Foucault (1972), na experiência clássica da alienação, há uma associação entre loucura e maldade, sendo que "não há exclusão entre loucura e crime, mas sim uma implicação que os une" (FOUCAULT, 1972, p. 154), no furor e na violência mencionados nos registros de internamento dos doentes. Esse parentesco, visível nas práticas de internamento dos séculos XVII e XVIII, se tornaria objeto da ciência psicológica, que se deteve sobre a verdade do homem, com base nos costumes e na moral, no cotidiano das paixões e do crime.

Com as novas categorias médicas, no século XIX, toma-se a loucura como algo invisível, imprevisível e perigoso, já que, também nos homens ditos

normais, ela poderia estar adormecida, como condição permanente e hereditária. Ao explicar atos isolados de homens normais, com condutas excêntricas e transgressões morais, até então incompreensíveis, a tendência de "se conceber o louco mais como um tipo humano específico do que um indivíduo afetado por uma situação doentia" (CARRARA, 1998, p. 84) torna-se significativa e o crime passa a ser visto como produto de uma patologia, característica de determinado tipo humano. Em suma, na hereditariedade e na vinculação do crime ao degenerado e ao alienado, temos as bases de uma classificação "objetiva e biológica" da loucura.

Ao compreender-se a delinquência – na figura do louco, do criminoso, ou em sua união – como um inimigo interno da sociedade que buscava o progresso, uma série de intervenções físicas, sociais e políticas estariam justificadas. Se, por um lado, temos o movimento de reforma do Direito Penal e a adoção de modelos que buscavam a punição "adequada e eficaz", não só do crime, mas do criminoso (FIGUEIRÓ, 2015; FOUCAULT, 2014), temos, de outro, uma medicina mental que buscava bases científicas sobre o doente e a classificação das doenças, abrangendo, cada vez mais, comportamentos morais e antissociais.

Segundo Carrara (1998), em cuja obra "Crime e loucura" baseamos as considerações que se seguem, anotando apenas as páginas das citações, entre discursos sobre um determinismo biológico da índole criminosa e argumentos sobre o condicionamento social e cultural da liberdade individual, o hospício dedicado ao "louco comum" torna-se inapropriado para abrigar os chamados "loucos perigosos", habitantes de uma zona intermediária entre a sanidade e a insanidade, ainda inapreensível para a ciência da época. Se lúcido e responsável pelo crime, o destino do sujeito, então culpado, seria a prisão. Se privado dos sentidos e da inteligência, ele seria isentado de culpa e o destino seria o hospício.

Para a psiquiatria da época, a presença de alienados criminosos junto aos "loucos não violentos", comprometia o tratamento e a imagem que a instituição manicomial buscava construir. Esses indivíduos, "muito inocentes para ficarem nas prisões, mas muito perversos para ficarem no hospício" (p. 153), deveriam ter outra instituição de confinamento.

A ausência de consenso, à época, sobre a construção de uma instituição especial para os loucos criminosos, uma espécie de manicômio criminal, provocou a discussão teórica e prática acerca do estatuto médico-legal de "toda uma classe de criminosos considerados degenerados, loucos morais ou criminosos natos" (p. 162). As contradições e impasses observados na prática judiciária, nesses casos, estendem-se às primeiras duas décadas do século XX,

"motivando psiquiatras e magistrados a lutar em prol da construção de um asilo criminal" (p. 191).

Em 1903, o Decreto 1.132, de 22 de dezembro, estabeleceu que cada estado da União deveria concentrar recursos para construir manicômios judiciários. Com base nesta legislação, surgiria, quase 20 anos depois, o primeiro estabelecimento desse gênero, no país e na América Latina, o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, ainda que já existisse uma seção dedicada aos loucos criminosos no Hospício Nacional de Alienados.

A respeito da criação dos manicômios *comuns,* como dispositivo de controle social, Diniz e Brito (2016, p. 114) afirmam que "o manicômio judiciário pode ser compreendido como um desdobramento institucional desse modelo, mas tendo a anormalidade e o perigo como categorias-chave", o que define o caráter segregatório desses locais.

No Brasil, de acordo com o art. 26 do Código Penal,

> [...] 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 (BRASIL, 1940).

Nesse caso, aplica-se judicialmente a medida de segurança de internação, ou seja, a reclusão em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico – o estabelecimento adequado – ou medida de tratamento ambulatorial – quando não há internação –, cabendo ao aparelho médico-científico desse estabelecimento o diagnóstico, o tratamento e a avaliação. O Código prevê, ainda, que "o condenado a quem sobrevier doença mental será internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico" (BRASIL, 1940). Dessa forma, cabe ao juiz de execução a aplicação e revogação da medida de segurança, assim como a substituição da pena privativa de liberdade, quando sobrevier doença ou perturbação mental. Cabe ainda a outras entidades do aparelho judiciário, como o Ministério Público e a Defensoria Pública, sua requisição, indicação e fiscalização.

Assim como em outros estabelecimentos penais, a população presa nos manicômios judiciários deve ter acesso a serviços e ações de saúde, como prevê a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (BRASIL, 2014b). Seguindo a lógica de prevenção, promoção e atenção à saúde, assim como os princípios da universalidade, equidade e intersetorialidade, a atenção básica deve ser organizada e realizada por equipes interdisciplinares. No caso dos HCTP, a política de saúde

mental bem como as leis e portarias que regulamentam a atenção à pessoa com sofrimento mental estão em constante discussão e transformação, principalmente com o advento da reforma psiquiátrica.

3.3. Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico

Em um HCTP, o serviço de atenção à saúde possui, em síntese, três finalidades: acompanhar e tratar pacientes em cumprimento de medida de segurança, oferecer tratamentos psiquiátricos temporários e realizar exames periciais específicos de sanidade mental, cessação de periculosidade ou de dependência toxicológica.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a), havia 29 estabelecimentos dessa natureza no País, em 2014, e seis alas de tratamento psiquiátrico em presídios ou penitenciárias, com uma população total de, pelo menos, 4.500 pessoas em tratamento temporário ou em cumprimento de medida de segurança.

Em Minas Gerais, três estabelecimentos podem ser caracterizados como um HCTP: o Centro de Apoio Médico e Pericial (CAMP), em Ribeirão das Neves; o Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa (HTPWVC), em Juiz de Fora; e o Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJJV), localizado em Barbacena. Apesar de apenas duas unidades – HTPWVC e HPJJV – encaixarem-se rigorosamente na classificação "Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico", o CAMP também abriga presos que cumprem medida de segurança e compõem a mesma categoria dos dois hospitais, conforme o Regulamento de Normas e Procedimentos do Sistema Prisional (SEAP, 2016). De acordo com a legislação estadual, esses locais são categorizados como unidades prisionais de perícia e atendimento médico (MINAS GERAIS, 2016).

É importante frisar que, em Minas Gerais, tais instituições, assim como sua equipe de profissionais, são geridas pela administração prisional estadual, na figura da Secretaria de Estado de Administração Prisional (SEAP), e não pela gestão de saúde. Assim, os HCTP compõem, junto com prisões e penitenciárias, o sistema prisional mineiro. Por serem geridas oficialmente pelos sistemas de justiça, tais instituições, muitas vezes, não se submetem adequadamente às normas do SUS, o que constitui um desafio e um impasse para os princípios de desinstitucionalização e para a rede de cuidados territorializados do novo modelo de atenção proposto pela luta antimanicomial (BRASIL, 2014a; CORDIOLI, BORENSTEIN, RIBEIRO, 2006; DANTAS e CHAVES, 2007).

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2015) e Diniz (2013), os sistemas carcerário e manicomial brasileiros, aqui agregados em um único esta-

belecimento, são institucionalmente frágeis, marcados tanto por condições de trabalho precárias como por um conflito constante entre segurança e cuidado, reclusão e ressocialização, ambivalência já observada por Carrara (1998; 2010) quanto à própria origem do manicômio judiciário. Nesses locais, de um lado, agentes penitenciários são responsáveis por garantir a ordem e a segurança do estabelecimento e de todos os internos; de outro, profissionais de ensino técnico e superior são responsáveis por cuidar, tratar, avaliar e acompanhar os presos, garantindo a sua saúde e os seus direitos enquanto cidadãos, visando a sua recuperação e reinserção social, na perspectiva da Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984).

A seguir, caracterizamos o estabelecimento onde situamos nossa pesquisa/intervenção.

3.4. Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz – HPJJV

O manicômio judiciário de Barbacena, hoje chamado Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJJV), foi criado pelo Decreto Estadual 7.471, de 31 de janeiro de 1927 (MINAS GERAIS, 1927), e inaugurado em 15 de junho de 1929. Situado na região central do Município, a estrutura ainda conta com grande parte de sua construção original, ainda que reformas tenham sido realizadas e novas edificações agregadas ao longo dos anos. Atualmente, o HPJJV possui capacidade para cerca de 160 homens e 50 mulheres e recebe pacientes de todo o Estado de Minas Gerais, sendo dividido, basicamente, em duas edificações: o pavilhão masculino e o feminino, além de uma pequena estrutura que abriga a portaria da unidade prisional e outra dedicada à revista de visitantes e outros serviços.

Além de agentes de segurança penitenciários, servidores administrativos e auxiliares, o HPJJV conta com uma equipe de atendimento multidisciplinar. Chamados usualmente de "técnicos", os seguintes profissionais compõem essa equipe: médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, analistas técnicos jurídicos, pedagogos, terapeutas ocupacionais, gerentes de produção, dentistas e auxiliares de consultório dentário, e farmacêuticos. São estes os responsáveis diretos pelos serviços e ações envolvidos na garantia do direito de cidadania à população presa.

Há quatro diretores responsáveis pelas áreas que operam no HPJJV: diretor geral, diretor de atendimento ao indivíduo privado de liberdade, diretor administrativo e de segurança, como previsto pelo artigo 21 do Decreto 47.087, de 23 de novembro de 2016 (MINAS GERAIS, 2016). No total, a instituição tem 187 trabalhadores, sendo 119 agentes de segurança penitenciários –

98 homens e 21 mulheres – responsáveis pela área de segurança do estabelecimento, e 68 funcionários de formação técnica ou nível superior, que compõem o setor administrativo e técnico, conforme o quadro abaixo:

Quadro 1 – Relação de funcionários do HPJJV por cargo e vínculo

Cargo	Efetivo	Contrato	Total
Agente de Segurança Penitenciário (homens)	98		98
Agente de Segurança Penitenciário (mulheres)	21		21
Administrativo	23	1	24
Técnico de Enfermagem	13	1	14
Enfermeiro	2		2
Médico Clínico	5		5
Médico Psiquiatra	4	2	6
Psicólogo	3	2	5
Terapeuta Ocupacional	1	1	2
Auxiliar de Consultório Dentário		2	2
Dentista	1		1
Farmacêutico		1	1
Gerente de Produção	1		1
Pedagogo	1		1
Analista Técnico Jurídico	2		2
Assistente Social	2		2
Total	177	10	187

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados disponibilizados pelo HPJJV, em 05.12.2017.

A estrutura do imóvel divide-se em galerias compostas por corredores comuns, dormitórios individuais, coletivos e pátios para banho de sol e outras atividades. Além disso, conta com salas de atendimento, salas destinadas aos serviços administrativos e técnicos, refeitórios, sanitários, cozinhas e copas, hortas, lavanderias e almoxarifado. Observa-se, desde já, o caráter híbrido do estabelecimento, com espaços distintos para controle e armazenamento de armamentos (a prisão) e para organização de medicamentos (o hospital). Repressão e cuidado estão sob o mesmo teto.

Tanto no pavilhão masculino, quanto no feminino, o HPJJV possui celas coletivas e individuais, sendo as primeiras, em ambos, predominantes. Ora chamadas dormitórios, ora enfermarias, as celas estão distribuídas em galerias separadas da área comum e administrativa, à qual os visitantes primeiramente

têm acesso, em um espaço restrito onde permanecem, basicamente, os agentes penitenciários e os presos. Esse acesso é controlado pelos agentes, com a abertura e fechamento de portas gradeadas de metal.

No pavilhão feminino, há 3 dormitórios coletivos com capacidade para cerca de 15 pacientes cada um, além de 9 celas individuais. Já no pavilhão masculino, no qual centralizamos nossa investigação, há 16 enfermarias coletivas e 15 individuais. Os dormitórios coletivos têm entre 9 e 13 pacientes e não apresentam superlotação, ao contrário do que ocorre em muitas unidades prisionais convencionais. Com camas de alvenaria e colchões para cada paciente, as celas individuais e coletivas são separadas do corredor comum das galerias por portas e janelas gradeadas de metal.

É importante salientar que, no interior dessas galerias, existem celas individuais, um pouco afastadas dos dormitórios coletivos, denominadas *o isolado*. São celas destinadas a presos chegados recentemente ao estabelecimento ou àqueles que tiveram condutas inadequadas ou problemas no convívio com os demais.

Possuindo, em síntese, as três finalidades já descritas de um HCTP, o HPJJV apresentava, em janeiro de 2017, 63% da população geral da unidade em cumprimento de medida de segurança. Já 22% correspondia aos presos com indícios de doença e/ou transtorno mental, aos quais cabem a realização de exames de sanidade mental ou dependência toxicológica, que visam avaliar a capacidade de compreensão do ato criminoso, seja por uso de substâncias ou por doença mental, seja por desenvolvimento mental incompleto ou retardado. Por fim, 15% da população de presos eram indivíduos submetidos a tratamento psiquiátrico temporário, ou seja, presos que já estão em cumprimento de pena nas unidades prisionais convencionais, mas que apresentam comprometimento da saúde mental e requerem tratamento psiquiátrico em unidade especializada, como previsto no artigo 41 da Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984).

4. Metodologia e pesquisa de campo

A fim de esclarecer os métodos, modalidades de amostragem e natureza dos dados, foi realizada uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso (PIRES, 2010). A escolha por essa organização buscou, além da investigação de suas especificidades, possibilitar que a pesquisa se torne via de acesso e referência para a compreensão de outros fenômenos e realidades, nos espaços de confinamento. Privilegiou-se assim o uso de metodologias qualitativas, por meio de dispositivos que convocassem os próprios sujeitos a refletir sobre suas práticas (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

Consideramos como ferramentas para a produção de nosso material empírico: entrevistas individuais, observação participante, análise documental, diários de campo e conversas informais, no local de trabalho. Para a análise dos dados, seguimos as três fases da análise de conteúdo, descritas por Bardin (1977): a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A partir do material produzido, procedeu-se à codificação e à categorização, com a utilização do *software* ATLAS.ti 8, desenvolvido para análise qualitativa de dados, buscando-se a formulação de hipóteses e interpretações.

Esta investigação seguiu os aspectos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos, previstos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), entre eles: assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos trabalhadores entrevistados; Termo de Compromisso (Carta de Anuência) assinado pela Instituição SEAP, autorizando sua execução; e Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC Minas, que aprovou o projeto de número 2.084.238.

O estudo de campo foi desenvolvido no período de abril a setembro de 2017, com 8 visitas ao estabelecimento, sendo 2 nos dias 5 e 6 de abril, 4 nos dias 2, 3, 30 e 31 de maio, e as 2 últimas nos dias 4 e 5 de setembro. Em todas elas, utilizou-se a entrevista individual semiestruturada, assim como a observação participante, através de conversas informais e espontâneas, individuais ou coletivas, frequentemente realizadas no próprio posto de trabalho.

Foram entrevistados, formalmente, 9 agentes de segurança penitenciários masculinos e 1 profissional de psicologia. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas integralmente. A seleção desses participantes ocorreu de forma variada, ora por indicação da direção, ora por interesse espontâneo do agente em participar da pesquisa ou por sugestão dos próprios entrevistados a outros colegas. Além das entrevistas, conversas informais ocorreram, em diferentes momentos, com os diretores geral e de segurança do HPJJV, além de outros trabalhadores, nos moldes da observação participante. As observações derivadas da presença do pesquisador, no interior do pavilhão masculino, possibilitaram um contato prolongado com os agentes penitenciários e uma compreensão mais afinada das situações de trabalho, dos gestos, atitudes ou palavras utilizadas por eles, na interação com os presos e com os objetos de trabalho, o que enriqueceu enormemente a coleta de dados.

Apesar de termos conhecido todo o espaço físico do hospital, conversando com diferentes profissionais, homens e mulheres, desde a recepção até os dormitórios masculino e feminino, centramos nossa investigação no pavilhão masculino, observando e descrevendo as atividades dos agentes penitenciários

masculinos, no interior e no exterior das galerias. Tal critério foi adotado, devido à maior quantidade de agentes e de presos do sexo masculino, no manicômio judiciário.

Abaixo caracterizamos cada um dos 10 trabalhadores entrevistados, considerando: o cargo ocupado; o tempo de trabalho na SEAP; o tempo de atuação no HPJJV; e se já atuou em uma unidade prisional comum, como presídios, penitenciárias, complexos penitenciários ou centros de remanejamento, ainda que provisoriamente:

Quadro 2 – Caracterização dos trabalhadores entrevistados

Entrevistado	Cargo	Tempo de trabalho na SEAP	Tempo de atuação no HPJJV	Experiência em unidade prisional comum
S01	Agente	29 anos	29 anos	Não
S02	Agente	35 anos	35 anos	Não
S03	Agente	8 anos	4 anos	Sim
S04	Agente	2 anos e 5 meses	1 ano e 02 meses	Sim
S05	Agente	39 anos	39 anos	Não
S06	Agente	2 anos e 3 meses	1 ano e 4 meses	Sim
S07	Agente	Não mencionou	Não mencionou	Não mencionou
S08	Agente	10 anos	10 anos	Sim
S09	Psicólogo	9 anos	6 anos	Sim
S10	Agente	2 anos e 6 meses	2 anos	Sim

Fonte: Elaborado pelo autor com base na pesquisa de campo.

Entre os entrevistados, havia 9 que, com maior tempo na instituição, não tinham experiência em unidades prisionais convencionais. Outros 5 tinham experiência em uma prisão tradicional, com tempo mínimo de 1 ano no HPJJV. Só de um entrevistado não se levantou o tempo de atuação e experiência em unidade convencional. Observou-se que o trabalho do agente do HPJJV é constantemente comparado ao trabalho nos estabelecimentos "convencionais", com suas respectivas particularidades e diferenças nos procedimentos, no uso dos "instrumentos de trabalho" ou no clima "mais leve" ou "mais pesado" no contato com o preso.

5. Resultados

A atividade do agente de segurança penitenciário, em uma prisão ou em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, é complexa, desenvolvendo-se em diversos locais, situações e modalidades, no interior das celas e no exterior

das celas, vigiando-as de variadas distâncias, abrindo e fechando-as. Pode-se dizer que, em toda atividade na qual o preso está envolvido, o agente aí está.

No HPJJV, os agentes estão divididos em diaristas e plantonistas. Os primeiros atuam de segunda à sexta, cumprindo 40 horas semanais. Já os plantonistas, divididos em 4 equipes, atuam no regime de 24 horas trabalhadas por 72 de descanso. Cada equipe de plantonistas é coordenada por um inspetor e um subinspetor. Todos os agentes penitenciários respondem, hierarquicamente, ao diretor de segurança.

Segundo um profissional de psicologia da unidade, é o agente que está em contato direto com o paciente, durante 24 horas, e representa a figura da vigilância e da disciplina:

> S09[2]: [...] ele representa esse poder de ordem. O interno, ele vê o agente penitenciário como agente de ordem, o agente de respeito e segurança. E a presença do agente penitenciário, então, e principalmente estando fardado, como sempre, tem um papel importante nessa ordem, segura um pouco essa ordem, segura um pouco essa disciplina, pela própria presença.

O uso do uniforme é visto por S09 como elemento de autoridade, no contato com os pacientes, apesar de nenhum agente citar esse dado, ao falar de sua atividade. Para Morais (2007), o uniforme é parte de uma concepção ideológica da instituição. O corpo do agente penitenciário, nesse espaço, não é somente um corpo, mas um corpo fardado, símbolo da "ordem", do "respeito" e da "segurança".

Em síntese, o agente realiza as seguintes atividades: recepção e cadastro dos visitantes e profissionais na portaria da unidade prisional; revista de familiares que visitam os presos, vistoria dos alimentos e pertences trazidos por eles; acompanhamento de qualquer tipo de atendimento técnico recebido pelo preso, nos serviços de psicologia, serviço social, enfermagem, medicina, pedagogia, terapia ocupacional, odontologia ou assistência jurídica; acompanhamento das aulas às quais o preso comparece, na escola da unidade; vigilância do trabalho realizado pelo preso, na faxina, na horta ou na lavanderia da unidade; escolta na transferência de presos para outros presídios, para audiências jurídicas ou atendimento médico ou internações em unidades de saúde externas; vigilância nas guaritas da unidade; segurança e ronda nas galerias onde estão localizados os dormitórios e as celas individuais; entrega de café,

2. Estas denominações por letras e números visam preservar a identidade dos participantes.

lanche, almoço e janta aos presos; acompanhamento da distribuição da medicação prescrita pela equipe de saúde; acompanhamento do banho de sol; atividades administrativas inerentes à equipe de segurança, como organização de viaturas e profissionais para escoltas, escalas de trabalho, registros e atualizações em sistema informatizado, emissão e recebimento de documentos.

A respeito dessas múltiplas atividades, o agente julga ir além de suas atividades prescritas, principalmente em função do estatuto ambíguo do interno, louco e infrator:

> S07: Meu amigo, o trabalho do agente aqui é psicólogo, psiquiatra, médico, enfermeiro, como se diz, é, analista, o trabalho da gente aqui é esse [...] O cara é tudo ao mesmo tempo, então uma hora você é psicólogo, uma hora você é psiquiatra, e assim vai.
>
> S03: A gente fala Agente de Segurança Penitenciário, então qual é a função do agente? Segurança penitenciária. Não. Vai muito além disso. O Estado, e nós enquanto Estado, nós somos responsáveis pela custódia, que que é a custódia? Cuidar. Ah, mas é cuidar, então você tem que passar a mão na cabeça, você tem que, não, cuidar, tomar conta, entendeu?

Uma das categorias criadas para a discussão da atividade do agente penitenciário, no HPJJV, foi a *ambivalência institucional*, que sinaliza um conflito entre os modelos "hospital" e "prisão". Isso está patente na estrutura física do estabelecimento, nos modos de lidar e se relacionar com o preso e até nos critérios do que é um "trabalho bem feito".

No entanto, constatou-se a falta de capacitação e orientação desses profissionais para atuar com o preso inimputável ou em tratamento psiquiátrico temporário, além da inexistência de protocolos específicos para eles, no Curso de Formação Técnico-Profissional, obrigatório para o ingresso na carreira. Tanto os agentes antigos, quanto os novos, afirmam que o curso de formação atual não contempla a especificidade da atuação no HPJJV. O "choque" ou a "estranheza" desses profissionais, ao se depararem com a rotina diferenciada dessa unidade, se deve a que, nela, a preocupação com procedimentos de segurança é menos presente que em uma prisão convencional e distinta do que é transmitido no curso preparatório:

> S07: Eu penso é que deveria haver uma preparação pro cara trabalhar aqui [...] a preparação ou o curso [...] serve muito pro sistema em geral, mas, para cá, o cara chega despreparado [...] a pessoa já chega aqui assustada. Ela já chega achando que ela tá fora do ninho, que ela já não está sabendo como o sistema funciona.

A ausência de treinamentos ou procedimentos específicos para se atuar nos hospitais de custódia chamou nossa atenção. No sistema prisional mineiro, a finalidade, as competências e atribuições das unidades prisionais são descritas no Regulamento de Normas e Procedimentos do Sistema Prisional de Minas Gerais (ReNP) (SEAP, 2016), também chamado de POP – Procedimento Operacional Padrão. Seu artigo 2º determina que o regulamento deverá ser observado e cumprido em todas as unidades prisionais administradas pela SEAP, devendo ser aplicado, no que couber, nas unidades prisionais de perícia e atendimento médico, entre elas o Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz. Em outras palavras, este estabelecimento não foi contemplado especificamente, em seus procedimentos. Com efeito, nele, as atividades não se restringem à segurança e à garantia da ordem, mas abrangem o cuidado, o diálogo e o envolvimento afetivo, no enfrentamento de uma realidade frequentemente triste, onde se convive com dois sofrimentos: a privação da liberdade e o adoecimento mental.

> S04: Num hospital psiquiátrico, exige muito mais esforço psicológico do que físico. No presídio, você trabalha com cachorro, com armamento, segurando a grade com o pé para ninguém tentar empurrar e sair correndo. Aqui já é diferente. Você não precisa ter todo aquele condicionamento físico, mas aqui você precisa ter aquela sensibilidade para poder analisar a situação do *preso* e resolver da melhor forma.

Esse caráter ambivalente desta instituição revela a contradição na qual está fundado o manicômio judiciário, permeando toda a atividade desses profissionais:

> S03: Aqui no hospital o agente penitenciário não é responsável apenas pela segurança, que é o que a gente vê quando a gente tá lotado em um presídio, né? Aqui ele acaba se envolvendo em outras atividades além da segurança. Por que? Porque nós não trabalhamos diretamente com o *preso*, nós trabalhamos com o *preso paciente*. Muitos dos *presos* que estão aqui, mal sabem o nome de um familiar. Tem *preso* aqui que tá numa condição mental que ele não tem muita noção nem de onde ele tá. Entendeu? É, então o trabalho nosso é... um trabalho mais humanizado nesse sentido.
>
> S02: [...] é diferente, sabe? Requer uma atenção... requer carinho... Mesmo que você não tenha esse carinho, mas você consegue captar ele, sabe... aplicar ele com a convivência com os pacientes...

Com efeito, o HPJJV mostra a ambivalência em sua própria estrutura física, aos primeiros olhares, percepções e discursos, como prefacia Peter Fry

no icônico estudo de Carrara (1998) sobre o manicômio judiciário do Rio de Janeiro. Afinal, a lógica da segurança e da disciplina está presente na restrição do direito de ir e vir de presos, visitantes e trabalhadores, nas algemas, no confinamento entre grades, celas e uniformes, na maioria numérica dos agentes de segurança, em relação aos outros profissionais e na própria administração do estabelecimento pelo sistema estadual de justiça, e não pelo sistema de saúde.

O conflito entre os modelos "hospital" e "prisão" está presente no modo de se relacionar com o preso e no critério do que é um trabalho adequado, junto a ele. Esse antagonismo aparece na própria fala do agente penitenciários, ao nomear os internos como "presos", como "pacientes" ou "presos-pacientes": "S02: [...] tudo que se refere ao *preso*, aqui a gente não fala *preso*, a gente fala *paciente*, tudo que se refere a assuntos da vida do *paciente* o agente está envolvido."

A esse respeito, um profissional de psicologia da unidade observa:

> S09: Vejo o agente penitenciário semelhante ao técnico de enfermagem no hospital clínico, onde o fazer dos procedimentos médicos, se não tiver uma equipe técnica de enfermagem que faça aquilo ali que o médico acompanhou legal, o paciente não vai ter uma recuperação boa. Quem vai acompanhar mais de perto ali são, o volume maior de profissionais atendendo, é o técnico de enfermagem. Aqui *o volume maior de pessoas perto dos internos são os agentes penitenciários*.

A própria denominação diversa das estruturas físicas do HPJJV revela a ambiguidade institucional, apesar das falas que tentam superá-la, atribuindo ao HPJJV uma função menos repressora:

> S03: Aqui a gente fala *pavilhão*, né? Como em uma unidade comum. A diferença é que *aqui a gente não usa o nome cela, a gente usa o nome enfermarias, que são, nada mais, do que celas maiores, né*? Sem superlotação, cada paciente tem a sua cama, e a gente fala enfermaria, a gente não fala cela aqui.

O discurso predominante e o tratamento diferenciado, preconizado pelos profissionais entrevistados, ressaltam, pois, a preocupação em se considerar os presos como pacientes, mesmo levando-se em conta a natureza contraditória da instituição "manicômio judiciário". Foram identificadas algumas formas de agir, para não se enxergar o paciente como "preso" e "não saber o crime cometido". Isso possibilita menos desgaste a esses trabalhadores:

> S03: Eu acho que o primeiro ponto é não enxergar o *paciente* como *preso*, entendeu? E também não saber do crime que o *paciente* cometeu. Porque os nossos crimes aqui, a maior parte são meio bárbaros, entendeu? Então, às vezes é crime que aconteceu no seio familiar do *paciente*, um matou a irmã, o sobrinho. Para que você não trate ele de acordo o crime que ele cometeu.
>
> S03: A função básica aqui é tomar conta da segurança dos pacientes, né? [...] então, na verdade nós somos, até um médico aqui do hospital fala que nós somos, *agentes penitenciários terapêuticos*. Por que? Porque entra a questão da vigilância do agente penitenciário comum, condução do preso, comum do agente, mas essa observação a mais por causa dessa diferenciação do nosso paciente.

Apesar desse cuidado primordial com o "paciente", observaram-se diferentes posturas, quanto aos valores e modos de tratar ou abordar o preso, especialmente entre os agentes antigos e mais recentes na instituição. Vejamos a seguinte fala:

> S02: [...] você não pode tratar uma pessoa como um animal e ninguém gosta de ser tratado assim. Então, hoje em dia, muitas vezes, eles falam que eu e o pessoal mais antigo somos um pouco demagogos, entendeu? Eles falam que a gente é babá de *preso*, sabe? Protege muito, tá entendendo? Protege o *paciente*, alisa muito, mas não é assim. Você não vai aos trancos e barrancos, entendeu?

Contrariamente à fala acima, S04 comenta sua dificuldade em enxergar os presos do HPJJV como pacientes:

> S04: Para mim não é bem *paciente*, é mais é *preso*. Então para você conseguir tirar da sua cabeça e trabalhar tranquilamente, sem aquela de querer fazer procedimento todas as vezes para retirar eles para banho de sol, para atendimento, alguma coisa assim, é bem complicado. Porque você tratar todo mundo como *paciente*, eu não acho que é muito seguro.

O coordenador de uma das equipes de plantonistas, quanto questionado sobre o uso dos armamentos disponíveis no HPJJV, também julga inevitável a função repressora, conforme a situação do preso:

> S10: Esse armamento é que, vão supor, se algum *preso* for conduzido para escolta de hospital, vão supor, recebeu baixa, vai desinternar, vai para outro presídio, vão supor, tá fazendo tratamento psiquiátrico aqui, acabou o tratamento, ele tá indo pro presídio, aí o agente vai armado, para caso acontecer alguma coisa, alguma tentativa de resgate, porque, *embora esteja aqui,*

> *é preso, né?* Tem todo tipo de perfil. Porque aqui tem preso que tá só para tratamento, mas tem uma periculosidade maior.

Em síntese, parece ser inevitável, entre os agentes, o conflito permanente entre cuidado e segurança, materializado nas distintas percepções do preso e na adoção do procedimento – cuidado ou repressão – ao lidar com ele. As próprias diretrizes internas da direção suscitam questionamentos de alguns trabalhadores:

> S10: [...] eu vejo aqui que eu não acho muito legal o fato de você *colocar, no mesmo ambiente*, talvez no mesmo alojamento, pessoas que vieram aqui só para fazer exame, ou seja, muitas delas estão em total saúde mental, e pessoas que vieram aqui para tratamento. Então deveria haver uma separação assim.

De fato, a distribuição dos pacientes entre as enfermarias é questionada até por profissionais de atendimento com os quais tivemos contato. No entanto, ela é vista como uma *estratégia* da equipe de segurança para garantir a ordem, conforme registrado em nosso diário de campo:

> 30.05.2017: Um dos elementos trazidos é a mistura de pacientes nos dormitórios – entre pacientes cumprindo medidas de segurança, estão pacientes que vêm de suas próprias casas para realizar exames e presos que vêm de presídios para tratamento ou exame. *Para as profissionais técnicas, essa mistura é prejudicial*, já que os diferentes tipos de pacientes convivem no mesmo espaço. Mais tarde, a área de segurança me explica que essa mistura é uma técnica coletiva desenvolvida por eles, que não é algo aleatório, mas um critério para manter a segurança e evitar motins ou rebeliões. Ao juntar pacientes lúcidos com pacientes com menor discernimento, é possível fragilizar o coletivo e impedir que pacientes "lúcidos" se unam contra os agentes penitenciários. Essa divisão é feita pela área de segurança e os agentes indicam o *olhômetro*, ou seja, o rápido julgamento pelo olhar e pela percepção que têm do paciente, como principal instrumento para essa seleção.

Vemos, neste caso, que a ambivalência institucional, privilegiando ora a segurança, ora o bem-estar e os direitos dos internos, gera conflitos entre equipes de segurança e equipes do cuidado. Isso afeta diretamente o trabalho dos profissionais de saúde. Para estes, o tratamento do "paciente" só é efetivo se o agente penitenciário permitir. Afinal, é dele, responsável vigiar o preso em tempo integral, que depende o *funcionamento básico* do estabelecimento:

> S09: [...] todo o trabalho médico, psicológico, social, espiritual, ocupacional, laboral, escolar, *vai ter um bom resultado se o agente penitenciário quiser.* O agente penitenciário tem um poder de ser essa pessoa que está 24 horas

> com o interno, ele pode, ele tem um poder maior de ajudar na progressão do tratamento dessa pessoa ou fazer corpo mole e esse tratamento não ir muito adiante.

De acordo com Carrara (1998), os elementos que conferem ao manicômio judiciário sua ambivalência e ambiguidade, no nível prático e teórico, encontram suas origens na segunda metade do século XIX. Para o autor, tanto na legislação que envolve os loucos criminosos, quanto no destino social reservado a eles, observa-se a superposição do modelo prisional e do modelo hospitalar, o que foi confirmado nesta pesquisa.

Em estudo realizado por Dantas e Chaves (2007), com guardas prisionais do HCTP de Sergipe, foi também observada essa ambiguidade do modelo institucional. Os autores referem-se à contradição nas funções de tratar, cuidar, e, ao mesmo tempo, controlar, corrigir e punir. A distância entre a teoria de tratar e reinserir socialmente, e a prática marcada por carências físicas e estruturais, indica a ambivalência do papel exercido pelos guardas.

Nas falas dos entrevistados, aparecem, finalmente, reflexões essenciais acerca do próprio destino do preso no HCTP, no seu abandono pela família ou pelo próprio Estado. O conflito, desta vez, pode ser vivido pelo próprio paciente, em preferir o hospital ao convívio familiar. Por outro lado, na ausência da família ou de quem o acolha fora do manicômio, o "paciente" pode estar condenado a uma "prisão perpétua":

> S02: Aqui é onde o cara sofre de dois jeitos: ele sofre por estar preso e às vezes sofre por ser doente mental. Dois sofrimentos tristes.
>
> S03: [...] a gente lida com problemas aqui, de pacientes, que acabam te envolvendo, por exemplo, *tem paciente aqui que tem trinta anos que tá aqui no hospital, quer dizer, ninguém cumpre uma pena de trinta anos no Brasil, mas aqui nós temos até mais de trinta*. Nós já tivemos pacientes aqui que a família veio e o cara não queria ir embora. Ele segurou nas grades ali e falou: não, não quero ir embora, não, os guardas me tratam bem aqui e são meus amigos, minha família eu não conheço mais eles. Então foi uma luta para tirar ele aqui de dentro. É inimaginável pensar nisso, que uma pessoa quer ficar presa.
>
> S01: Diz que no Brasil nunca houve prisão perpétua, mas no Manicômio Judiciário de Barbacena havia. Porque *muitos caras morreram aqui dentro*.

6. Considerações finais

Em uma instituição controversa, como o manicômio judiciário, entre vozes que defendem a sua existência ou defendem a sua abolição, tivemos contato

com seres humanos, em seu local de trabalho. São sujeitos que cuidam, que se dedicam, que se esforçam, mas que também se contradizem, se esgotam ou se acomodam, como em outras instituições permeadas pela superposição complexa de dois dispositivos de controle social.

No Brasil, o sistema prisional em constante expansão, face aos dados cada vez mais alarmantes sobre a violência, o debate acerca do papel das prisões aponta para um objeto complexo e requer a indispensável contribuição da comunidade cientifica. Como já comentamos, a reforma psiquiátrica não é um evento isolado no país, mas está e seguirá acontecendo. Com ela, espera-se que os preconceitos e amarras vinculados à loucura desvaneçam e permitam o aprimoramento das políticas públicas em prol da inclusão e contra a segregação.

Neste contexto, nossa experiência de pesquisa ocorreu em um espaço desconhecido, um estabelecimento híbrido que trata não só do crime, mas de sua conjunção enigmática com a loucura. No manicômio judiciário de Barbacena, palco de quase 100 anos de história, encontramos, para além de posturas políticas e ideológicas, a vitalidade de um coletivo de trabalho ancorado na apropriação de um ofício valorizado por seus protagonistas, desejosos de que a recuperação do interno aí se torne mais efetiva que em um presídio convencional.

Entretanto, a falta de uma formação direcionada, o relativo esvaziamento de normas, os diferentes *tipos* de detentos colocados *sob o mesmo teto,* a representação conflituosa de uma profissão, em cuja origem a repressão se sobrepõe ao cuidado, são elementos que apontam para as contradições internas ao ofício de agente de segurança penitenciária, de quem depende o atendimento e a recuperação do preso.

A carência de formação adequada revela o "esquecimento" desses trabalhadores especiais, por parte do Estado. Embora constituam um contingente diminuto, dentro da categoria profissional, eles têm uma função essencial e diferenciada no acompanhamento do "louco infrator". Afinal, pacientes e trabalhadores materializam, no manicômio judiciário, o resíduo social ainda invisível, mesmo para a comunidade científica, apesar das transformações já trazidas pela reforma psiquiátrica. A escassez de estudos sobre os trabalhadores de manicômios judiciários aponta os limites de nossa investigação, sugerindo novas pesquisas nesse campo.

Temos a considerar, finalmente, que entre muros, grades, celas e uniformes, o agente penitenciário ainda é o protagonista que determina *o que, quando e como* acontece o cotidiano na instituição, cujo funcionamento depende de sua presença. Sem ele, não há manicômio judiciário. Já dissemos: *onde o preso está,*

o agente está. É ele que se apropria do cuidado necessário com os *loucos infratores*, apesar de sua formação inicial estar focada no *aparelhamento policialesco* do oficio.

Ante o conflito constante entre a lógica da segurança (prisão) e a lógica da saúde (hospital), permanece a necessidade de continuarmos interrogando o que é essencial, no trabalho dos agentes penitenciários e dos profissionais técnicos que cuidam de sua saúde e de seus direitos. Ao sugerir a continuidade das pesquisas em manicômios judiciários, ao pensar na ressocialização e na recuperação dos "presos loucos", preconizadas na LEP, questionamos também a própria existência dessas instituições.

Ao discutir a difícil e complexa tentativa de extinção dos manicômios judiciários, através da criação de serviços substitutivos de saúde para os loucos infratores, Venturini (2016) traz o exemplo da Itália, país no qual os hospitais psiquiátricos judiciários foram abolidos oficialmente, desde 31 de março de 2015. Este autor afirma não se tratar de uma reforma curta, simples, nem mesmo regulada apenas por leis e normas, mas de uma mudança que envolve toda a sociedade e que encontra resistências, em seu interior. Com efeito, a existência dos manicômios judiciários reflete e atravessa diversos interesses, disciplinas e categorias profissionais, envolvendo diretamente o Poder Judiciário, o Sistema de Saúde e a Administração Pública.

Rauter (2016) comenta que, se os manicômios continuam existindo, mesmo após a criação de uma Lei que regulamenta e determina sua extinção, é porque forças e desejos contraditórios os sustentam e os tornam necessários. Para Venturini (2016), devemos considerar quantas categorias profissionais estão envolvidas com a existência do manicômio judiciário e os sistemas que dela se beneficiam, direta ou indiretamente.

Esperamos, com esta pesquisa, poder contribuir, mesmo que modestamente, com a produção de conhecimento acerca da atividade dos agentes penitenciários, em um estabelecimento que agrega elementos de uma prisão tradicional e de um hospital psiquiátrico, além de elucidar as faces ambíguas e complexas de uma atividade e de uma instituição, ambas pouco conhecidas e discutidas pela sociedade e mesmo pela comunidade cientifica.

7. Referências

ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AZEVEDO, Kennya Rodrigues Nézio. *E aí as histórias ficam boas*: sobre a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Barbacena/MG. Dissertação

(Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João Del Rei. São João Del Rei, 2014.

BARBALHO, Lidiane de Almeida; BARROS, Vanessa Andrade. Entre a cruz e a espada: a reintegração de egressos do sistema prisional a partir da política pública do governo de Minas Gerais. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p. 549-565, set., 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677116820140003000009&lng=pt&nrm=iso]. Acesso em: 22.09.2017.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEZERRA, Claudia de Magalhães; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia. Sofrimento psíquico e estresse no trabalho de agentes penitenciários: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde coletiva* [online], Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2135-2146, jul. 2016. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000702135&lng=en&nrm=isso]. Acesso em: 06.10.2017.

BENDASSOLLI, Pedro Fernando; SOBOLL, Lis Andrea. Clínicas do trabalho: filiações, premissas e desafios. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 59-72, 2011.

CÂMARA, Luciene. Corte de agentes penitenciários ameaça presídios em Minas Gerais: saída de 1.800 contratados até dezembro vai deixar desfalcadas unidades prisionais. *O Tempo*, Belo Horizonte, 29.10.2017. Segurança Pública. Disponível em: [www.otempo.com.br/cidades/corte-de-agentes-penitenci%C3%A1rios-amea%C3%A7a-pres%C3%ADdios-em-minas-gerais-1.1536703]. Acesso em: 01.11.2017.

CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura*: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CARRARA, Sérgio. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 20, n. 1. p. 16-29, 2010. Disponível em: [www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19939]. Acesso em: 05.10.2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. *Inspeções aos manicômios*. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. *Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade*. Brasília: CFP, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Medida de segurança*: uma questão de saúde e ética. São Paulo: CREMESP, 2013.

CORDIOLI, Maria Sirene; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida. Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 671-677, 2006. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414814520060 00400008&lng=en&nrm=isso]. Acesso em: 27.12.2017.

DANTAS, Milena Amélia Franco; CHAVES, Antônio Marcos. Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia. *Psicologia ciência e profissão*, Brasília, v. 27, n. 2, p. 342-357, 2007. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414989320070002000 14&lng=en&nrm=isso]. Acesso em: 16.09.2017.

DINIZ, Débora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*: Censo 2011. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

DINIZ, Débora; BRITO, Luciana. "Eu não sou presa de juízo, não": Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, jan.-mar. 2016. p. 113-129. Disponível em: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=386144717008]. Acesso em: 06.10.2017.

FIDALGO, Fernando et al. O ONASP e a produção acadêmica sobre o sistema prisional brasileiro: rumo a um estado da arte. In: FIDALGO, Fernando; FIDALGO, Nara (Org.) *Sistema prisional*: teoria e pesquisa. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2017. p. 17-40.

FIGUEIREDO, Railander Quintão. *Educação em serviços penais*: diretrizes para a Escola de Formação do sistema prisional em Minas Gerais. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, 2007.

FIGUEIRÓ, Rafael de Albuquerque. *Cartografia do trabalho de agentes penitenciários*: reflexão sobre o "dispositivo prisão". Tese (Doutorado) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2014.

GONÇALVES, Aline Moreira; GOULART, Maria Stella Brandão. História das Santas Casas na Assistência à Saúde Mental mineira no século XIX. *Tempos Gerais* – Revista de Ciências Sociais e História – UFSJ. São João Del Rei, n. 2, 2015. Disponível em: [https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/OK_REV_1-Historia%20das%20santas%20casas%20revisado%20Word%2097%20(1).pdf]. Acesso em: 18.01.2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. *Reincidência criminal no Brasil*: relatório de pesquisa. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/07/572bba385357003379ffeb4c9aa1f0d9.pdf]. Acesso em: 05.11.2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO. *A visão do Ministério Público sobre o sistema prisional brasileiro* – 2016 / Conselho Nacional do Ministério Público – Brasília: CNMP, 2016.

MORAIS, Lucilio Linhares Perdigão de. Vestindo a camisa: aspectos ideológicos do uso da farda. Um estudo de caso em uma unidade policial. In: Encontro

Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 31. 2017, Rio de Janeiro. *Anais Eletrônicos*. Rio de Janeiro: ANPAD, 2017. Disponível em: [www.anpad.org.br/admin/pdf/EOR-C2081.pdf]. Acesso em: 19.01.2018.

OLIVEIRA, Luciano. Relendo "Vigiar e punir". *Dilemas*: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 309-338, abr. 2011. Disponível em: [https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/7228]. Acesso em: 18.01.2018.

OLIVEIRA, Adely Roberta Meireles de et al. A prisionização de agentes penitenciários e seus efeitos sobre a função reintegradora da pena privativa de liberdade. In: FIDALGO, Fernando; FIDALGO, Nara (Org.). *Sistema prisional*: teoria e pesquisa. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2017. p. 255-278.

OLIVEIRA, Victor Neiva. Administrando o cotidiano prisional: os agentes penitenciários e a construção da ordem nas prisões de Minas Gerais. In: Encontro anual da Associação nacional de pós-graduação e pesquisa em ciências sociais, 41. 2017, Caxambu. *Anais eletrônicos*. Caxambu: ANPOCS, 2017. Disponível em: [www.anpocs.com/index.php/papers-40-encontro-2/spg-4/spg13-4]. Acesso em: 12.11.2017.

OLIVEIRA, Victor Neiva; RIBEIRO, Ludmila Mendonça; BASTOS, Luiza Meira. Os agentes penitenciários em Minas Gerais: Quem são e como percebem a sua atividade. *Sistema Penal & Violência*, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 175-192, jul.-dez., 2015. Disponível em: [http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistemapenaleviolencia/article/view/21891]. Acesso em: 05.10.2017.

PESSOTTI, Isaias. Sobre a teoria da loucura no século XX. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 113-123, dez. 2006. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000200002&lng=pt&nrm=isso]. Acesso em: 01.11.2017.

PIRES, Álvaro. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, Jean et al. (Org.). *A pesquisa qualitativa*: enfoques epistemológicos e metodológicos. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

RAUTER, Cristina. Por que o manicômio ainda existe? In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. *Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade*. Brasília: CFP, 2016.

SINDICATO DOS AGENTES DE SEGURANÇA PENITENCIÁRIA DE MINAS GERAIS. Institucional. *História*. Disponível em: [www.sindaspmg.org.br/sindasp/institucional]. Acesso em: 18.01.2018.

VENTURINI, Ernesto. Manicômios judiciários: uma saída. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. *Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade*. Brasília: CFP, 2016.

Pesquisa do Editorial

Veja também Doutrina

- Adequação da legislação penal à lei de reforma psiquiátrica: a internação como exceção, de Alessandra Rapassi Mascarenhas Prado – *RPC* 13/87-118 (DTR\2010\627).

O Estatuto da Pessoa com Deficiência e seu reflexo no exame pericial de Incidente de Insanidade Mental

The Statute of the Person with Disabilities and its reflex in the expert exam of Incident of Mental Insanity

Delmes Rodrigues Feiten

Aluno do curso de especialização em Ciências Criminais com contributos da Psicanálise – PUC Minas.
delmes.feiten@gmail.com

Michelle Gangana Duarte

Aluna do curso de especialização em Ciências Criminais com contributos da Psicanálise – PUC Minas.
michelle.gangana@hotmail.com

Recebido em: 21.01.2018
Aprovado em: 12.03.2018
Última versão do (a) autor (a): 27.03.2018

Áreas do Direito: Penal; Processual; Direitos Humanos

Resumo: O presente artigo tem como perspectiva provocar uma reflexão crítica em torno dos avanços que se fazem necessários no cumprimento do artigo 2º, § 1º, da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Para tanto, inicia-se discorrendo sobre o aparato jurídico-legal quanto à possibilidade de inimputabilidade frente ao ato criminoso cometido, fazendo um diálogo com a Lei 13.146/2015, que estabeleceu o Estatuto das Pessoas com Deficiência no Brasil. Em seguida, apresenta-se o contexto histórico de evolução do modelo biomédico ao caráter biopsicossocial, preconizado pela Organização Mundial de Saúde com o objetivo de adentrar à diferenciação dos conceitos de inter, multi e transdisciplinaridade. Finaliza-se apontando as contribuições da Psicanálise na ruptura com a objetividade do discurso jurídico, ofertando a escuta ao paciente judiciário.

Abstract: This article has the objective provoke a critical reflection in advances necessary in compliance whith article 2, paragraph 1, of the Brazilian Law on the Inclusion of People with Disabilities. Therefore, it begins by discussing about the legal apparatus as to possibility of non-attributability to the act committed by making a dialogue with Law 13.146/2015, that established the Statute of Persons with Disabilities in Brazil. The context evolution from the biomedical model to the biopsychosocial character, recommended by the World Health Organization with the object of entering into the differentiation of concepts of inter, multi and transdisciplinarity. It ends by pointing out the contributions psychoanalysis in breaking with the objectivity of the legal discourse, offering to listen to the patient.

Feiten, Delmes Rodrigues; Duarte, Michelle Gangana. O Estatuto da Pessoa com Deficiência e seu reflexo no exame pericial de Incidente de Insanidade Mental.
Revista Brasileira de Ciências Criminais. vol. 144. ano 26. p. 61-80. São Paulo: Ed. RT, junho 2018.

Palavras-chave: Estatuto da Pessoa com Deficiência – Incidente de insanidade mental – Multidisciplinaridade – Biopsicossocial – Psicanálise.

Keywords: Socialization of the People with Disabilities – Incidence of mental insanity – Multidisciplinarity– Biopsychosocial – Psychoanalysis.

Sumário: 1. Introdução. 2. Sujeito biopsicossocial: rompendo com o modelo biomédico. 3. Inter, multi e transdisciplinaridade: a complexidade da condição humana. 4. A escuta do paciente judiciário: dando lugar à palavra. 5. Considerações finais. 6. Referências Bibliográficas.

1. Introdução

A verificação da capacidade mental de autores de crimes acometidos por algum distúrbio mental e seu reflexo na imputabilidade penal, que é um dos requisitos da culpabilidade[1], sempre foi um ponto nebuloso nas práticas cotidianas de delegacias de polícia e fóruns criminais brasileiros.

O conceito legal de inimputabilidade penal decorrente de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto, nos termos do artigo 26 do Código Penal[2], pode ser resumido como a capacidade mental do agente, no momento da ação ou omissão criminosa, de entender o caráter ilícito de sua conduta e se comportar de acordo com tal entendimento. As consequências dessa constatação também estão dispostas no aludido mandamento legal e vão desde a isenção de pena até a sua redução.

Atualmente, o instrumento jurídico-pericial utilizado para avaliar a imputabilidade mental dos investigados/acusados em geral denomina-se "Incidente de Insanidade Mental" e está previsto no Título VI (Das Questões e Processos Incidentes), Capítulo VIII (da Insanidade Mental do Acusado) do Código de Processo Penal.

1. Para Bittecourt, culpabilidade é o terceiro predicado do crime, juntamente com a conduta típica e antijurídica, e não mero pressuposto de aplicação de pena (BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de Direito Penal*: parte geral. 11. ed. atual. São Paulo: Saraiva, 2007. v. 1. p. 328).
2. 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. 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.

Esse exame pericial, que será sempre determinado pelo juiz de ofício ou a requerimento de algum interessado que esteja legalmente habilitado para tanto, seja no curso da investigação policial ou do processo criminal, será realizado, como regra geral, por um único perito oficial, mais precisamente um médico legista. Somente na ausência deste, o Código de Processo Penal autoriza a nomeação de 2 (duas) pessoas, portadoras de diploma de curso superior, preferencialmente na área específica, entre as que tiverem habilitação técnica relacionada com a natureza do exame (artigo 159, *caput* e § 1º)[3].

Embora os dispositivos legais anteriormente referidos sempre façam menção à palavra "peritos" no plural, deve ser relembrada a reforma instituída pela Lei 11.690/2008, que alterou a redação do artigo 159 do Código de Processo Penal, para definir, conforme aduz Lima, a necessidade de apenas um perito oficial para realização de exames de corpo de delito e outras perícias[4].

Ocorre que, no ano de 2015, sobreveio ao ordenamento jurídico pátrio a Lei 13.146, que estabeleceu o Estatuto das Pessoas com Deficiência no Brasil (também conhecida como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência).

Contudo, deve ser ressaltado que o regramento legal em questão não inaugurou a proteção da pessoa com deficiência no direito brasileiro. De fato, a própria Constituição da República de 1988, de forma inédita no país, já oferecia proteção aos deficientes, decorrente do próprio princípio da dignidade da pessoa humana. Ademais, o Brasil também é signatário da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Convenção da Organização das Nações Unidas), de 2007, e seu protocolo facultativo, ratificados em nosso ordenamento jurídico por meio do Decreto-Legislativo 186, de 9 de julho de 2008, do Congresso Nacional, que fora promulgado pelo Decreto 6.949, de 25 de agosto de 2009. A legislação protetiva internacional veio reforçar, conforme ressaltam Rosa e Luz, as garantias já instituídas pela Lei de Apoio às Pessoas Portadoras de Deficiências (Lei 7.853/89) e suas regulamentações[5].

Em que pese já se pudesse argumentar sobre a existência de proteção legal ao deficiente antes da Lei 13.146/2015, não resta dúvida que, após o advento

3. ROSA, Alexandre Morais da; LUZ, Juliana Hermes. *A luta pelo reconhecimento dos Direitos da Pessoa com Deficiência no Brasil*. Disponível em: [http://emporiododireito.com.br/direitos-da-pessoa-com-deficiencia/], de 22.07.2016. Acesso em: 25.09.2017.
4. LIMA. Renato Brasileiro de. *Código de Processo Penal comentado*. 2. ed. rev. e atual. Salvador: Juspodivm, 2017. p. 452.
5. ROSA, Alexandre Morais da; LUZ, Juliana Hermes. *A luta pelo reconhecimento dos Direitos da Pessoa com Deficiência no Brasil*. Disponível em: [http://emporiododireito.com.br/direitos-da-pessoa-com-deficiencia/], de 22.07.2016. Acesso em: 25.09.2017.

desse diploma legal, houve grande mudança na forma de conceituação e reconhecimento da pessoa com deficiência. Em seu artigo 2º, *caput*, o Estatuto em apreço conceitua o que doravante se entenderá como pessoa com deficiência como sendo aquela que

> [...] tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Logo adiante, no § 1º do referido artigo, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência determina como será aferida, quando necessário, a eventual deficiência da seguinte forma:

> Art. 2º [...]
>
> § 1º: A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:
>
> I – os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
>
> II – os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
>
> III – a limitação no desempenho de atividades; e
>
> IV – a restrição de participação.

Nesse aspecto, o Estatuto da Pessoa com Deficiência parece ter seguido diretrizes internacionais no sentido de reconhecer a conceituação e avaliação da deficiência como algo complexo que demanda exame interdisciplinar, cuja realização dependerá de uma equipe multiprofissional como forma de alcançar uma correta interpretação e garantir os direitos do interessado. Nesse sentido, Rosa e Luz problematizam:

> Segundo a Convenção da ONU, não há apenas um critério médico capaz de definir a pessoa com deficiência, mas sim, o resultado da análise do caso concreto, da pessoa em análise com o seu ambiente de trabalho, social, de lazer, que definirá a pessoa com deficiência. Por outro lado, o Decreto n. 5.296, de 02 de dezembro de 2004, conceitua as pessoas com deficiência apenas quanto ao critério médico[6].

Seguindo as inovações trazidas pela Lei protetiva em questão, no Título I (Do Acesso à Justiça), Capitulo I (Disposições Gerais), o Estatuto da Pessoa

6. Ibidem.

com Deficiência estabelece uma série de garantias ao deficiente, entre as quais ressalta-se dois pontos específicos.

No artigo 79, § 1º, o Estatuto estabelece que:

> [...] a fim de garantir a atuação da pessoa com deficiência em todo o processo judicial, o poder público deve capacitar os membros e os servidores que atuam no Poder Judiciário, no Ministério Público, na Defensoria Pública, nos órgãos de segurança pública e no sistema penitenciário quanto aos direitos da pessoa com deficiência.

Então, no artigo 81, determina que os direitos da pessoa com deficiência serão garantidos por ocasião da aplicação de sanções penais.

Nessa esteira, embora possa se argumentar que o Estatuto da Pessoa com Deficiência em nenhum momento reformou, de forma expressa, o Código Penal ou de Processo Penal no tocante ao tratamento da imputabilidade penal, o que, diga-se de passagem, deveria tê-lo feito para adequar tais normas as suas disposições[7], como ocorreu, por exemplo, com o Código Civil ao modificar o tratamento legal dos incapazes[8], é inegável que o diploma legal em análise buscou amparar o deficiente por ocasião da aplicação de sanções penais.

E neste ponto específico, merece ser esclarecido que o emprego da expressão "por ocasião da aplicação de sanções penais" pelo Estatuto deixa claro que

7. "[...] entendemos que o Estatuto pecou em não alterar o Código Penal brasileiro. Primeiramente, porque a lei penal ainda contém expressões estigmatizantes e pejorativas, além de imprecisas, que destoam do espírito da Lei (EPD). Exemplo disso são as expressões 'desenvolvimento mental incompleto ou retardado' (art. 26) e 'inválido' (arts. 135 e 244), encontradas no Código, quando a expressão correta a ser empregada, vez que encontra definição legal no Decreto n.º 3.298, de 1999, seria 'pessoa com deficiência mental ou física' [...]". LUCCHESI, Guilherme Brenner; XAVIER, Luciana Pedroso. *O Estatuto das Pessoas com Deficiência e sua Repercussão no Direito Penal*. Disponível em: [www.gazetadopovo.com.br/vida-publica/justica-e-direito/artigos/o-estatuto-da-pessoa-com-deficiencia-e-suas-repercussoes-no-direito-penal-1yksix4ech3zrrc1t9a8zptiy], de 17.03.2016. Acesso em: 25.09.2017.

8. De acordo com Assis Neto e Jesus, "A Lei 13.146, de 6 de junho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que entrou em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a sua publicação, alterou profundamente o sistema de incapacidades estatuídos pelo Código Civil. Pela nova sistemática, são absolutamente incapazes somente os menores de dezesseis anos. Todos os demais, inclusive os que por deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil e os que por causa transitória não puderem exprimir a sua vontade, passam a ser relativamente incapazes" (ASSIS NETO, Sebastião de; JESUS, Marcelo de; MELO, Maria Izabel de. *Manual de Direito Civil*. 6. ed. rev., ampl. e atual. Salvador: JusPodivm, 2017. p. 124).

os direitos do deficiente deverão ser respeitados não só durante o cumprimento da decisão judiciária (seja na execução de pena ou no tratamento decorrente da imposição de medida de segurança), mas igualmente devem ser levados em consideração por ocasião da elaboração do próprio decreto jurisdicional. Portanto, ao formular a sentença, seja ela condenatória ou absolutória imprópria, esta que imporá ao réu cumprimento de medida de segurança – espécie do gênero "sanção penal" –, deve o magistrado analisar, por exemplo, se ao substituir uma pena privativa de liberdade por outra restritiva de direitos, como a prestação de serviço comunitário de pintura em escola pública, tal medida será compatível com a capacidade do destinatário, o qual eventualmente poderá ser acometido de deficiência física que impeça a execução da medida. Da mesma forma, deve ser analisado se o local de cumprimento da sanção apresenta condições de acessibilidade para a execução da decisão[9].

Dessa forma, sendo a Lei 13.146/2015 um mecanismo legal de proteção à pessoa com deficiência, como também o Código de Processo Penal é um instrumento de garantia para os investigados e acusados em geral, chega-se ao seguinte questionamento: com o advento do Estatuto das Pessoas com Deficiência e a sua orientação de realização de exame interdisciplinar e multiprofissional para fins de constatação das deficiências, não deveria tal mecanismo ser aplicado também ao processo penal por ocasião da instauração de incidente de insanidade mental?

A resposta parece afirmativa. Afinal, conforme defende Bitencourt, a verificação da capacidade mental do investigado/acusado é vital para se estabelecer um correto juízo de censura do ato cometido[10]. E nesse sentido, seguindo o sentido triplo do conceito de culpabilidade no Direito Penal, ela abarcaria

9. FARIAS, Cristiano Chaves de; CUNHA, Rogério Sanches; PINTO, Ronaldo Batista. *Estatuto da Pessoa com Deficiência Comentado artigo por artigo*. 2. ed. rev., ampl. e atual. Salvador: JusPodivm, 2016. p. 234.

10. "[...] É preciso destacar, com efeito, que *censurável* é a conduta do agente, e significa *característica negativa da ação* do agente perante a ordem jurídica. E 'juízo de censura' – estritamente falando – é a avaliação que se faz da conduta do agente, concebendo-a como censurável ou incensurável. Essa avaliação sim – juízo de censura – é feita pelo aplicador da lei, pelo julgador da ação; por essa razão se diz que está na *cabeça do juiz*. Por tudo isso, deve-se evitar o uso metafórico de *juízo de* censura como se fosse sinônimo de *censurabilidade*, que, constituindo a essência da culpabilidade, continua um atributo do crime. O *juízo de censura* está para a *culpabilidade* assim como o *juízo de antijuridicidade* está para a *antijuridicidade*. Mas ninguém afirma que a antijuridicidade está na cabeça do juiz. [...] O *juízo de censura* não recai sobre o agente, mas, especial e necessariamente, sobre a ação por este praticada. [...]". Idem.

tanto perquirição da capacidade de culpabilidade – imputabilidade – enquanto fundamento de pena (dentro do qual residiria também a consciência da ilicitude e exigibilidade de conduta diversa), assim como a culpabilidade na condição de elemento de determinação ou medição de pena e como impeditivo da responsabilização objetiva (ausência de dolo ou culpa)[11].

Não por outra razão que o Código Penal, como já referido anteriormente, estabelece a redução ou isenção de pena para o agente que apresentar um desenvolvimento mental, no momento da ação ou omissão penalmente relevante, que lhe atrapalhe a capacidade de compreensão do caráter ilícito de sua conduta ou a determinação conforme tal entendimento.

A fim de ampliar a reflexão e fundamentar a hipótese em torno da realização de exame interdisciplinar e multiprofissional para fins de constatação das deficiências, adentrar-se-á aos avanços alcançados a partir da adoção do conceito de sujeito biopsicossocial e da ruptura com o modelo biomédico, além da discussão sobre o caráter inter, multi e transdisciplinar na tentativa de melhor se aproximar da complexidade da existência humana e, finalmente, o lugar da palavra dada ao sujeito investigado/acusado, permitindo assim, uma melhor compreensão de sua capacidade como forma de alcançar uma correta interpretação e garantir os direitos deste.

2. Sujeito biopsicossocial: rompendo com o modelo biomédico

O termo biopsicossocial, referindo-se ao conjunto de fatores que contemplam o conceito de saúde, foi introduzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da carta de princípios de 7 de abril de 1948 e, neste sentido, trata-se de: "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades"[12]. O referido conceito é a principal ruptura com o modelo biomédico até então adotado pelo sistema de saúde pública em nosso país.

A fim de lançar luz a este avanço teórico-prático, no que se refere ao contexto nacional, sobretudo à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se necessário recorrer a um resgate histórico sobre as influências sociais,

11. FARIAS, Cristiano Chaves de; CUNHA, Rogério Sanches; PINTO, Ronaldo Batista. *Estatuto da Pessoa com Deficiência Comentado artigo por artigo*. 2. ed. rev., ampl. e atual. Salvador: JusPodivm, 2016. p. 234.

12. DIAS, Gustavo Nobre et al. *Organização Mundial de Saúde:* Guia de Estudos. Sinus 2014. p. 2. Disponível em: [http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf]. Acesso em: 21.01.2018.

políticas e, consequentemente, econômicas nesta transformação. A partir do final da década de 1970, percebe-se os primeiros movimentos em torno desses avanços, mas não podemos deixar de considerar o cenário vivenciado durante o, longo, regime militar.

O Golpe Militar foi marcado politicamente pela entrada dos militares no poder, inaugurando um momento de extremo regime de exceção.[13] Tal regime impactou no cenário social com uma considerável desarticulação social e na economia com a abertura do mercado externo e escasso investimento em políticas públicas. Nesta seara, segundo Paiva, a saúde era pensada por dois primas: medicina preventiva para as camadas mais pobres e para os moradores de zonas rurais e medicina previdenciária de caráter individual destinada aos

13. No final de março de 1964, civis e militares se uniram para derrubar o presidente João Goulart, dando um golpe de Estado tramado dentro e fora do país. Na verdade, esta aliança golpista vinha de muito antes, sendo uma das responsáveis pela crise política que culminou no suicídio de Getúlio Vargas em 1954. No poder desde 1961, Jango enfrentou crises políticas a partir de sua conturbada posse, e prometia reformas sociais, econômicas e políticas que deveriam tornar o Brasil um país menos desigual e mais democrático. Mas a direita não via a coisa desta maneira. Jango era visto como amigo dos comunistas, incompetente em questões administrativas, irresponsável como homem político que incrementava a subversão, enfim, um populista que prometia mais do que poderia dar às classes populares. A esquerda, que até esperava o golpe contra as reformas, não conseguiu se articular e reagir, experimentando uma de suas maiores derrotas políticas na história do Brasil. A subida dos militares ao poder mudaria para sempre a história brasileira, além de ter fornecido um novo modelo de golpe e de regime político para vários países latino-americanos. O caminho da modernização, doravante, não passaria mais pelas reformas sociais para distribuir renda ou pela ampliação da democracia participativa e eleitoral, mas por "segurança e desenvolvimento" a todo custo. Vinte anos depois, em 1985, os militares saíram do poder, de forma negociada, mas, de qualquer modo, enfrentando uma grande oposição em vários setores sociais, incluindo-se aí os segmentos liberais que saudaram o golpe de 1964. Entre uma e outra data, 1964 e 1985, o Brasil passou por um turbilhão de acontecimentos que, em grande parte, nos definem até hoje e ainda provocam muito debate. A economia cresceu, alçando o país ao oitavo PIB mundial. Mas, igualmente, cresceram a desigualdade e a violência social, alimentadas em boa parte pela violência do Estado. A vida cultural passou por um processo de mercantilização, o que não impediu o florescimento de uma rica cultura de esquerda, crítica ao regime. Os movimentos sociais, vigiados e reprimidos conforme a lógica da "segurança nacional", não desapareceram. Muito pelo contrário, tornaram-se mais diversos e complexos, expressão de uma sociedade que não ficou completamente passiva diante do autoritarismo. NAPOLITANO, Marcos. *1964*: história do regime militar brasileiro. São Paulo: Editora Contexto, 2014. p. 7.

trabalhadores formais, os convênios com cooperativas de médicos.[14] O Ministério da Saúde, contudo, tinha suas ações bastante restritas, sofrendo consideráveis cortes orçamentários.

A entrada significativa de capital estrangeiro, a escassez de investimentos em políticas públicas, num primeiro momento, e, posteriormente, uma grave crise financeira mundial rompendo com essa entrada de recursos, tornaram-se os ingredientes para as primeiras movimentações sociais de insatisfação com o modelo vigente.

Especificamente no campo da saúde, o insuficiente investimento reverberou na disseminação de várias doenças, sobretudo aquelas vinculadas as baixas condições de saneamento básico, como verminoses e cólera, entre outras. Inicia-se um grande movimento encabeçado por sanitaristas brasileiros em torno das questões envolvendo críticas às intervenções, com ênfase na medicina curativa hospitalar orientada pela doença, pautando a necessidade de uma agenda institucional em torno das abordagens integrais, considerando o sujeito no âmago de seu contexto.

O Ministério da Saúde, então, volta a localizar várias possíveis ações em seu escopo, sendo instituído por lei o Sistema Nacional de Saúde (Lei 6.229, de 15 de julho de 1975)[15]. Sua principal inovação foi a separação entre as competências do Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social. No que cabe à pasta da saúde, ficaria o Ministério com a função de avaliar o estado sanitário da população; elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; além de coordenar a ação de vigilância epidemiológica em todo o território nacional, entre outras funções. Encontra-se também no escopo da referida Lei a gênese do, futuro, Sistema Único de Saúde (SUS), qual seja, a sintonia entre formação dos recursos humanos atuantes na saúde e a formação de um sistema que considerava a atenção à saúde da população.

Avançando nessa contextualização, movimentada a partir das transformações mencionadas e encabeçada por profissionais de saúde com ideais

14. PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan.-mar. 2014. p. 15-35. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf]. Acesso em: 27.09.2017.

15. BRASIL. *Lei 6.229*, de 15 de julho de 1975. Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde. Disponível em: [https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128430/lei-6229-75]. Acesso em: 27.09.2017.

progressistas e de oposição ao regime autoritário, o sistema de saúde em nosso país vai ganhando mudanças progressivas. Entre elas, cabe mencionar o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, ambos, com suas perspectivas de uma interiorização do sistema de saúde, levando-a às camadas mais desfavorecidas e rurais, o foco aos cuidados primários, além de apoiar a estruturação de recursos humanos nas secretarias estaduais de saúde, fizeram com que aproximássemos do modelo preconizado pela OMS.

Tal movimento, conhecido como reforma sanitarista, ganha ainda mais robustez com a criação, em 1976, da Cebes[16] (grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo) e, em 1979, da Abrasco[17] (organização dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva). Ainda, em 1979, é realizado o primeiro Simpósio Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, tendo como princípios centrais:

> [...] o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública (CEBES).[18]

Os princípios centrais apresentados pelo Simpósio foram ainda mais amplamente discutidos na oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, que foi um dos pontos de partida para a universalização do acesso à saúde posteriormente garantida pela Constituição de 1988. No processo de redemocratização do País, a partir da posse de José Sarney, em 1985, a

16. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Trata-se de uma entidade nacional, criada em 1976, cuja missão é a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em especial o direito universal à saúde.

17. Associação Brasileira de Pesquisa Coletiva. A Abrasco foi criada com o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva para fortalecimento mútuo das entidades associadas e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, as organizações governamentais e não governamentais e a sociedade civil. Sua forte participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986, estabeleceu sua postura intransigente de defesa da proposta ali consagrada do Sistema Único de Saúde – SUS, aprovada na Constituição de 1988.

18. CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A questão democrática na área de saúde. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 9. Disponível em: [http://cebes.org.br/2015/10/a-questao-democratica-na-area-da-saude]. Acesso em: 20.02.2018.

mobilização social em torno das questões de saúde já era bastante vigorosa. O Estado, tornando-se o principal agente de transformação social, passa a pautar as políticas públicas como aquelas que visem ao estado de bem-estar social.

Dessa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei Orgânica da Saúde (1990)[19] têm como princípios fundamentais a equidade, a integralidade e a universalidade. Tendo em vista a perspectiva do Estado em efetivar políticas públicas que contemplassem o bem-estar social, além do conceito de saúde preconizado pela OMS, entende-se, hoje em nosso País, que, ao se levar em conta o estado de saúde de um sujeito, há que se considerar seu bem-estar biopsicossocial.

Nesse sentido, após os avanços conquistados ao longo da história, gozar de saúde compreende sim a ausência de doença, biologicamente falando, mas vai mais além, há que se considerar a saúde mental dos sujeitos, bem como as condições sociais nas quais ele está inserido. Tal perspectiva pretende considerar a impossibilidade de fragmentar o sujeito, como outrora, a partir de todo o seu contexto, de toda a sua história, de seu ambiente, à medida que esses fatores reverberam em todos os campos de sua vida, como num ciclo de retroalimentação.

No próximo tópico será abordada a convocação que tem sido feita aos diversos saberes na busca por desvendar essa complexidade humana. Dentro da temática apresentada neste artigo, sustenta-se que a medicina, bem como qualquer outra ciência, sozinha, não mais consegue dizer desses sujeitos multifacetados.

3. Inter, multi e transdisciplinaridade: a complexidade da condição humana

Inicia-se a reflexão em torno da importância do diálogo de saberes, proposto pela inter, multi e transdisciplinaridade, frente à complexidade da condição humana apresentando a origem etiológica do termo "complexo". "Complexo", segundo a etimologia, tem raiz no latim da palavra "complexus", "o que rodeia, o que inclui", particípio passado de *complecti*, "rodear, abraçar", formado por *com-*, "junto", mais *plectere*, "tecer, entrelaçar"[20].

19. BRASIL. *Lei 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm]. Acesso em: 02.10.2017.

20. ORIGEM DA PALAVRA – Site de Etimologia. *Complexo e plexo*. Disponível em: [http://origemdapalavra.com.br/site/palavras/complexo/]. Acesso em: 06.10.2017.

A condição humana, portanto, traz uma série de entrelaçamentos, de inclusões, próprias da história da existência da humanidade. Conflitos e avanços marcam a história da evolução. A espécie humana é marcada por uma série de mudanças e, neste sentido, sobretudo mediante a apresentação do tópico anterior, pode-se afirmar que essa transformação se dá tanto no plano biológico, quanto no psíquico e no social.

Aproximar de uma compreensão do entrelaçamento (*complexus*) deste tecido da condição humana ao longo de sua evolução, exige avançar também no entrelaçamento de saberes. Neste sentido, Morin afirma:

> [...] vemos que para compreender a complexidade humana, ou seja, todos os diferentes aspectos da realidade humana, não devemos apenas colocá-los lado a lado, como peças isoladas de um "quebra-cabeça", mas precisamos saber juntá-los.[21]

O avanço científico aqui defendido representa a ruptura com o paradigma cartesiano, o modelo de ciência clássica até então adotado. Nesta perspectiva, só era possível, de fato, conhecer um objeto mediante uma etapa inicial de fragmentação, ou seja, a redução de tal objeto em partes menores que permitissem uma melhor compreensão do mesmo. A partir do século XX, mediante a complexidade da variedade de disciplinas, produzindo objetos novos, este modelo torna-se alvo de graves críticas, uma vez que a soma das partes não consegue dizer da complexidade de um todo. A, até então, valorizada fragmentação cede lugar à integração dos elementos que a constitui. Almeida Filho[22] auxilia nesta compreensão: "é necessário abrir a ciência a questionamentos em um nível mais fundamental, sob pena de terem suas disciplinas transformadas em mero repertório de técnicas e procedimentos desde já superados".

As perspectivas de interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade e suas possibilidades de junção desse complexo "quebra-cabeça", parafraseando Morin, tornam-se, então, fundamentais para o diálogo de saberes proposto pela ciência moderna.

---

21. MORIN, E. Desafios da transdiciplinaridade e da complexidade. In: AUDY, J. L. N; MOROSINI, M. C. (Org.). *Inovação e Interdisciplinaridade na Universidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. p. 24.
22. ALMEIDA FILHO, N. de. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 3, p. 33, set.-dez. 2005. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n3/04.pdf]. Acesso em: 15.10.2017.

Silva ajuda na reflexão:

> As palavras importam muito e, ao mesmo tempo, pouco. No caso de multi, inter e transdisciplinaridade, cada um desses termos tem uma contribuição a dar, mas nenhum se basta. O importante mesmo é a atitude epistemológica. A interdisciplinaridade junta disciplinas diferentes; a multidisciplinaridade, articula-as; só a transdisciplinaridade, porém, supera a particularidade, conjuga os saberes e faz com que aportes diferentes trabalhem por um mesmo fim.[23]

A partir da citação apresentada, torna-se possível problematizar que a transdisciplinaridade tem por função agregar a inter e a multidisciplinaridade. Neste sentido, na inter e na multidisciplinaridade as disciplinas permanecem as mesmas, mantendo-se em seus conceitos, apenas buscando as possibilidades de diálogo, a partir de suas particularidades, com as demais disciplinas. Ou seja, a aplicação de determinados conceitos de uma disciplina em outra. Já a transdisciplinaridade tem por perspectiva a conjugação de saberes, necessitando assim que haja uma transformação conceitual das disciplinas em busca de soluções para um único problema a ser enfrentado. Assim sendo, pode-se incorrer na afirmação, a partir das reflexões até aqui transcorridas, frente a complexidade da condição humana e da multiplicidade de ciências que buscam lançar luz sobre tal complexidade, a transdisciplinaridade alcança terrenos mais férteis.

Corroborando neste sentido, Flickinger sugere:

> [...] está se intensificando o debate em torno da possível reconstrução de pontes entre as disciplinas, o intuito de fazer jus à complexidade crescente dos problemas que se nos colocam e que uma só expectativa de questionamento não consegue mais abarcar. Sem dúvida, é este o enfoque principal que está sendo visado na busca por modelos novos de cooperação e diálogo científicos; modelos que receberam a denominação de "interdisciplinaridade", "transdisciplinaridade" ou "multidisciplinaridade".[24]

Retornando ao cerne deste artigo, conclui-se com este tópico que qualquer que seja a proposta de resposta una ao se levar em conta a complexidade da condição humana, indica para um grave erro técnico e epistemológico no

23. SILVA, J. M. da. Inter, multi ou transdisciplinaridade, uma questão de comunicação. In: AUDY, J. L. N; MOROSINI, M. C. (Org.). *Inovação e Interdisciplinaridade na Universidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. p. 33.

24. FLICKINGER, H-G. O fundamento hermenêutico da interdisciplinaridade. In: AUDY, J. L. N; MOROSINI, M. C. (Org.). *Inovação e Interdisciplinaridade na Universidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. p. 124.

contexto da ciência moderna. Impossível se falar hoje em uma ciência que, em sua singularidade, dê conta de trazer o ser humano em suas múltiplas facetas, fixadas num tecido biopsicossocial. Mais do que se abrir a novas/outras disciplinas, a possibilidade de conjugação de saberes permite consideráveis avanços nas especificidades de cada ciência, na transformação de seus conceitos. Neste sentido, o progresso científico convoca, cada uma das ciências, a abrir mão de pressupostos teórico-práticos, a romper com o desafio de renunciar às certezas previamente estabelecidas em nome de um novo saber que será produzido a partir de cada encontro dessa diversidade científica, de legitimidade do olhar do outro, sobretudo, abrir-se a tal possibilidade permeia abrir-se a uma postura ética de reconhecimento de outros caminhos e de responsabilidades mútuas.

No próximo tópico, buscar-se-á introduzir a psicanálise nessas possibilidades de conjugação de saberes no processo de escuta para a confecção do exame pericial de incidente de insanidade mental.

4. A escuta do paciente judiciário: dando lugar à palavra

Os entraves da questão da saúde mental e seus desdobramentos no direito penal sempre foram ponto de problematização para as ciências. Cesare Lombroso, psiquiatra e criminólogo, a quem foi creditada a criação da antropologia criminal, muito se debruçou sobre a interpretação e investigação científica em torno das questões da criminologia positiva. Nesta seara, as tentativas de compreensão da sanidade mental de um sujeito, quando do cometimento de um ato criminoso, tangenciaram (e ainda hoje tangenciam) diálogos acalorados entre juristas e médicos.

A discussão da loucura, pelo ponto de vista das ciências positivas, sustentadas pelo determinismo das ciências exatas e, neste sentido, pela busca das características que indicassem traços de loucura nos sujeitos, acabou por transformar o direito penal num "grande direito sanitário", como afirma Jacobina[25], em que o foco principal era a periculosidade em detrimento à culpabilidade. Várias foram as estratégias científicas traçadas na busca por antever o ato criminoso mediante hipotéticas características que indicavam a periculosidade do indivíduo, exemplo disso são as teorias sustentadas pelo próprio Lombroso, a partir dos estudos comparativo dos crânios de criminosos.

25. JACOBINA, P. V. Direito Penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. *Revista de Direito Sanitário*, v. 5, n. 1, março de 2004. Disponível em: [www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Direito_penal_da_loucura_medida_de_seguran%C3%A7a_e_reforma_psiqui%C3%A1trica1.pdf]. Acesso em: 16.11.2017.

Foi com a Reforma Psiquiátrica que tais caminhos começam a ganhar novo traçado no cenário brasileiro. Baseado em modelos internacionais de tratamento e acompanhamento do portador de sofrimento mental, cujo principal orientador era a noção de cidadania resguardada ao paciente, sobretudo judiciário, pode-se enumerar, como afirma Jacobina, como principais enunciados da Reforma Psiquiátrica:

> a) abordagem interdisciplinar da saúde mental, sem prevalência de um profissional sobre o outro; b) negativa do caráter terapêutico do internamento; c) respeito pleno da especificidade do paciente, e da natureza plenamente humana de sua psicose; d) discussão do conceito de "cura" não mais como "devolução" ao paciente de uma sanidade perdida, mas como trabalho permanente de construção de um "sujeito"(eu) ali onde parecer existir apenas um "objeto" de intervenção terapêutica(isso); e) a denúncia das estruturas tradicionais como estruturas de repressão e exclusão; f) a não-neutralidade da ciência; g) o reconhecimento da inter-relação estreita entre as estruturas psiquiátricas tradicionais e o aparato jurídico-policial[26].

A partir de tais enunciados, a relação do direito penal com o portador de sofrimento mental também começa a tentar se desvencilhar de antigas amarras. Não podemos desconsiderar aqui os avanços buscados no próprio aparato jurídico legal, sobretudo ao princípio da dignidade da pessoa humana presente na Constituição Federal de 1988 e, consequentemente, da aprovação da Lei 13.146, que estabeleceu o Estatuto das Pessoas com Deficiência no Brasil, também conhecida como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, que foi tão amplamente discutida na introdução deste trabalho.

Fato é que ainda hoje há, na contramão de tais perspectivas que dão novos ares à questão do paciente judiciário, uma não total ruptura com o modelo tradicional de compreensão da loucura e seus desdobramentos quando do cometimento do ato criminoso. Exemplo disso é a manutenção do modelo biomédico no exame pericial de incidente de insanidade mental.

Contrario sensu ao modelo tradicional e, corroborando com a almejada ruptura, pode-se elencar a psicanálise como oferta de escuta a esse paciente judiciário e de possibilidade de dar lugar à sua palavra, à sua verdade, permitindo, mais do que localizar sua periculosidade e sua culpa, sua responsabilização frente o ato cometido, como bem nos adverte Gallo[27]:

26. Ibidem.

27. GALLO, Hector. A Psicanálise diante de um crime: um método. In: GUERRA, A. M. C. et al. (Org.). *A criminologia em questão*: Direito e Psicanálise III. Belo Horizonte: Scriptum, 2017. p. 51.

> A psicanálise [...] tem se posicionado frente ao crime e ao delito, de um lugar oposto da biologização das condutas criminais, das concepções genéticas e neurológicas, dos discursos morais, e das explicações sociológicas e culturalistas. Do ponto de vista da subjetividade, a distância que separa o crime do que não é, é menor do que se supõe.

É possível concluir, até aqui, o quão superficial e incompleta é a abordagem do exame pericial de incidente de insanidade mental quando elaborado à luz dos conceitos de uma única ciência, qualquer que seja ela. Porém, quando essa convocação é dada à Psicanálise, talvez o cenário seja ainda mais árido se olhado pelo prisma do modelo tradicional proposto e, ainda hoje, sustentado pelo direito penal.

Por ter como ponto de análise a subjetividade de cada sujeito, como dito anteriormente, à sua verdade, a Psicanálise opera no sentido oposto à objetividade positivista que parece tão importante ao discurso jurídico. Não se trata de abrandar as implicações de cada sujeito frente ao ato cometido. Trata-se sim de identificar com rigor a fundamentação subjetiva de cada sujeito e de seu ato criminoso mediante a condição inerente de mal-estar na civilização, parafraseando Freud[28], mal-estar aqui refere-se à condição inerente do homem ao abrir mão de algumas de suas pulsões para que seja possível a vida em sociedade.

Ainda que a estrada seja tortuosa, não é possível à Psicanálise se eximir deste lugar de indagação quanto à garantia da escuta qualificada do paciente judiciário, quer seja quando da realização do exame pericial de incidente de insanidade mental, como também em qualquer momento que lhe for impetrado este lugar, bem como sustentando a importância quanto à formação multidisciplinar nesta seara. À Psicanálise cabe promover e contribuir com a ruptura à condição de objeto tão comum ao portador de sofrimento mental, sobretudo quando este se encontra com o direito penal a partir do cometimento de um ato criminoso.

Assim, como afirma Barros-Brisset, idealizadora do Programa de Atenção Integral a Paciente Judiciário (PAI-PJ) do Tribunal de Justiça de Minas Gerais:

> [...] não é levada em consideração a responsabilidade daquele que por vezes enlouquece; sua voz e sua palavra estarão ausentes do processo: expertos falam em seu lugar. Reduzido à condição de objeto, e como tal, o corpo desses indivíduos tem por destino a clausura nos manicômios judiciários até que cesse a presunção de sua periculosidade. Presunção diz respeito à suposição

28. FREUD, S. *O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

> do perito (*leia-se do médico, unicamente*) sobre sua capacidade de convivência em sociedade. Perito em "comportamento humano" presume o futuro dessas pessoas, com base em seu suposto saber científico. (grifo nosso).[29]

Em suma, neste cenário de total deslegitimação da condição de responsável por seu ato ao paciente judiciário, vislumbra-se, na sustentação da composição de equipe multidisciplinar quando da realização do exame pericial de incidente de insanidade mental, uma estratégia de redução de danos ao enfadonho destino prognosticado ao paciente judiciário.

5. Considerações finais

Como se pode perceber, portanto, a correta verificação da capacidade mental do sujeito passivo é vital para a sorte do processo penal, assim como para a aplicação de eventual sanção penal, constituindo-se o incidente de insanidade mental em verdadeiro instrumento de garantia ao investigado/acusado. Afinal, a redução da reprimenda penal ou prolação da sentença absolutória imprópria, com aplicação de medida de segurança, levará em conta justamente o parecer técnico colhido em tal exame pericial.

Sendo assim, deve-se buscar que o trabalho pericial, desenvolvido para esse fim, seja o mais completo possível. Não se pode negar que a conjugação de esforços de uma equipe multiprofissional tenha muito mais chance de auferir algo mais próximo da correta avaliação da capacidade mental do examinado do que apenas o parecer de um perito oficial, por mais preparado que este o seja. É a materialização do adágio popular "duas cabeças pensam melhor do que uma".

Ratificando esse entendimento, o próprio Código de Processo Penal faculta, no artigo 159, § 7º, a possibilidade de nomeação de mais de um perito oficial quando se tratar de perícia complexa que abranja mais de uma área de conhecimento especializado.

Aliás, a adoção do mesmo critério de exame, em matéria processual penal, daquele utilizado na esfera cível busca justamente potencializar as garantias do sujeito passivo. Afinal, parece no mínimo desarrazoado que uma decisão judicial apta a interferir na própria liberdade do sujeito, seja lastreada em perícia muito mais singela do que aquela empregada para definir questões da sua vida cível.

29. BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. O impronunciável. In: GUERRA, A. M. C. et al. (Org.). *A criminologia em questão*: Direito e Psicanálise III. Belo Horizonte: Scriptum, 2017. p. 107.

E sequer se poderia utilizar a avaliação realizada, nos moldes do Estatuto da Pessoa com Deficiência, em lides estranhas ao processo penal sob a condição de prova emprestada. Isto porque eventuais perícias cíveis, ou até mesmo interdição cível, não têm o condão de substituir a instauração do incidente de insanidade mental, que é obrigatório, sendo apenas elementos circunstanciais levados em consideração para a avaliação da capacidade mental do agente para fins penais[30].

De outro lado, quanto ao argumento sempre utilizado pelo Poder Público para deixar de implementar direitos legalmente previstos, consistente na falta de recursos humanos especializados nos órgãos incumbidos de tal finalidade, parece ter sido tal tentativa de justificação prevista e refutada de antemão pelo legislador que, como já citado, no artigo 79, § 1º, da Lei 13.146/2015, ordena o aperfeiçoamento dos componentes dos órgãos participantes do Sistema de Justiça Criminal, entre eles as polícias judiciárias, para assegurar os direitos da pessoa com deficiência.

Ora, parece evidente o interesse da pessoa com deficiência justamente na aplicação de uma sanção penal compatível com seu estado mental, seja no momento da ação, seja durante o cumprimento da medida penalizadora.

Aliás, quanto à possibilidade do surgimento de uma doença mental até então inexistente durante o cumprimento da sanção penal, o exame multiprofissional parece ganhar ainda mais pertinência. Como é notório, o sistema carcerário brasileiro há muito não apresenta condições salubres para que o apenado cumpra com dignidade a reprimenda que lhe fora imposta. Nesse contexto, um exame pericial que leve em conta tanto a higidez mental do periciado, quanto o ambiente ao qual ele está submetido, e a eventual potencialização que tal contexto gere em sua psiquê parece vital para uma eficaz avaliação.

Portanto, após o implemento do Estatuto da Pessoa com Deficiência no ordenamento jurídico, entende-se que a avaliação da capacidade mental do sujeito passivo da investigação criminal ou processo penal, atualmente realizada através do Incidente de Insanidade Mental previsto no Código de Processo Penal e desenvolvida na larga maioria dos casos por um único perito oficial (médico legista), possa ser complementada pelo exame biopsicossocial e multiprofissional proposto pela nova Lei protetiva. Tal medida tem por finalidade enriquecer a avaliação pericial com saberes de outras áreas do conhecimento e dessa forma alcançar um resultado conclusivo que respeite ao máximo

30. TÁVORA, Nestor; ALENCAR, Rosmar Rodrigues. *Curso de direito processo penal*. 12. ed. rev. e atual. Salvador: Juspodivm, 2017. p. 581.

os direitos do examinado e sirva de base sólida para a aferição da culpabilidade do agente. Considera-se, portanto, que, ao dar voz a esses sujeitos, logra-se êxito em todas as etapas do processo penal, bem como na garantia do princípio da dignidade da pessoa humana.

6. Referências bibliográficas

ALMEIDA FILHO, N. de. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 3, p. 30-50, set.-dez. 2005. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n3/04.pdf]. Acesso em: 15.10.2017.

ASSIS NETO, Sebastião de; JESUS, Marcelo de; MELO, Maria Izabel de. *Manual de Direito Civil*. 6. ed. rev., ampl. e atual. Salvador: JusPodivm, 2017.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. O impronunciável. In: GUERRA, A. M. C. et al. (Org.). *A criminologia em questão*: Direito e Psicanálise III. Belo Horizonte: Scriptum, 2017.

BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de Direito Penal*: parte geral. 11. ed. atual. São Paulo: Saraiva, 2007. v. 1.

DIAS, Gustavo Nobre et al. *Organização Mundial de Saúde*: Guia de Estudos. Sinus 2014. p. 2. Disponível em: [http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf]. Acesso em: 21.01.2018.

FARIAS, Cristiano Chaves de; CUNHA, Rogério Sanches; PINTO, Ronaldo Batista. *Estatuto da Pessoa com Deficiência Comentado artigo por artigo*. 2. ed. rev., ampl. e atual. Salvador: JusPodivm, 2016.

FLICKINGER, H-G. O fundamento hermenêutico da interdisciplinaridade. In: AUDY, J. L. N; MOROSINI, M. C. (Org.). *Inovação e Interdisciplinaridade na Universidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

FREUD, S. *O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

GALLO, Hector. A Psicanálise diante de um crime: um método. In: GUERRA, A. M. C. et al. (Org.). *A criminologia em questão*: Direito e Psicanálise III. Belo Horizonte: Scriptum, 2017.

JACOBINA, P. V. *Direito Penal da loucura*: medida de segurança e reforma psiquiátrica. Brasília: ESMPU, 2008.

LIMA. Renato Brasileiro de. *Código de Processo Penal comentado*. 2. ed. rev. e atual. Salvador: Juspodivm, 2017.

LUCCHESI, Guilherme Brenner; XAVIER, Luciana Pedroso. *O Estatuto das Pessoas com Deficiência e sua Repercussão no Direito Penal*. Disponível em: [www.gazetadopovo.com.br/vida-publica/justica-e-direito/artigos/o-estatuto-da-pessoa-com-deficiencia-e-suas-repercussoes-no-direito-penal-1yksix4ech3zrrc1t9a8zptiy], em 17.03. 2016. Acesso em: 25.09.2017.

MORIN, E. Desafios da transdiciplinaridade e da complexidade. In: AUDY, J. L. N; MOROSINI, M. C. (Org.). *Inovação e Interdisciplinaridade na Universidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

NAPOLITANO, Marcos. *1964*: história do regime militar brasileiro. São Paulo: Editora Contexto, 2014.

ORIGEM DA PALAVRA – Site de Etimologia. *Complexo e plexo*. Disponível em: [http://origemdapalavra.com.br/site/palavras/complexo/]. Acesso em: 06.10.2017.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan.-mar. 2014. p. 15-35. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf]. Acesso em: 27.09.2017.

ROSA, Alexandre Morais da; LUZ, Juliana Hermes. *A luta pelo reconhecimento dos Direitos da Pessoa com Deficiência no Brasil*. Disponível em: [http://emporiododireito.com.br/direitos-da-pessoa-com-deficiencia/], de 22.07.2016. Acesso em: 25.07.2017.

SILVA, J. M. da. Inter, multi ou transdisciplinaridade, uma questão de comunicação. In: AUDY, J. L. N; MOROSINI, M. C. (Org.). *Inovação e Interdisciplinaridade na Universidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

TÁVORA, Nestor; ALENCAR, Rosmar Rodrigues. *Curso de direito processo penal*. 12. ed. rev. e atual. Salvador: JusPodivm, 2017.

Pesquisas do Editorial

Veja também Doutrina

- As consequências materiais e processuais da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência e o papel da Defensoria Pública na assistência jurídica das pessoas com deficiência, de Diogo Esteves, Elisa Costa Cruz e Franklyn Roger Alves Silva – *RePro* 258/281-314 (DTR\2016\22285); e
- Dos direitos das pessoas com deficiência: um passar de olhos pelos diversos ramos do direito na construção de um plexo normativo, de Rocco Antonio Rangel Rosso Nelson, Eliton de Souza Costa e Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson – *RDCI* 100/187-218 (DTR\2017\692).

Crítica da nova etiqueta neurocriminológica de perigoso nato

Critic of the new neurocriminological label of born dangerous

Maria João Carvalho Vaz

Doutoranda em Ciências Jurídico-Criminais na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Especialização em curso em Direito Penal Económico, Internacional e Europeu, pelo Instituto de Direito Penal Económico Europeu. Licenciada e Mestre em Ciências Jurídico-Criminais pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.
maria-vaz100@hotmail.com

Recebido em: 25.01.2018
Aprovado em: 12.03.2018
Última versão do (a) autor (a): 14.03.2018

Área do Direito: Penal

Resumo: Desde o início do século XXI que se assiste a um aumento do estudo das neurociências, desenvolvendo-se relações entre aquele ramo das ciências exatas e o estudo das determinações do indivíduo ao crime: um retorno, sob um novo viés, às teorias etiológico-explicativas centradas no sujeito. Temos, com o presente artigo, a pretensão de apontar os perigos de uma aceitação ilimitada dos novos estudos neurocriminológicos pelas ciências criminais, designadamente a possibilidade de, com isso, se criar um novo rótulo de "perigoso nato" antes mesmo de o sujeito praticar ou sequer equacionar a prática de um crime previamente previsto por uma norma incriminadora. Pretendemos explanar as debilidades do neurodeterminismo mais radical, bem como demonstrar que esse pensamento – aliado à prevenção da perigosidade ancorada em ideias de defesa social – origina a neutralização de alvos preferenciais, coloca em causa o direito penal do facto e gera desigualdade na justiça penal, com

Abstract: Since the beginning of the twenty-first century we have seen an increase in the study of neurosciences, developing relations between that branch of the exact sciences and the study of the individual determinations toward crime: a return, under a new bias, to etiological explanatory theories centered in the individual. In this article we have the intention of pointing out the dangers of an unlimited acceptance of the new neurocriminological studies by the criminal sciences, namely the possibility of creating a new label of "born dangerous" even before the subject practices or even consider the practice of a crime previously foreseen by an incriminating norm. We intend to explain the weaknesses of the most radical neurodeterminism, as well as to demonstrate that this thought – with the prevention of danger anchored in ideas of social defense – leads to the neutralization of preferential targets and generates inequality in criminal justice, based on abstract ideas (and not necessarily

base em padrões e conceitos abstratos (e não necessariamente verificáveis em concreto), tendo como pano de fundo meros juízos de prognose comportamental e técnicas de diagnóstico falíveis, que se apresentam ineficazes quanto ao seu propósito: não evitam a reincidência.

Palavras-chave: Neurocriminologia – Perigosidade – Medidas de segurança – Genómica – Psicologia comportamental – Filosofia da mente.

verifiable in concrete), with a backdrop of mere behavioral prognosis judgments and failure diagnostic techniques that are ineffective in their purpose: they do not prevent recidivism.

Keywords: Neurocriminology – Individual etiology – Danger – Security measures – Genomics – Behavioral psychology – Philosophy of mind.

Sumário: 1. A primeira etiologia individual. 1.1. As críticas à criminologia positivista. 2. A neurocriminologia. 3. A perigosidade. 3.1. Os novos diagnósticos de perigosidade. 4. A crítica que se insurge necessária. 5. Considerações finais. 6. Referências bibliográficas.

1. A primeira etiologia individual

Entre finais do século XIX e inícios do século XX – por influência do positivismo de Comte – assistimos ao surgimento de novas ciências, entre as quais a Criminologia[1]. Influenciada pela antropologia, a biologia e pela psicologia, a Criminologia germina com as chamadas teorias bioantropológicas. Por outras palavras: era como se a origem do crime se encontrasse nas características biológicas que inclinariam o homem, incontrolavelmente, à prática de fenómenos criminógenos. Era como se o crime fosse algo que "*acontece ao homem*"[2]. Nas tendências bioantropológicas enquadrar-se-iam causas: "constitucionais" (alterações que o corpo assimilou pela experiência de vida); "congénitas" (características adquiridas no útero); "inatas" (constantes ou mutadas nos genes); "hereditárias" (características assimiladas a partir dos progenitores)[3].

Muito embora conste que existissem, desde o século XVII, frenologistas e fisionomistas, apenas no século XIX as teorias bioantropológicas começaram a relevar na explicação dos fenómenos crimonógenos. Da antropologia criminal coube destaque para Cesare Lombroso e para a sua obra "O homem delinquente", em que tenta explicar como seria o criminoso nato – um ser

1. Para mais sobre a história da criminologia, bem como da sua passagem de uma fase pré-científica a uma fase científica: MOLINA, Antonio Garcia-Pablos de. *Tratado de criminologia*. 5. ed. Madrid: Tirant Lo Blanch, 2014 (segunda parte).
2. Cfr. DIAS, Jorge de Figueiredo; ANDRADE, Manuel da Costa. *Criminologia:* o homem delinquente e a sociedade criminógena. Coimbra: Coimbra Editora, 2011. p. 171.
3. Ibidem, p. 170.

atávico[4]. De acordo com as observações e catalogações de Lombroso, o criminoso nato seria aferível através de medições do crânio, características da mandíbula ou formato das sobrancelhas. Aquele autor estabeleceu, ainda, relações entre a inscrição de tatuagens no corpo e a tendência ao crime, bem como a insensibilidade à dor, o egoísmo, o cinismo, a capacidade de premeditação, a vaidade, a falta de senso moral ou a impulsividade[5]. Destarte, o crime tendia a ser visto como uma patologia: uma patologia suscetível de tratamento ou intratável. Neste último caso, o indivíduo padeceria de uma perigosidade endógena intratável que tanto o determinaria à prática do crime como constituiria a causa de uma reincidência certa.

Nesse sentido, esta microcriminologia aproximou os conceitos de crime e de doença, dentre as quais a psiquiátrica: qualquer indivíduo que não se encaixasse nos parâmetros de normalidade e fosse imprevisível nos seus atos (ainda que totalmente inofensivos) poderia ser vislumbrado como criminoso em potencial. Foram, desse modo, estabelecidos os pilares da chamada criminologia clínica. Benigno di Tullio defendeu essa criminologia clínica deveria estudar todas as causas patológicas na personalidade do indivíduo, para que possa ser desenvolvido um tratamento adequado. Manzanera – discípulo mexicano de Di Tullio – afirmou que, graças ao seu mestre, a criminologia se voltou para a perceção do indivíduo como um ser biopsicossocial. A Di Tullio juntaram-se nomes como Etienne de greff – considerado o pai da psicologia criminal –, Jean Pinaltel ou Stephan Herwitz.[6]

Assim, esta criminologia voltou-se para a perigosidade endógena e acabou por legitimar cientificamente atrocidades segregatórias. A exclusão social dos "loucos" já havia sido iniciada no século XVIII sob as vestes de tratamento médico, em instituições privativas da liberdade[7]. Passando pela explicação da história da loucura com Foucault – com a perceção do papel dos *Hôpitaux Genereaux* – os loucos eram segregados no mesmo local que os desvalidos, os doentes e os pobres[8].

4. LOMBROSO, Cesare. *L"uomo delinquente*: in rapporto all"antropologia, alla giurisprudenza ed alla psichyatria. 5. ed. Milano: Torino Fratelli Bocca Editori, 1897.
5. DALBRENTA, Daniele Velo. Search of lombrosian type of delinquent. *The Cesare Lombroso Handbook*, London, 2013. p. 214-225.
6. HIKAL, Wael. Criminología psicoanalítica, conductual e del desarrollo. *Revista Científica Universidad Autónoma de Nuevo* Léon, v. XII, n. 2, marzo 2009.
7. RUSCHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto. *Punição e estrutura social*. Rio de Janeiro: Revan, 2004. p. 73 e ss.
8. FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l"âge classique*. Paris: Editions Gallimard, 1972. Sobre o nascimento do asilo e o papel dos Hôpitaux Genereaux, p. 505 e ss.

A loucura passou a categoria abstrata suscetível de abarcar qualquer personalidade díspar dos padrões sociais aceites, considerada, por isso, perigosa em razão da defesa social: o louco era, já, antes da antropologia criminal de Lombroso, vislumbrado como delinquente em potencial, devido à sua perigosidade. O tratamento passou a ser uma forma de controlo social, através da legitimação de medidas de segurança e, nesse sentido – nas palavras de Virgílio de Mattos –, *"a loucura torna-se mais uma questão de ordem pública do que propriamente de medicina"*[9].

Apesar terem sido alvo de duras críticas a partir da década de 60 do século XX, os estudos microcriminológicos persistiram até aos dias hodiernos em que ganha destaque esta nova neurocriminologia que nos propomos analisar no presente artigo.

1.1. As críticas à criminologia positivista

As teorias bioantropológicas e biopsicoanalíticas foram deixadas de lado pelo surgimento de teorias macrocriminológicas, como a teoria da ecologia criminal da Escola de Chicago, a teoria da anomia de Merton, a teoria da associação diferencial de Sutherland, ou a teoria das subculturas delinquentes de Cohen[10]. Essas teorias macrocriminológicas buscaram encontrar uma causa sociológica para o comportamento criminógeno, indo ao encontro das influências/determinações exógenas da conduta do indivíduo. Não obstante, as críticas mais sonantes surgiram apenas na segunda metade do século XX, com o abandono das teorias do consenso e o surgimento das teorias do conflito.

Todos os estudos criminológicos até à data contribuíram imenso para a sedimentação do pensamento criminológico e para a perceção daquilo que levaria o indivíduo a praticar uma conduta desviante. Contudo, chegou-se a um ponto na história em que a criminologia perdera o seu objeto. Perdera-o quando, analisando o crime sob uma perspetiva mais ampla e metodologicamente distinta das teorias anteriores, a criminologia se debruçou sobre evidências a que não se podiam fechar os olhos, como a seletividade da justiça penal, a constatação da existência de cifras negras e de alvos preferenciais pelos órgãos de polícia

9. Em um capítulo em que expõe, ironicamente, os *"cientistas cheios de boas intenções"*: MATTOS, Virgílio de. *Crime e psiquiatria*: uma saída. Preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2006. p. 55 e ss.

10. Para uma rápida explicação de todas essas teorias: SHECAIRA, Sérgio Salomão. *Criminologia*. 6. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

criminal, bem como a estigmatização e promoção de fenómenos de dupla vitimização pelas restantes instâncias formais de controlo.

A crítica volta-se para as instâncias formais de controlo e para a ideologia que alimenta as instituições estatais de poder, permitindo a sua manutenção de forma acrítica[11]. A crítica voltou-se para o lado oculto daquela primeira criminologia explicativa da etiologia individual e social: afinal, as instâncias de controlo, que deveriam fazer justiça, fazem-no de forma desigualitária; afinal, essas mesmas instâncias de controlo estigmatizam e criam fenómenos de dupla vitimização; afinal, a sociedade que quer ser protegida do crime, potencializa, pela exclusão, os comportamentos criminógenos[12]. Assim nasceram as teorias da reação social e "a nova criminologia" ou criminologia radical. Pelas alterações no método e no objeto de estudo, os defensores daquela primeira criminologia positivista apelidaram estas últimas de anti-criminologia.

A criminologia marxista ou radical – centrada na crítica do sistema de produção capitalista e nas suas implicações indiretas no sistema de justiça criminal – voltou-se para a criminalidade patrimonial e económica, negligenciando a existência/explicação de outros tipos de crimes, mas demonstrando empiricamente a desigualdade na Justiça Penal. O seu aprofundamento em países da América Latina – sobretudo devido a autores como Juarez Cirino dos Santos ou Lola Aniyar de Castro –, rendeu-lhe o apelido, por parte de autores dos movimentos que se seguiram, de Idealismo de Esquerda[13]. Apelido que lhes foi atribuído com base na interpretação literal de um em um artigo de Jock Young, de finais da década de 70, intitulado de *"Left Idealism and Beyond: from new criminology to marxism"*[14]. Nesse sentido, talvez este movimento da criminologia

11. Aqui com bastante influência da filosofia marxista sobre o pensamento criminológico. *Vide*: ALTHUSSER, Louis. *Idéologie et apareils idéologiques d"État*. Paris: Éditions Sociales, 1976. E, ainda, de forma mais objectiva no que tange ao controlo através da punição: FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir.* Trad. Ligia Vassalo. Petrópolis: Vozes, 1988.
12. ANDRADE, Vera Regina Pereira de. Do paradigma etiológico para o paradigma da reacção social: mudança e permanência de paradigmas criminológicos na ciência e no senso comum. *Revista Sequência*, v. 16, n. 30, 1995. p. 24-36.
13. Definição –título que também encontramos em Cláudia Cruz Santos quando se refere à ideologia de alguns criminólogos críticos da América Latina. Veja-se: SANTOS, Cláudia Maria Cruz. *O crime do colarinho branco*: (da origem do conceito e sua relevância criminológica à questão da desigualdade na administração da justiça penal). Coimbra: Coimbra Editora, 2001. p. 79 e ss.
14. YOUNG, Jock. Left idealism, reformism and beyond: fom new crimonology to marxism. *Capitalism and rule of law*: from deviancy theory to marxism. London: Hutchinson, 1979.

radical não tenha nada de idealista e assente puramente em uma análise marxista da realidade. Assim, a conotação de idealista não significa que seja irrealista, nefelibata ou utópica. Pelo contrário. Ganhou esse nome por verificar a realidade e não a aceitar como ela é, reivindicando mudanças sociais necessárias e possíveis[15]. Nesse sentido, o nome idealista nada tem a ver com teorias metafísicas que buscam criar um ideal de humanidade, mas, tão somente, um idealismo que corresponde a um esforço racional e teórico que possa permitir as mudanças sociais que proclamam necessárias, naquilo que não seria mais do que uma emancipação humana[16]. Assim, o nome "idealismo" serviu unicamente para criar o contraste com as tendências criminológicas que se seguiram, denominadas realistas de esquerda, que não se afastavam daquelas na análise, mas que apresentavam respostas distintas em termos de política criminal[17].

Esta criminologia radical encontra fundamento científico para as suas posições em obras clássicas de autores da Escola de Frankfurt – como Rusche e Kirchheimer –, e, sobretudo, no legado de Alessandro Baratta, pela sua crítica à criminologia positivista, à violência institucional da Justiça Penal e pela sua invocação de políticas criminais alternativas à pena privativa da liberdade[18]. Nesse sentido, aproximam-se do abolicionismo penal, que corroboram com a invocação de obras sonantes de abolicionistas europeus, como Nils Christie ou Louk Hulsman.

Perceber em que se fundamenta este último movimento criminológico é fundamental para perceber o porquê da análise crítica que dirigiremos às correntes da etiologia individual.

Em primeiro lugar, aquela criminologia utilizou-se da ciência para compreender o crime de uma forma redutora: procurar compreender o crime na ótica do indivíduo faz com que não entrem para o estudo as variáveis que não dependem de qualquer fator bioantropológico ou biopsíquicológico – as

15. Maxime com base em obras dos mencionados autores. Veja-se: SANTOS, Juarez Cirino dos. *A criminologia radical*. Curitiba: Lumen Juris, 2006. E ainda: CASTRO, Lola Aniyar de. *A criminologia da libertação*. Rio de Janeiro: Revan, 2005.

16. SCHULT-BOKHOLT, Alfredo. Latin American critical criminology. *Routledge Handbook of Critical Criminology*, London and New York, 2012. p. 75.

17. Teorias realistas de esquerda, para onde se deslocou o pensamento de Jock Young para fazer frente às críticas das denominadas críticas realistas de direita, como o movimento law and order ou a tolerância zero. Sobre essa passagem: LEA, John; YOUNG, Jock. *What is to be done about law and order?* 2. ed. rev. London: Pluto Press, 1993.

18. BARATTA, Alessandro. *Criminologia Crítica e crítica do Direito Penal*. Trad. Juarez Cirino dos Santos. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2002.

variáveis do meio social em que o indivíduo se encontra inserido. Essa visão redutora, mas altamente lógico-dedutiva, fez com que *v.g.*, Lombroso tentasse demonstrar com base no crânio as diferenças entre mulheres ditas normais, as prostitutas e as que praticavam crimes, no seu "La donna delinquente", de 1893. Essa mesma teoria lombrosiana serviu de base epistemológica a estudos posteriores que buscaram a explicação da homossexualidade feminina[19].

A criminologia positivista foi, ainda, alvo de severas críticas, sobretudo no que toca à seletividade do objeto da análise, com o intuito de chegar a conclusões pré-estabelecidas, independentemente de também se conseguir provar, através do mesmo método, o seu oposto ou a sua negação, designadamente através da seletividade na escolha da base empírica a ter em consideração. Exemplo disso encontra-se no modo em como aquela criminologia positivista fora alimentada pelo preconceito da inferioridade física e mental de determinadas raças, como a raça negra, através de estudos desenvolvidos por ilustres acadêmicos da medicina da época, como Nina Rodrigues[20].

A questão da hereditariedade em relação ao crime fora estudada sob duas vertentes: a da família e da "raça". Nesse sentido, foram feitos estudos sobre a hereditariedade dos negros norte-americanos em relação à prática de crimes, bem como de judeus e de ciganos[21]. Contudo, com um estudo realizado em gémeos separados em ambientes diversos – por Newman, Freeman e Holzinger – chegou-se à conclusão de que o fator intelectual é mais afetado pelo ambiente do que as diferenças físicas que se geraram, o que veio a constituir, já na altura, uma crítica feroz às teorias e estudos médicos sobre a inultrapassabilidade do "mal do crime" nos genes ou da suscetibilidade da sua manifestação em características físicas [22].

19. VALVERDE, Mariana. Lombroso"s Criminal Women and the uneven development of the modern lesbian identity. *The Cesare Lombroso Handbook*, London, 2013. p. 201-213.
20. RODRIGUES, Marcela Franzen. Raça e criminalidade na obra de Nina Rodrigues: uma história psicossocial dos estudos raciais no Brasil dos inícios do século XIX. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 15, n. 3, 2015. Disponível em: [www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/19431/14023]. Também: BARBOSA, Mario Davi. Originalidade e Pessimismo: a recepção da criminologia positiva na obra de Nina Rodrigues. *Revista Liberdades IBCcrim*, n. 8, set.-dez. 2011. Disponível em: [www.ibccrim.org.br/revista_liberdades_artigo/97-RESENHA].
21. ALMEIDA JÚNIOR, A. Hereditariedade e crime. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo*, v. 42, 1947. p. 97-116.
22. *Veja-se:* NEWMAN; FREEMAN; HOLZINGER. *Twins*: a study of heredity and environment. Chicago: University of Chicago Press, 1937.

A descrença no correcionalismo – aliada à visão do crime como doença, em alguns casos intratável – fez com que aquela criminologia positivista alimentasse o ideário de punição e exclusão do agente-doente da sociedade. Desse modo, foi-se buscar a Ferri a ideia de perigosidade e a necessidade de defesa da sociedade, que acaba por se encontrar na origem de finalidades ditas de prevenção exclusivamente negativas da pena, com uma função puramente segregadora. A psiquiatria acabou por se tornar – como explicou Nils Christie –, a par da lei penal, uma "irmã no controle" social[23]. Por outras palavras: estas teorias – apoiadas pela visão do crime como patologia e da personalidade do agente como doentia e irreparável – acabaram por promover políticas criminais mais securitárias.

A questão de tentar diminuir cientificamente uma raça em prol de outras acabou dar força a movimentos de higienismo racial e etnológico, de que se tornou *maxime,* ainda na primeira metade do século XX, o holocausto. Esses estudos criminológicos etiológico-individuais possibilitaram ao nazismo – nas palavras de Muñoz Conde – "a esterilização dos anti-sociais" através da biologia criminal e da utilização da lei penal como forma de prevenção de enfermidades hereditárias, bem como a subjectivização do ilícito na dogmática penal possibilitou a punição da personalidade do agente, ao invés do facto propriamente dito ou, ainda, promover a aplicação de tratamentos aos considerados "estranhos à comunidade", ainda que inofensivos.[24] A par de tudo isso, o nazismo também promoveu o uso funcional da lei penal com base em ideais de prevenção social assentes na perigosidade do agente, o que gerou a utilização da lei penal em primeira *ratio* como forma de controle social apertado – a lei penal a legitimar o totalitarismo[25].

No fundo, esta etiologia individual acabou por criar mais males do que o "bem" a que se propunha, fazendo com que, após a segunda guerra mundial – e diante das atrocidades que a ciência positiva e um sistema jurídico de normas sobre normas permitiu – o próprio positivismo, assente na ideia de que a ciência seria uma espécie de salvação para a humanidade, entrou em crise.

Com a descrença nos ideais correcionalistas, em voga no século XIX, e na reintegração do agente na sociedade, insurgiu-se a crença socialmente

23. CHRISTIE, Nils. *A indústria do controle do crime*: a caminho dos Gulags em estilo ocidental. Trad. Luís Leiria. Rio de Janeiro: Forense, 1998. p. 163 e ss.

24. CONDE, Francisco Muñoz. *Edmund Mezger y el derecho penal de su tiempo*: estudios sobre el derecho penal en el nacionalsocialismo. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2003.

25. FRAGOSO, Christiano Falk. *Autoritarismo e sistema penal*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015. p. 131-260.

entranhada pelos *empreendedores morais* – em alusão a Becker – de que um agente que pratica um crime é um criminoso, o que acaba por alimentar, com base na etiqueta, ciclos viciosos de exclusão social[26].

Em termos críticos, uma visão centrada nas características e personalidade do agente, não deixa que se vislumbrem outros problemas normalizados, como o papel estrutural da prisão, bem como da seletividade da justiça penal ou do encarceramento em massa das classes socioeconómicas mais baixas[27].

2. A neurocriminologia

Podemos encontrar na antiga etiologia individual as raízes desta neurocriminologia. Depois de se terem procurado as causas do crime em medições antropológicas, construção psicológica da personalidade, dados genéticos, hereditariedade, distúrbios do foro psiquiátrico ou em problemas no sistema endócrino, a criminologia da etiologia individual voltou-se para o estudo do cérebro. Nesse sentido, na segunda metade do século XX – mesmo após todas as críticas que lhe foram dirigidas pelos movimentos metodologicamente distintos daquela primeira criminologia – persistiram os estudos centrados no indivíduo.

Os primeiros estudos que procuraram encontrar uma tendência para o crime no cérebro humano basearam-se num materialismo ou naturalismo neurobiológico. Por outras palavras, entendiam que o que gerava os distúrbios de personalidade, com ênfase na agressividade comportamental, eram más formações em uma parte do cérebro designada amígdala. A amígdala pertence ao sistema Límbico, que se encontra intrinsecamente relacionado com instintos de sobrevivência. A amígdala – mais especificamente – regula sensações de medo e de condicionamento e, por isso mesmo, envolve respostas comportamentais não totalmente conscientes: esta parte do cérebro ajuda o lado mais instintivo do indivíduo a reagir de forma adequada aos estímulos do ambiente[28].

26. BECKER, Howard S. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Trad. Maria Luíza Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 2009. p. 153 e ss.

27. Sobre as estatísticas da população carcerária brasileira – a quarta maior do mundo – em 2016, vejam-se as informações que constam no site do Ministério da Justiça e Segurança Pública do Governo Federal: [www.justica.gov.br/noticias/populacao-carceraria-brasileira-chega-a-mais-de-622-mil-detentos].

28. BAIRD, Abigail A. The developmental neuroscience of criminal behavior. *The impact of behavioral sciences on criminal law*, New York, 2009. p. 86.

Partia-se, então, do princípio de que uma má formação ou qualquer anormalidade nessa zona do cérebro originaria comportamentos agressivos por sequência, ou seja, sem remédio. Nessa linha de pensamento, ao longo da década de 60 do século XX defendia-se, como efeito preventivo, a aplicação de tratamentos cirúrgicos de remoção da amígdala para diminuir comportamentos agressivos, naquilo que se designa amigdalotomia. Além da amígdala, outros estudos debruçaram-se sobre o papel do hipotálamo, ora defendendo a sua remoção ora defendendo tratamentos de inserção de elétrodos em diferentes áreas do cérebro, de forma a que esses estímulos regulassem a agressividade do indivíduo[29].

Com base na mesma lógica, essas mesmas correntes criminológicas defendem como terapêutica para crimes sexuais a aplicação de castração química: um procedimento que leva à administração de drogas que baixam os níveis de testosterona e reduzem os interesses sexuais bem como "a habilidade para ter ereções ou ejaculações", com efeitos secundários de osteoporose e outros problemas nos ossos[30].

Os defensores desta primeira vertente da criminologia a voltar-se para a relação entre o cérebro e o crime não anteviu ou logrou compreender os efeitos que a absolutização desses estudos científicos poderiam desempenhar no direito penal, política criminal, processual penal ou execução penal, sobretudo em termos éticos. Ao mesmo tempo – pelo facto de o cérebro ser um órgão em permanente descoberta –, concordamos com as palavras de Greely quando afirma que, muito embora esses estudos contribuam para a possibilidade de prever um futuro comportamento, "oferecem-nos uma informação que normalmente é fraca", na medida em que nenhuma tecnologia é capaz de nos responder se o mal se encontra no coração dos homens[31].

A fraqueza neurocientífica previamente enunciada por Greely, no que toca à prevenção de fenómenos criminógenos, foi percebida pela psicologia comportamental, que se voltou para a genómica comportamental com o intuito de corroborar algumas das suas linhas de argumentação no que toca à prevenção ou resposta ao crime. Desse modo, procurou relacionar o desenvolvimento da personalidade com a memória, as emoções e as capacidades cognitivas

29. GREELY, Henry T. "Who knows what evil lurks in the hearts of men?": behavioral genomics, neuroscience, criminal law, and the search for hidden knowledge. *The Impact of Behavioral Sciences On Criminal Law*, New York, 2009. p. 178.

30. Ibidem, p. 177.

31. Ibidem, p. 179.

do sujeito. Nessa linha de pensamento, Baird vislumbra o desenvolvimento humano como um processo genético que passa para a geração seguinte de forma flexível. Por outras palavras: a relação entre o processo de desenvolvimento cognitivo e as emoções torna o comportamento humano maleável, independentemente das tendências genéticas[32].

Baird – partindo do pensamento de Paul Maclean – defende que as emoções só podem ser compreendidas, em um contexto sociocognitivo, através de 3 regiões cerebrais: (1) o *Brainstem* – responsável pelas emoções mais primitivas, como de luta ou de fuga (através do *periacqueductal gray* ou Pag) e de comportamentos motivacionais (através do *ventral tagmental* ou VTA que, através do *mesolimbic pathway* se conecta com uma parte do cérebro relacionada com sensações de prazer e que, através do *mesocotical pathway* se conecta ao *córtex frontal*); (2) o *Sistema Límbico* – responsável por comportamentos de sobrevivência, como respostas inconscientes a medos e sensações de condicionamento (através da *Amígdala*, que possui uma glândula – o *nucleous accubens* (NAC) –, perto da separação dos hemisférios cerebrais, responsável por comportamentos de vício, condicionamento do apetite e, também, com a memória); (3) O *Cortex Pré-Frontal* – responsável pelos processos de cognitivos[33].

Não obstante as explicações de Baird acerca da relevância neurológica para a determinação de comportamentos desviantes, a verdade é que nos parece que não vai muito além daquilo que a primeira microcriminologia, voltada para o estudo do cérebro defendia já na década de 60 do século passado: tal como antigamente, enunciam a causa neurobiológica de comportamentos agressivos ou desviantes quer na amígdala, quer no *HPA axis* (denominada *hypothalamic-pituitary-adrenal*) – uma estrutura do sistema endócrino que visa regular o stress e que liga a amígdala ao hipotálamo[34].

Destarte, a neurocriminologia baseia-se na visão de que o cérebro humano é a origem física do crime que despoleta uma série de reações químicas e nervosas: algo que, em termos absolutórios, caminha no sentido da aceitação de um determinismo comportamental. E, assim sendo, técnicas de análise neurocientíficas permitiriam prever comportamentos criminógenos. Contudo, Schwartz e Begley afirmam que qualquer técnica neurocientífica de fMRI – técnicas de ressonância magnética funcional – não nos pode fornecer mais do que "uma

32. BAIRD, Abigail. Op cit., p. 83.

33. Ibidem, p. 84-89.

34. Ibidem, p. 84-89.

base física de perceção ou de consciência que não chega perto de explicar aquilo que constitui o seu interior"[35].

> Nessa medida, esta neurocriminologia – baseada na percepção da actividade neurológica – enfrenta problemas: pela falta de objetividade da base material em que baseia a sua análise, normalmente técnicas de neuroimagem; pela subjetividade necessária para a interpretação dos dados objetivos – uma subjetividade interpretativa que pode ser tão viciada quanto a personalidade ou tendências do indivíduo a que se reporta a técnica de neuroimagem a ser analisada; e, ainda que assim não fosse, autores como Dennis, Bowman e Turney também expõem o perigo de que as técnicas funcionais de neuroimagem possam tomar por verdadeiras memórias que, afinal, são falsas[36]. Do mesmo modo, Satel e Lilienfeld também reconhecem que "a neuroimagem é uma ciência nova" e que "assenta em tecnologias cujas implicações são debilmente compreendidas"[37].

Contudo, na linha do pensamento de Baird, as emoções têm um grande peso sobre o processo de tomada de decisão do indivíduo, avançando com a ideia de que o respeito de qualquer regra "depende, em parte, da magnitude de incentivos morais, como quanta culpa ou virtude contam para o indivíduo"[38]. No nosso entendimento, a partir do exposto, seria apenas possível deduzir que o homem tem uma maior tendência a ser determinado pelas suas emoções, o que não coloca entraves ao contrário: ao facto de o homem não se deixar determinar pelas suas emoções, com base na razão.

Não obstante, é neste ponto que releva um contacto com a filosofia da mente. Assim, se seguirmos uma linha de pensamento assente no naturalismo neurobiológico, encontramos em Searle a ideia de que o livre arbítrio se trata de uma ilusão e, nesse sentido, a consciência mais não seria do que uma característica superior do cérebro (invisível), derivada de um relação neurobiológica entre neurónios e sinapses, pelo que – ainda que com consciência das variáveis ou hipotéticas acções futuras – o homem acabaria sempre por ser

35. SCHWARTZ, M. D. Jeffrey M.; BEGLEY, Sharon. *The mind and the brain*: neuroplasticity and the power of mental force. New York: Harper Perennial, 2003. p. 27.

36. DENNIS, Nancy A.; BOWMAN, Caitlin R.; TURNEY, Indira C. Functional neuroimaging of false memories. *The Wiley Handbook on the Cognitive Neuroscience of Memory*, Oxford, 2015. p. 150-171.

37. SATEL, Sally; LILIENFELD, Scott O. *Brainwashed*: the seductive appeal of mindless neuroscience. New York: Basic Books, 2013. p. XII.

38. BAIRD, Abigail. Op. cit. p. 106.

determinado pelas suas emoções explicáveis em termos neurobiológicos. Para aquele autor, a consciência – ainda que exista – nunca origina mais do que um estado de contemplação interior. Afirma que se não existe liberdade no plano neurobiológico – que obedece a cadeias de causalidade –, dizer que ela pudesse existir no plano psicológico ou mental constituiria uma ilusão[39].

A neurocriminologia voltou-se, assim, para o estudo funcional dessa neurobiologia com vários intuitos. Não está, agora, em cima da mesa a mera busca da causa do crime, como estava naquela primeira etiologia individual dos finais do século XIX. Esta neurocriminologia recorre a uma série de conhecimentos distintos, que se interligam, com várias finalidades: definir quem é que pratica o crime; prevenir o crime; encontrar as causas do crime; e definir mecanismos concretos de reação da Justiça Criminal, de acordo com as motivações individuais do agente que praticou o crime. Mas o mais perigoso de tudo: rotular o perigoso nato, com base em análises comportamentais e em ressonâncias ao cérebro, através de técnicas de neuroimagem, com base na crença em um determinismo inultrapassável, na negação do livre arbítrio e na consequente presunção de reincidência certa.

Mas não fica por aqui. Esta nova tendência microcriminológica propõe uma revolução copernicana desde a investigação criminal até à execução penal, partindo do pressuposto de que os conhecimentos neurocientíficos, aliados à genómica e à psicologia comportamental, resolverão todos os problemas de ineficácia do sistema de Justiça Criminal.

Nessa linha de ideias – e partindo do princípio de que os maiores defensores desta nova neurocriminologia em ascensão são, sobretudo, países anglo-saxónicos em que vigoram sistemas de *common law* (e nessa medida, com todas as diferenças em relação aos sistemas de justiça criminal continental) –, surgiram autores como Eagleman a defender que a Justiça Criminal deveria permitir a invocação de linhas de argumentação de teor neurocriminológico. A par disso, defende que os tribunais não deveriam julgar o agente com base em uma "culpa aparente", na medida em que as ações humanas se devem a fatores inconscientes e que a capacidade de consciência do ser humano constitui uma pequena parte da sua atividade cerebral. Segundo Eagleman esta última ideia de que a consciência é diminuída origina situações em que o agente actua de forma distinta daquela em que atuaria se tivesse plenas faculdades de consciência, gerando um conflito mental, que apelida de "time of rivals". Nesse

39. SEARLE, John. *Freedom and neurobiology*: reflections on free will, language and political power. New York: Columbia University Press, 2007.

sentido, defende que a culpa seja trocada por um juízo sobre fatores neurocientíficos que permitam saber se a pessoa é capaz de melhorar ou não o seu comportamento, evitando a reincidência[40].

Nesse sentido, esta neurocriminologia originou reações do Direito Penal em relação a esta nova forma de encarar a realidade baseada na ideia de que somos determinados pelo nosso cérebro (e pelos genes), primeiramente em países de *common law*. Os argumentos neurológicos começaram a ser levados para o processo, sobretudo pela defesa – *v.g.,* no caso *State Vs. Morris*, a defesa invocou que o homicídio praticado se deveu a um estado involuntário, totalmente fora da consciência, devido à existência de danos no córtex pré-frontal[41]. Não obstante, os argumentos de teor genético já tinham sido invocados no Estados Unidos: *v.g.,* no casso *People Vs. Tanner*, em que a defesa alegou que o ofensor tinha um cromossoma Y a mais, tornando-se impulsivo e anti-social, o que levou o juiz a concluir pela ausência de culpa baseada em insanidade; pelo contrário, no caso *Millard Vs. State*, o tribunal pronunciou-se no sentido de que a existência de um cromossoma Y a mais não justificaria o estado de insanidade[42]. Do mesmo modo, começou a argumentar-se que em caso de delinquência juvenil a parte do cérebro relacionada com os lóbulos frontais e a amígdala ainda não se encontram bem formadas, como aceite no caso *Roper Vs. Simmons*[43].

O recurso sucessivo a argumentos de teor neurológico originou o termo *neurolaw*, que se basearia em uma "intersecção entre as ciências cerebrais, teoria legal e filosofia moral"[44]. Foi deste modo que começou a problematizar-se a questão da culpa: o sistema americano baseia a punibilidade no estado mental ou intencional (ou interior) perante o ato, denominado *mens rea*.

Não obstante o debate filosoficamente interminável entre determinismo e livre arbítrio, para autores como Farahany e Coleman, "a voluntariedade do ato", em termos legais, não mergulha naquele debate, pelo que a responsabilidade criminal existe independentemente dele[45]. Com as devidas diferen-

40. EAGLEMAN, David. *Incognito*: the secret lives of the brain. New York: Pantheon Books, 2011.

41. FARAHANY, Nita A.; COLEMAN, James E. Genetics, neuroscience, and criminal responsibility. *The Impact of Behavioral Sciences on Criminal Law*, New York, 2009. p. 190-191.

42. Ibidem, p. 195.

43. SATEL, Sally; LILIENFELD, Scott O. Op. cit., p. 99.

44. Ibidem, p. 100.

45. FARAHANY, Nita A.; COLEMAN, James E. Op. cit., p. 207 e ss.

ças e especificidades do sistema continental, mas no mesmo sentido daqueles autores, Crespo também afirma que "o problema da liberdade é demasiado amplo para que o Direito Penal ou as neurociências pretendam esgotá-lo"[46].

Contudo, a revolução neurocientífica não fica por aí e muitos autores, como Greely defendem, com base nela, uma alteração nos mecanismos de reação ao crime, designadamente através da aplicação de tratamento[47]. Já no que concerne à utilização de técnicas neurocientíficas em sede de processo penal, Farahany aponta os perigos que isso representa para o princípio da não auto-incriminação e, ainda, para a possibilidade de, com isso, se punirem pensamentos[48].

Como afirma Pustilnik, a justiça penal e a "neurociência estão envolvidos em um caso maldito e às vezes trágico por mais de duas centenas de anos.[49]"

3. A perigosidade

Para sermos conceitualmente rigorosos, quando falamos em perigosidade não falamos em perigo sob uma perspetiva dogmático-penal[50]. Falamos, antes, de perigosidade sob uma perspetiva criminológica que, de resto, é a base de estudo/argumentação do presente artigo, não obstante tocarmos em importantes conceitos e passagens da dogmática penal, sem as quais não se compreenderia a crítica que pretendemos.

Bem vistas as coisas, o estudo das determinações do crime mais não é do que a busca/identificação de um *"quid"* de perigosidade: uma perigosidade que, em termos criminológicos, andou entre fatores endógenos (individuais) e exógenos (sociais). Contudo, aquilo que na antropologia criminal de LOMBROSO era analisado de modo *ex post* à prática do facto – para demonstrar empiricamente

46. CRESPO, Demetrio. Libertad *versus* determinismo en derecho penal? *Revista de Derecho e Genoma Humano*, n. extra 1, 2014. p. 111-124.

47. GREELY, Henry T. Neuroscience and criminal justice: not responsibility but treatment. *Kansas Law Review*, v. 56, out. 2008. p. 1103-1138.

48. FARAHANY, Nita A. Incriminating thoughts. *Stanford Law Review*, v. 64, fev. 2012. p. 351-408.

49. PUSTILNIK, Amanda C. Violence in the brain: a critique of neuroscience in criminal law. *Wake Forest Law Review*, 183, v. 44, 2009. p. 183.

50. Para uma compreensão do fenómeno do perigo em Direito Penal: COSTA, José de Faria. *O perigo em direito penal*: (contributo para a sua fundamentação e compreensão dogmáticas). reimp. Coimbra: Coimbra Editora, 2000.

as características do criminoso nato –, modificou-se com o desenvolvimento da sociologia criminal e da psicologia criminal: surgiu não só a necessidade de catalogar as determinantes sociais e psíquicas do agente do crime, como também de poder preveni-lo e apresentar novas soluções, quer para efeitos de investigação quer para o desenvolvimento de política criminal.

Nos finais do século XIX eram prementes as preocupações de autores como Ferri com a constatação de que, à época em Itália, 50% dos reclusos eram reincidentes e, por isso, considerados incorrigíveis[51]. Ferri não colocava em causa a existência ou inexistência de livre arbítrio, que entendia tratar-se de um outro debate filosófico, de que a lei parte por pressuposto. Nesse sentido, cita indiretamente Stuart Mill ao dizer que "o Direito é uma liberdade limitada a uma outra liberdade"[52]. E desse modo, critica Lombroso pelo facto de o "homem delinquente" não se reportar a todos os crimes compulsivos, mas tão-somente a alguns específicos, como o homicídio ou o furto[53] e, nessa linha, traz para a análise a questão dos delinquentes loucos, os semi-loucos, o delinquente nato incorrigível, o delinquente habitual, o delinquente passional e o delinquente ocasional[54].

Podemos deduzir pelo exposto que – mesmo naquela época – parecia evidente que os tipos de delinquente enunciados possuíam diferentes níveis de consciência da realidade e dos seus atos ou das suas consequências e, por conseguinte, apresentavam diferentes níveis de perigosidade.

Independentemente da catalogação de Ferri, os delinquentes eram vistos como pessoas perigosas para a sociedade. Não obstante, apesar dos estudos microcriminológicos da época – a que já aludimos no ponto I deste artigo –, as ciências criminais, no seu conjunto, não olharam para o problema da reincidência incorrigível como algo que devesse originar novas soluções/reações do sistema de justiça criminal à conduta contrária à norma incriminadora. O crime-doença e o criminoso-doente encontravam a sua catalogação-diagnóstico na loucura, que era uma espécie de cláusula geral em matéria de perigosidade. Ferri, todavia, admitia a ideia difundida pelos estudos da época de que ninguém tem falta de sanidade porque quer, "torna-se insano devido a transmissão hereditária, pela influência do ambiente em se que vive, tornando-se

51. FERRI, Enrico. *Il nuovi orizzonti del diritto e della procedura penale*. Bologna: Nicola Zanichelli, 1881. p. 33.

52. Ibidem, p. 21.

53. FERRI, Enrico. *Il nuovi,* cit., p. 34.

54. Ibidem, p. 35.

predisposto à insanidade e tornando-se insano pela pressão das circunstâncias"[55]. A perigosidade não era vista unicamente sob um ponto de vista endógeno como também exógeno.

Assim, Garófalo defendeu que a perigosidade do criminoso deveria constituir critério pelo qual a sociedade se deveria guiar na sua defesa do crime, que é visto como patologia[56]. O mesmo autor partia da teoria darwinista da seleção natural para afirmar que os criminosos tinham como característica a falta de adaptação ao meio social. Como não acreditava na reabilitação não colocava entraves à aplicação da pena de morte quando isso fosse motivado pela defesa da sociedade[57].

Evidentemente que a criminologia começou a influenciar a política criminal. A criminologia era uma ciência nova, enquanto que a dogmática penal se encontrava há muito sedimentada. Em finais do século XIX Von Liszt defendeu a ideia de criação de uma "ciência do direito penal total"[58], em que conjugava o Direito Penal, a Criminologia e a Política Criminal. Contudo, a criminologia positivista acabara por contribuir, com base na ideia de defesa social, para o surgimento de políticas criminais preventivas, voltadas para a antecipação da tutela penal e, por conseguinte, para a punibilidade de estágios anteriores à prática do facto.

No que toca à dogmática penal, a questão da perigosidade encontrava-se, com a Escola Clássica, dirigida a uma ação do sujeito capaz de originar um resultado desvalioso a um bem jurídico com dignidade penal, constituindo esse perigo-objetivo fundamento para a punibilidade da tentativa[59]. A perigosidade da ação era, contudo, censurada pelo juiz sob uma perspetiva *"ex post"* à prática do facto, o que originou críticas de autores como Carrara (que defendia que se tivesse em conta o risco fáctico para o bem jurídico e não um mero juízo hipotético de prognose) e Von Buri, que defendia a necessidade de equacionar o perigo sob uma perspetiva *"ex ante"* à prática do facto, para que, de

55. FERRI, Enrico. *The positive school of criminology*: three lectures given at the university of Naples, Italy, on April 22, 23 and 24, 1901. Chicago: Charles H. Kerr& Company, 1908.

56. Ibidem, p. 10.

57. PATUELI, Francesca. Garofalo, Raffaele: positivist school. *Encyclopedia of Criminological Theory*, v. 1, London, 2010. p. 354.

58. COSTA, José de Faria. *Noções fundamentais de direito penal (fragmenta iuris poenalis)*. 2. ed. reimp. Coimbra: Coimbra Editora, 2010. p. 28.

59. PIEDECASAS, José Ramón Serrano. *Fundamento de la punición en la tentativa*. Livro de Homenage al Prof. Doctor Don Ángel Torío Lopez. Granada: Comares, 1999. p. 523.

facto, houvesse uma tutela preventiva do bem jurídico[60].

A passagem do dolo para o tipo com Welzel – baseada no vislumbre do crime como ação final dirigida pela vontade do sujeito e não como algo meramente causal – legitimou a punibilidade da tentativa com base na ilicitude do desvalor da ação[61]. A tentativa seria legitimada quando se desse "a execução de uma ação ético-socialmente intolerável"[62]. Não obstante se ter dado um salto na evolução da dogmática penal em termos preventivos, a equação da perigosidade passou a ser levada a cabo de forma exagerada: o enfoque do desvalor penal passou do extremo da necessidade de resultado para um desvalor de ação assente na intenção perigosa do sujeito.

Todavia, note-se que esse peso acrescido da intenção originou a possibilidade de punição, não de um facto ofensivo a um bem jurídico, mas da própria pessoa/personalidade perigosa do sujeito. Punia-se a perigosidade endógena. A antijuridicidade da intenção desvaliosa era considerada, quer a ação fosse possível ou totalmente impossível ou irreal, o que constituiu a pedra angular daquele que seria considerado o Direito Penal da vontade: a punibilidade baseava-se na existência de uma intenção ou *voluntas* no sentido da prática do facto. Não esqueçamos que mesmo Welzel incluía, igualmente, nos elementos subjetivos do tipo os elementos da *"Gesinnung"*, que se voltavam para a mundividência espiritual do agente relativamente ao mundo e ao Direito[63].

A consideração excessiva da *vonluntas* originou a subjectivização do perigo – o sujeito perigoso. Por essa altura, na Alemanha, não mais valia o princípio da legalidade e havia punibilidade com base em analogia *in malam partem*: a punibilidade da tentativa impossível, enquanto contrária ao erro sobre as circunstâncias do facto, em que se exclui o dolo, com base na jurisprudência do *Reichsgericht*. Evidentemente que isso dava margem para o direito penal ser distorcido: nada impedia que C dissesse que A queria matar B com torrões de açúcar, sem A ter como comprovar o contrário, na medida em que se punia o domínio interno do agente, independentemente da possibilidade de realização de um resultado ofensivo real (de perigo ou dano) a qualquer bem jurídico.

60. LIFSCHITZ, Sergio Politoff. *Los* Actos Preparatorios del Delito, Tentativa y Frustracion. Estudio de Dogmatica Penal y de Derecho Comparado. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 1999. p. 108 e 113.

61. WELZEL, Hans. *Teoria de la acción finalista*. Buenos Aires: Astrea, 1951.

62. WELZEL, Hans. *Derecho penal*: parte general. Buenos Aires: Depalma, 1956. p. 191.

63. Cfr. COSTA, José de Faria. *Noções fundamentais*, cit., p. 221.

Encontramos, em Fragoso a constatação de que o autoritarismo penal nazi – e a consequente expansão do *ius puniendi* estatal – se baseou na necessidade de defesa social. E precisamente nessa linha de pensamento de defesa social encontra-se a lei sobre criminosos habituais perigosos e sobre medidas de segurança, de 24.11 de 1933, de que o regime se valeu como forma "eugenista e racial e não especificamente como forma de política criminal".[64]

Muito embora Fragoso aluda a Baratta para criticar Radbruch acerca do problema nazi e do abuso da lei penal positivada[65], a verdade é que constatamos – e o autor também o constata, ainda que de forma indireta – que o legado da escola positivista italiana influenciou os abusos autoritários do *ius puniendi* estatal, bem como a legitimação do radicalismo desumano das soluções: na referida lei sobre os criminosos habituais e medidas de segurança alemã de 1933 encontrava-se, *v.g.*, a aplicação de castração química para criminosos sexuais considerados perigosos[66].

Por outras palavras, encontramos no autoritarismo nazi: em termos dogmáticos, a deslocação do ilícito do resultado para a intenção, ainda que de concretização impossível, que mais não constitui do que a punição da perigosidade; em termos de política criminal, a utilização de medidas de segurança radicais para delinquentes considerados habituais; em termos criminológicos, o recurso à escola positiva italiana e aos estudos de inferioridade racial e etnográfica a que aludimos no primeiro capítulo, para auxiliar *modos operandi* higienistas.

Se partirmos de um ponto de vista estrutural, encontramos em Rusche e Kirchheimer informação que nos permite perceber que as ideias de defesa social – embora muito anteriores às defendias pela escola positiva italiana – geraram, igualmente, no passado, a deportação de delinquentes para as colônias (em que era útil a sua força de trabalho) e, depois, para casas de correção e *Hôpitaux généraux*[67]. Os mesmos autores aludem a Schmidt para reafirmarem que no século XVI eram aplicadas as penas mais graves aos pequenos transgressores "devido às inclinações perigosas da sua mente"[68]. A segregação dos ditos criminosos habituais ou perigosos natos encontra, ainda, uma expressão distinta nos Estados Unidos, em que eram condenados a confinamento solitário, onde não "contaminariam" ninguém, embora não raras vezes enlouquecessem[69].

64. FRAGOSO, Christiano Falk. Op. cit., p. 173, n. 156.
65. Ibidem, p. 172-173.
66. Ibidem, p. 173.
67. RUSCHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto. Op. cit., p. 89, 99.
68. Ibidem, p. 102.
69. Ibidem, p. 179 e 180.

Avançando no tempo, a genética – que a crítica tinha remetido para as questões da criminalística forense – foi trazida, de novo, para a discussão entre os teóricos da microcriminologia: assim surgiram cruzamentos entre aquela disciplina e a psicologia comportamental, a tender para o determinismo psíquico[70]. De novo surgem estudos a invocar a "maldade" dos distúrbios de personalidade anti-sociais, como a sociopatia e a psicopatia. E assim se invocam, uma vez mais, as características que já tinham sido convocadas pela escola positiva italiana nos inícios do século XX, como a questão da impulsividade ou da agressividade a beirar a insuperabilidade de um rótulo: já não de "criminoso nato", mas de "perigoso insuperável" que, certamente, reincidirá [71].

Não obstante, verificamos que as pessoas que padecem de anomalia psíquica são consideradas – agora falando em termos jurídico-penais – inimputáveis e, nessa medida, é-lhes aplicado como resposta a um facto típico e ilícito uma medida de segurança e não uma pena (que se basearia na culpa), precisamente com fundamento em uma ideia de perigosidade[72]. A aplicação dessas medidas de segurança deveria desempenhar, contudo, finalidades de prevenção especial positiva de teor terapêutico. Contudo, assiste-se hodiernamente – como constata Maria João Antunes – a alterações de política criminal em vários países (*v.g.*, como Portugal, Alemanha, Espanha e França) que nos levam a constatar que o direito penal se está a expandir para punir a perigosidade do agente[73]. A autora constata a existência de "intervenção penal à margem de categorias já dogmática e jurisprudencialmente construídas". A mesma autora adianta preocupações com os excessos de um Direito Penal da segurança, em marcada expansão – violador da proporcionalidade no que toca aos direitos, liberdades e garantias fundamentais[74].

---

70. ZAFFARONI, Eugenio Raúl. Humanitas en el derecho penal. *Cahiers de defense social:* pour une politique criminelle humaniste. Disponível em: [www.defensesociale.org/CAHIERS_2012/Cahiers_2011-2012_PDF.pdf].

71. Nesse sentido: MUSUMECI, Emilia. New natural born killers? The legacy of Lombroso in neuroscience and law. *Cesare Lombroso Handbook*. London, 2013. p. 136-146.

72. Por todos: CORREIA, Eduardo. *Direito criminal*. reimp. Coimbra: Edições Almedina, 2007. v. I. p. 89 e ss.

73. ANTUNES, Maria João. Perigosidade – Intervenção estatal em expansão? *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, ano 24, v. 121 (volume especial sobre Teoria do Delito), jul. 2016. p. 191-206.

74. Sobre as alterações da legislação portuguesa no que toca ao registo de crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual de menores: VAZ, Maria João. O registo de

Evidentemente que estas tendências de intolerância ao risco, banalizado pela alteração do paradigma sociológico, com a globalização[75], foram potencializadas pela necessidade do aumento de controlo social – que leva ao decréscimo das liberdades –, mas também à retórica da proteção das vítimas (*v.g.*, no caso dos crimes sexuais contra menores) através da estigmatização e vergonha dos ofensores[76]. Essas tendências de intolerância ao risco encontram, igualmente, base em estudos neurocriminológicos. Vejamos no próximo ponto.

3.1. Os novos diagnósticos de perigosidade

Constatando os factos, as inovações legislativas em termos de política criminal levam-nos a olhar para a questão das medidas de segurança pré-delituais como um problema de excesso de controlo social. É nessa linha de pensamento que se expressa Enrique Esbec Rodriguez ao afirmar que não existe, para esse efeito, ciência envolvida, mas apenas meros juízos probabilísticos de prognose[77]. O mesmo autor afirma, de igual modo, que "não se encontrou nenhum tipo estruturado de personalidade criminal, ainda que possamos obter uma série de características de personalidade". Todavia, como Rodríguez constata, essas características são avaliadas em abstrato e, desse modo, não caracterizam "um indivíduo concreto perigoso"[78]. Nessa linha, demonstra, ainda, as debilidades e imprecisões da metodologia clínica voltada para o empirismo em matéria de perigosidade e evidencia que a partir da década de 80 do século passado algumas investigações demonstravam que a aquelas previsões clínicas de violência criminal "erravam mais do que acertavam"[79].

---

identificação criminal de condenados por crimes contra a autodeterminação e liberdade sexual de menores: um mal desnecessário. *Lisbon Law Review*, v. LVII, abr. 2016. p. 145-167.

75. Pense-se na influência de obras como *"A sociedade do risco"*, com BECK, ou da existência de *"A Sociedade em rede"*, com Castells a justificar, em termos sociológicos, a expansão da tutela penal a estágios muito anteriores à prática do facto, para justificar uma função e finalidades preventivas da norma incriminadora.
76. BRAITHWAITE, John. *Crime, Shame and Reintegration*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989. p. 69 e ss.
77. RODRÍGUEZ, Enrique Esbec. Valoración de la Peligrosidad criminal (riesgo violência) en psicologia forense: aproximación conceptual e histórica. *Psicopatologia clínica legal y forense*, v. 3, n. 2, 2003. p. 45-64.
78. Ibidem, p. 53.
79. Ibidem, p. 55.

Não obstante, insurgiram-se outros problemas de teor probabilístico no cálculo da perigosidade. Outros perigos para os direitos, liberdades e garantias individuais: o método de análise atuarial, com base em "procedimentos formais e algorítmicos" para "alcançar uma decisão acerca do risco de violência dos indivíduos, eliminando todo o tipo de valorações subjetivas por parte do avaliador"[80]. Esta lógica atuaria é utilizada, sobretudo nos Estados Unidos, para controlar grupos considerados perigosos ou reincidentes.

Como afirma Maurício Dieter, a lógica atuarial valeu-se sempre de uma retórica baseada no risco, com a finalidade de neutralizar preventivamente indivíduos considerados reincidentes crónicos. Este autor demonstra, ainda, que esta lógica se tornou uma forma e utilitarismo da política criminal para a incapacitação seletiva ante uma evidência: torna-se mais fácil e barato utilizar este mecanismo de neutralização, através da política criminal, do que apostar em métodos terapêuticos – os programas de ressocialização são caros. Dieter constata, ainda, a ineficácia desta política criminal, demonstrada pelos erros que, não raro, ocasiona e por gerar o aumento da população carcerária[81].

Concordando com a crítica de Dieter à política criminal atuarial, alargamos o espectro da crítica no que toca à neutralização da perigosidade com base em outros fatores derivados daquilo que se tem como fatores de determinação endógena ao crime, dentre os quais se encontra o cérebro humano ou fatores neurobiológicos.

A evolução do estudo das determinações individuais do crime voltou-se, igualmente, para a investigação criminal, através do estudo das determinantes que permitam antecipar uma precognição de um crime ou reincidência – *biopredictio*n. Necessário seria, para esse efeito, a criação daquilo que se chama biobase de evidências: não esqueçamos que, como estas inovações provêm dos Estados Unidos da América, são influenciadas pelas metodologias de investigação dos sistemas de *common law*.

O conteúdo dessas biobases de evidências – com todos os problemas que se colocam em termos constitucionais – basear-se-ia na coleta de uma base de dados neurocientíficos e genéticos[82]. Assim, evidências no sentido da reincidência seriam procuradas através de técnicas de neuroimagem: da existência

80. Ibidem, p. 56.

81. DIETER, Maurício Stegemann. *Política criminal atuarial*: a criminologia do fim da história. Rio de Janeiro: Revan, 2013.

82. BEDARD, Hannah L. The potential for bioprediction criminal law. *The Columbia Science and Technology Law Review*, v. XVIII, Spring 2017. p. 282 e 285.

de *danos na amígdala* ou na verificação de uma anormal atividade; existência de danos no *anterior cingulate* córtex (ACC); da existência de *danos no lobo frontal* ou anormal atividade[83]. Em termos genéticos, as evidências centrar-se-iam na análise do gene de *monoamine oxidase* (MAOA) e do gene transportador de *serotonina* (SLC6A4)[84]. O que os defensores da *bioprediction* – como Bedard – propõem é que a investigação criminal consiga prever comportamentos delinquentes, à semelhança do que o cinema ilustra no filme *Minority Report*.

Evidentemente que estas tendências se baseiam na ideia de que existem determinantes biológicas a comportamento violentos – aquilo que apelidam de *biomarkers*. Ao analisar os tipos de previsão de perigosidade possíveis, Bedard passa pela análise do método clínico (por profissionais de saúde mental), do método atuarial (com base em fatores do passado do agente, sejam eles estritamente pessoais ou relacionados objetivamente com o crime ou outros, como dados sociais, familiares, de saúde mental ou consumo de substâncias psicotrópicas) e do julgamento de profissionais estruturados (que é um método que relaciona os dois métodos anteriores)[85].

Evidentemente que esta *bioprediction* implica o que até agora pareceria impensável e incoerente: a possibilidade de, um dia próximo, um tribunal submeter a tratamento uma pessoa considerada perigosa – por possuir aquilo que se designa de *biomark* – e, por isso, considerada capaz de praticar um crime violento, ainda que não o pratique ou sequer tencione praticá-lo. Por outras palavras: a crença na infalibilidade do determinismo neurobiológico poderá determinar a submissão a tratamento, como uma espécie de medida de segurança pré-delitual sem que tenha havido um crime precedente, cometido pelo agente cujo cérebro/genes são analisados.

Torna-se necessário um olhar mais atento para uma eterna questão que parece estar a repetir-se no tempo: do mesmo modo que no século passado existiam estudos racistas e higienistas no sentido da inferioridade racial dos negros e mestiços, bem como da sua maior inclinação ao crime – como vimos no primeiro capítulo, quando analisámos a primeira etiologia individual –, encontramos agora o mesmo tipo de estudos a afirmar que os americanos com antecedentes africanos possuem mais alterações no gene SLC6A4 do que os americanos descendentes de europeus[86]. O que equivale a dizer que os des-

83. Ibidem, p. 290-294.

84. Ibidem, p. 294-297.

85. Ibidem, p. 280.

86. GELERNTER, J.; KRANZLER, Henry; CUBELLS, Joseph F. Serotonin transporter protein (SLC6A4) allele and haplotype frequencies and linkage disequilibria in

cendentes de africanos são considerados pessoas com maior probabilidade de desenvolver comportamentos violentos e, por conseguinte, apresentam maior risco de perigosidade. Portam uma *biomark*. Estudos que, colocados em prática, e esvaziando questões éticas, poderão aumentar um problema de discriminação racial que já existe: verifica-se que os negros norte-americanos são cinco vezes mais encarcerado do que americanos brancos[87].

O tema é mais discutido em países anglo-saxónicos, em que começaram a estudar-se as implicações éticas dos biomarkers – considerados, igualmente, fatores de risco para o desenvolvimento de patologias mentais constantes do DSM-V[88] – através daquilo que passou a designar-se por neuroética[89].

A ciência que leva à discriminação – ao colocar em cheque a igualdade de todos – é a mesma que, depois, verifica a desumanidade das consequências, como: a ineficácia das técnicas de previsão, que, afinal não conduzem à diminuição da reincidência e, pelo contrário, originam fenómenos de erro e de encarceramento em massa[90]. A ciência a dar escopo, ainda, à seletividade da Justiça Penal. Não deveria a humanidade ter aprendido com os erros do passado?

As consequências evidenciam, de igual modo, a colocação em cheque das políticas de estigmatização pela vergonha de que falámos no ponto anterior, na medida em que conduzem a problemas sob um ponto de vista jurídico-penal: a permissão da punição da perigosidade da pessoa e não do facto[91]. Uma evidência de que estas políticas estão a ser globalmente difundidas encontram-se, a título de exemplo, na constatação da expansão da intervenção estatal na

---

African- and European-American and Japanese populations and in alcohol-dependent subjects. *Human Genetics*, v. 101, Issue 2, nov. 1997. p. 243-246.

87. Para mais: NELLIS, Ashley. The color of justice: racial and ethnic disparity in states prisions. Disponível em: [www.sentencingproject.org/publications/color-of-justice--racial-and-ethnic-disparity-in-state-prisons].

88. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual de Diagnóstico e Estatístico* de *Transtornos Mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed: American Psychiatric Association, 2014.

89. BAUM, Matthew L. *The neuroethics of biomarkers*: what the development of bioprediction means for moral responsibility, Justice and the Nature of Mental Disorder. Oxford: Oxford University Press, 2016.

90. TRAVIS, Jeremy; WESTERN, Bruce; REDBURN, Steve. *The growth of incerceration in the United States*: exploring causes and consequences. Washington D.C: The National Academy Press.

91. DIETER, Maurício Stegemann. Op. cit., p. 205 e ss.

Europa, através de alterações na política criminal, sobretudo em matéria de crimes sexuais, como demonstra Maria João Antunes[92].

A crise da culpabilidade acaba por se prender à crise de um direito penal do facto e do próprio Estado Democrático de Direito, com base na promoção de medidas que encontram escopo em diretivas (comprovadamente ineficazes) de eficácia: o nascimento de um direito penal que prescinde do princípio da ofensividade, enquanto sobrevaloriza um desvalor de risco ou probabilidade a um desvalor de perigo real e concreto, que deveria ser relativo a um bem jurídico com dignidade penal – na linha de um Direito Penal mínimo ou de tutela subsidiária – e não relativo à perigosidade endógena de um sujeito.

Os elevados custos dos programas de ressocialização – e quando falamos em ressocialização atendemos a uma perspetiva terapêutica real –, bem como a retórica do *"nothing works"* acaba por promover a utilização funcional da política criminal como forma de gerenciamento do risco, como conclui Dieter[93]. Segundo uma lógica custo-benefício punir/segregar torna-se mais barato do que tratar, na linha da lógica atuarial.

Não obstante, a ciência coloca novos desafios às ciências criminais pelo desenvolvimento das técnicas de *bioprediction*: os *biomarkers* vão muito além dos fatores algorítmicos da lógica atuarial de diagnóstico de perigosidade. Os *biomarkers* aparecem submergidos em uma crença indubitável que nos faz recordar os erros da criminologia positivista do início do século passado. Como BEDARD constata, os custos destes métodos de diagnósticos de perigosidade, em concreto, são elevados[94]. O que nos leva a deduzir que os estudos abstratos na matéria – como o supra mencionado, que refere a existência de uma alteração genética, constitutiva de *biomark*, nos norte-americanos descendentes de africanos – são suscetíveis de constituir mais um fator algorítmico para uma lógica atuarial barata.

Os erros são os mesmos que os da primeira etiologia individual e encontramos esse mesmo enfoque crítico em Enrique Esbec Rodriguez: os estudos a voltarem-se para a abstração e não para o diagnóstico de perigosidade de um indivíduo concreto[95]. O que nos permite deduzir que esse raciocínio equivale a dizer que, muito embora sejamos todos iguais enquanto seres humanos, não podemos afirmar que o nosso organismo ou a nossa mente funcionem de

92. ANTUNES, Maria João. Op. cit., p. 191 e ss.

93. DIETER, Maurício Stegemann. Op. cit., p. 261 e ss.

94. BEDARD, Hnnah L. Op. cit., p. 316-317.

95. RODRÍGUEZ, Enrique Esbec. Op. cit., p. 45-64.

acordo com ditames rígidos de igual funcionamento em termos internos individuais: a causa abstrata x pode originar, em termos reais e concretos, o comportamento Y (que é crime) ou o comportamento Z (que é socialmente aceite).

Por outras palavras: deduzimos que, ainda que possamos não ser livres em termos neurobiológicos – e o debate liberdade/determinismo constituiria pano de fundo para muitas outras reflexões que superam o objeto deste artigo –, nada nos garante que essas neurodeterminantes biológicas só façam sentido quando conjugadas com variáveis concretas do organismo do sujeito a que se dirige um diagnóstico de perigosidade.

No mais, do mesmo modo que existem patologias mentais sem nenhuma base científica para que possamos encontrar uma causa no organismo físico, nada obsta que possam existir formas mentais que permitam a superação de *biomarkers* no sentido do desenvolvimento de comportamentos perigosos. A isso nos dedicaremos no próximo ponto.

4. A crítica que se insurge necessária

O ser humano é um mero autómato comandado pelo seu cérebro? Um cérebro com tendência à violência poderá nunca deixar de ser perigoso? Analisemos a questão.

Autores na linha de pensamento e Mlodinow – um físico norte-americano – defendem que o comportamento humano é, em grande escala, controlado pelo inconsciente[96]. Nesse sentido, seriamos autómatos, na medida em que agiríamos com base em tendências e emoções subliminares.

Assim, aproximar-nos-íamos da ideia de que o homem é mais determinado pelas emoções do que por escolhas racionais livres. Baird afirma que, em momentos decisivos, o homem tende a agir de acordo com seu estímulo mais forte, relacionado com o que sente, independentemente de isso violar a moral ou as normas da sociedade em que se encontra inserido. Para tal dá o exemplo concreto de Heinz, que furtou um medicamento na farmácia porque a vida da esposa estava em risco[97].

Baird também demonstra que existe uma relação entre as emoções e o processo cognitivo. Se assim for, podemos deduzir que – além das influências do inconsciente – somos determinados pelas emoções que desenvolvemos pelas

96. MLODINOW, Leonard. *Subliminar*: como o inconsciente controla o nosso comportamento. Trad. Ana Mendes Lopes. Lisboa: Marcador Editora, 2014.

97. BAIRD, Abigail A. Op. cit., p. 81 e ss.

pessoas que nos são próximas, com que nos relacionamos. E, nesse sentido, existiria uma relação entre as emoções e o processo cognitivo no que toca ao desenvolvimento de psicopatologias, exponenciadas por stress psicológico elevado. A origem desse stress parece encontrar-se na relação entre o *brainstem* e a *HPA axis* (hypothalamic-pituitary-adrenal) – esta última constitui um conjunto de estruturas do sistema neuroendócrino que visa regular os corpos de stress e que gera relações entre o Hipotálamo e a Amígdala (relacionada com o medo, a impulsividade e comportamentos agressivos)[98].

Com base no exposto deduzimos, ainda, que, muito embora o homem possa agir de acordo com tendências neurobiológicas, também se torna notório que aquelas tendências se podem agravar ou atenuar de acordo com o que acontece no meio em que se encontra inserido, na medida em que é daí que vem a necessidade de reação (impulsiva ou agressiva).

Contudo, Baird dá a entender que existe uma relação entre a *HPA axis*, a transmissão da oxitocina e a existência de problemas derivados de comportamentos de apego na infância, baseando-se no trabalho do psicanalista John Bowlby: defende, assim, a existência de uma relação entre a emoção e a memória[99]. Contudo, encontramos em Mlodinow a constatação de que o homem tem uma capacidade enorme de falsear as suas próprias memórias[100]. Que elas não são verosímeis, embora pareçam a maior verdade do mundo para a pessoa que as expõe.

Sob um ponto de vista neurocientífico, danos no córtex pré-frontal podem originar – de acordo com Baird – alterações nos julgamentos, capacidade de decisão, comportamentos desinibidos ou gerar debilidade das capacidades intelectuais[101]. Obviamente que nos parece que, sob um ponto de vista da dogmática penal, podemos encontrar aqui uma explicação neurocientífica para fenómenos em que o agente atua com erro. Baird tenta ainda elencar fatores que possam exponenciar o surgimento de alterações psicossociais, *v.g.*, abuso físico, sexual, negligência, pobreza extrema, família adotiva, um parente criminoso ou, até, a existência de conflitos familiares[102].

Contudo, a sua conclusão é o que mais nos importa reter: há outros estudos que demonstram que há criminosos com cérebros perfeitamente funcionais

98. BAIRD, Abigail A. Op. cit., p. 89 e ss.

99. Ibidem, p. 89 e ss.

100. MLODINOW, Leonard. Op. cit., p. 73 e ss.

101. BAIRD, Abigail A. Op. cit., p. 84 e ss.

102. Ibidem, p. 117 e ss.

que, no entanto, apresentam formas disfuncionais de lidar com os outros e não conseguem associar estados de emoções eversivos a violações éticas. E, ainda, constata que pessoas normais também cometem crimes: há alterações circunstanciais (*v.g.*, na *HPA axis*, que, muitas vezes, se encontram em crimes passionais) ou situações de insanidade temporária derivadas de stress que dificulta a tomada de decisões racionais[103]. Destarte, podemos deduzir que esses estados de insanidade temporária são dificilmente previsíveis – existem vários tipos de stress psicológico a que nos submetemos (*v.g.*, no trabalho, circunstâncias familiares etc.) e não merecemos, por isso, o rótulo de perigosos potenciais. Evidente que, nesses casos, a melhor prevenção seria evitar situações de stress análogas à que originou o crime, caso se esteja a avaliar uma hipótese de reincidência.

Em sentido crítico, parece-nos relevante um raciocínio que podemos extrair da pesquisa de Baird: se o agente é influenciado pelo meio em que se encontra inserido e se a amígdala se relaciona com situações de medo/reação instintiva violenta (em termos desproporcionais), então podemos encontrar aqui mais um argumento científico em como não há possibilidade de ressocialização em estabelecimentos fechados e hostis, em que a vida passa a constituir um jogo de sobrevivência que propicia comportamentos agressivos de autodefesa, com base na mesma tendência impulsiva de resposta a uma ameaça: há stress permanente.

Por outro lado, encontramos, na linha conclusiva de Baird, o exemplo dos psicopatas – em que o comportamento é racional e premeditado (e não influenciado por quaisquer emoções[104]). Nesse sentido, ainda que se comprovasse a existência de um qualquer dano na amígdala – desde que esse dano não existisse, do mesmo modo, no córtex pré-frontal –, nada obsta a que os comportamentos agressivos ou violentos não sejam praticados de forma deliberada e consciente. Esses casos não seriam baseados em stress circunstancial. Evidentemente que pessoas com danos na amígdala, quando submetidas a situações de stress, agem impulsivamente e podem ser violentas. Todavia, essa violência exteriorizada pode não originar, necessariamente, um crime. Uma pessoa com um dano na amígdala – ou com uma série de especificidades neurológicas semelhantes às que são atribuídas aos psicopatas – pode ser violenta, por prazer ou fruto de situações geradoras de stress, sem que essa violência preencha os elementos do tipo de uma norma incriminadora. Do mesmo modo, nada

103. Ibidem, p. 114 e ss.

104. Atendamos ao exemplo do psicopata do filme *Laranja Mecânica,* de Kubrick.

invalida que o agente que tenha essas alterações neurológicas não seja consciente do seu problema.

Contudo, quando abordada sob um ponto de vista puramente neurocientífico, a questão da consciência relaciona-se com a perceção da realidade de forma objetiva, ou da realidade de um objeto atribuída a um *self*[105]. Se partirmos desse raciocínio e o relacionarmos com as funções cognitivas do córtex pré-frontal, poderíamos equacionar que um agente que não tenha consciência da realidade – sendo induzido em erro por uma deficiência da sua (neuro)fenomenologia –, teria um qualquer dano ou fragilidade naquela parte do cérebro.

Todavia, afirmar isso não poderia constituir mais do que uma especulação, na medida em que a própria consciência não é quantitativamente mensurável. Destarte, falar da consciência em termos abstratos poderia ser redutor, na medida em que, em concreto, poder-se-iam criar situações de falta de equidade, pelo que o neurodeterminismo seria tanto maior quanto menor fosse o nível de consciência do agente, bem como o seu oposto.

De resto, ainda que possamos acompanhar o seguimento lógico da argumentação de SEARLE acerca da relação entre a neurobiologia e a negação do livre arbítrio, também encontramos no neurocientista Damásio a ideia de que a consciência pode ser ampliada em uma escala de ascensão em que a anterior possibilita a seguinte. Vejamos: (1) *Proto-self* > (2) *Self* central > (3) Consciência central > (4) Consciência Ampliada > (5) Consciência Moral[106]. Esse processo de aumento da consciência não seria mais do que um processo de autoconhecimento que se extravasaria para a perceção do conhecimento do outro a partir da consciência alargada.

Nesse sentido, essa consciência alargada é definida como "levar em consideração a mente de outra pessoa, entender as mentes de uma coletividade, (…) de valorizar a vida, construir um senso de bem e de mal distinto do de prazer e dor, levar em conta os interesses de outra pessoa ou da coletividade." Por outro lado, a consciência moral não seria uma consciência socialmente aceite como certa ou errada por um grupo maioritário ou dominador, mas na construção de uma moral própria. Damásio atribui-lhe dois pontos de distinção humana: "a capacidade de elevar-se dos ditames da vantagem e da desvantagem impostos pelas necessidades de sobrevivência" e "a perceção crítica de discordâncias,

105. DAMÁSIO, António. *O mistério da consciência*: do corpo e das emoções ao conhecimento de si. Trad. Laura Teixeira Motta. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2015. p. 33.

106. Ibidem, p. 188.

que leva à busca da verdade e ao desejo de criar normas e ideais para o comportamento e para a análise dos factos"[107].

Damásio é um neurocientista, não um criminólogo. Se tivéssemos de analisar uma conduta criminógena à luz da escala que atribuiu à evolução da consciência, poucos passariam do seu conceito/etapa da consciência central. Regressemos, a título de exemplo, o caso dos psicopatas – com toda a indeterminação conceitual desde a primeira vez que foi empregue o termo, em 1938, com Wittels, até à sua catalogação atual no DSM-V –, na medida em que a sua caracterização passa mais pela perceção da falta de empatia do que pela existência de qualquer problema cognitivo ou de inteligência[108]. Pelo contrário, são caracterizados como inteligentes, dissimulados e manipuladores. Não obstante, também é certo que, muito embora compreendam e joguem com as mentes e emoções das pessoas, não são capazes de se comportar de forma respeitosa ou empática, pelo que não caberiam no conceito de Damásio de consciência alargada. Têm uma consciência centrada em si e naquilo que lhes dá prazer: são racionais e individualistas[109].

Contudo, ainda nesses casos de psicopatia, não podemos deixar de elencar um facto: um psicopata, pela sua inteligência, pode nunca ser descoberto, pelo que pode agir de forma não impulsiva, mas calculada. Em termos neurológicos existem estudos que relacionam a psicopatia com o mau funcionamento da amígdala[110]. Não obstante, como podemos depreender, se analisarmos as características de um psicopata, nem sempre as suas ações são aparentemente violentas ou explosivas.

Compreendamos o que nos propomos criticar: se, por um lado, um psicopata *serial killer* é violento (ainda que se dissimule no ambiente, premedite e oculte os factos que o possam incriminar), um psicopata que se volta para a criminalidade económica e financeira pode ser muito bem ser bem entrosado socialmente, igualmente adaptável, provavelmente chegar a cargos de topo na empresa onde trabalha e, com um grau mais elevado de probabilidade – por

107. Ibidem, p. 187.

108. SHINE, Sidney Kiyoshi. *Psicopatia*: clínica psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 16-22.

109. CARVALHO, Tiago Santos; SUECKER, Betina Heike Krause. *A possível influência genética no perfil criminógeno de psicopatas*. Novo Hamburgo: Universidade Feevale, 2011. p. 62.

110. ANDERSON, Nathanael E.; KIEHL, Kent A. Functional neuroimaging and psychopathy. *Handbook of Psychopathy and Law*, Oxford, 2013. p. 136.

se tratar de um ramo da criminalidade de investigação difícil – será alguém sobre o qual muito dificilmente recairiam desconfianças e com elevados poderes decisórios. Jon Ronson aborda a temática e afirma que grande parte de CEO"s importantes, bem como políticos, são psicopatas[111].

Nessa linha de raciocínio resta-nos a dedução de mais uma evidência: a sociedade que não tolera os psicopatas – colocando-lhe o rótulo de doentes mentais e de sujeitos perigosos – é a mesma que os desconsidera quando, ao invés de empregarem violência física, empregarem violência psíquica para chegarem aos cargos de poder que tanto almejam, não olhando a meios para obter fins, mesmo que isso implique a violação de normas incriminadoras, com a confiança de que jamais serão descobertos, na medida em que têm poder/controlo sobre a situação.

Vejamos o dualismo que criticamos, através de mais um exemplo: se, por um lado, uma pessoa com perturbações obsessivo-compulsivas (que também apresenta alterações ou danos na amígdala) pode ser um cleptomaníaco, um piromaníaco ou, até, se levarmos ao extremo, um delinquente sexual ou um *serial killer*; por outro lado, uma outra pessoa com os mesmos problemas cerebrais que a predizem a comportamentos obsessivo-compulsivos pode ser um workaholic, um pesquisador, um artista, cientista, etc. Vejam como a mesma tendência neurológica, em termos abstratos, pode originar comportamentos totalmente distintos em concreto – e nem sempre ofensivos à sociedade ou a qualquer bem jurídico com dignidade penal.

Mesmo se olharmos para os psicopatas considerados violentos e explosivos – aqueles relativamente aos quais a criminologia, aliada à neurociência e à genética (e genómica comportamental) mais se voltam –, nada nos garante que não possam alterar o seu comportamento com base numa terapêutica (não radical como era a amigdalotomia) e, obviamente, não com base em segregações ou neutralizações meramente punitivas. O próprio Damásio, ao explicar os níveis de consciência, deixa em aberto a possibilidade de que aquela possa evoluir para outros estágios além da consciência central. Não queremos, contudo, dizer que deve o Direito Penal promover esse aumento de consciência. Muito menos que o deve fazer através da aplicação de penas que não resolvem a origem do problema e, como tal, serão sempre ineficazes nas suas "intenções" ressocializadoras – nos casos em que não seja considerada a inimputabilidade do agente.

111. RONSON, Jon. *The psychopath test*: a journey through the madness industry. New York: Penguin Publishing Group, 2011.

Por outro lado, se tivermos por verdade a teoria de Searl e aceitarmos que a consciência constituiria uma espécie de gap contemplativo – ou seja, um estádio interior –, chegaríamos à conclusão de que, no caso de o agente apresentar danos na amígdala, essa tendência originaria comportamentos violentos (ou, no mínimo, desproporcionais) como forma de reação a um estímulo do ambiente em que aquele agente se encontre inserido. Destarte, na linha de um determinismo neurobiológico, o aumento da consciência não implicaria, só de per si, a perda da tendência comportamental. Contudo, o aumento da consciência permitiria ao sujeito compreender o próprio problema e compreender o porquê da necessidade de tratamento.

Desse modo, há autores que contrariam aquele determinismo neurobiológico (e comportamental). Tudo com base na ideia de que a mente pode alterar as estruturas biológicas (físicas), através daquilo que designam de *"neuroplasticidade"*.

A neuroplasticidade – na linha do pensamento de Schwartz e Begley – traduz-se na maleabilidade das estruturas neurológicas: é a capacidade de alteração, de criação de novas conexões neuronais através do córtex[112]. A partir de tratamentos de reprogramação daquelas conexões neuronais, o sujeito começa a perder a tendência comportamental anterior para que desenvolva um novo comportamento. O desenvolvimento desta ideia encontra as suas reminiscências no campo da psicologia – ainda no século XIX –, com William James, quando começara a desenvolver o papel do hábito no comportamento, bem como da possibilidade da sua alteração com base na plasticidade comportamental que permite aos seres humanos a adaptação a diferentes ambientes[113]. Na década de 90 do século passado comprovou-se que as células do cérebro também possuíam essa plasticidade, daí o termo neuroplasticidade: uma revolução na forma como se entendia o cérebro até então[114]. Esta descoberta científica constitui um bom argumento contra a ideia de que somos totalmente determinados pelo nosso cérebro. Com esta possibilidade, ainda que sejamos inclinados a agir de acordo com uma determinada tendência comportamental (influenciada pelo cérebro), podemos alterá-la. Por outras palavras: muito embora os estudos voltados para o determinismo neurobiológico neguem o indeterminismo, estes estudos baseados na neuroplasticidade permitem-nos, também, negar o determinismo mais radical.

112. SCHWARTZ, Jeffrey M.; BEGLEY, Sharon. Op. cit., p. 15.

113. Para mais: BLANCO, Carlos A. The principal sources of William James idea of habit. *Habits*: plasticity, learning and freedom, article 274, v. 8, may 2014. p. 32.

114. COSTANDI, Moheb. *Neuroplasticity*. Cambridge: The MIT Press, 2016. p. 11.

Nessa linha de argumentação percebemos que as teorias macrocriminológicas também não erram ao afirmar que o meio em que o agente se insere acaba por influenciar o seu comportamento – o que se verifica quer na ecologia criminal da Escola de Chicago, quer na associação diferencial de Sutherland ou, ainda, na teoria da subcultura delinquente de Cohen. Isso entra, de igual modo, em consonância com os estudos de Newman, Freeman e Holzinger que – na primeira metade do século XX – verificaram que gémeos separados ao nascimento apresentavam maiores diferenças intelectuais (ou de personalidade) do que físicas, colocando em cheque o determinismo absoluto das teorias da hereditariedade[115].

Nesse sentido, se nos voltarmos para as ciências criminais, podemos ter o agente X que pratica o crime Y sem reincidir, tendo cometido o crime com base em uma situação de stress puramente circunstancial, que ativara uma tendência neurológica a ter comportamentos agressivos. Contudo, essa agressividade provém da situação provocadora de stress – que resulta do convívio em sociedade ou ser-aí-com-o-outro –, cujo estímulo desencadeia uma resposta desproporcional e irracional (raciocinando de acordo com os elementos científicos já explanados por Baird).

O problema está no facto de que – precisamente porque o ambiente também influencia o agente – aquele mesmo agente X, caso fosse condenado a pena de prisão efetiva, passaria a ser recluso de um ambiente hostil, que poderia agravar aquela tendência que o sujeito já possuía antes da prática do facto, em termos neurobiológicos à agressividade, excesso ou "perigosidade", aumentando a possibilidade de que, após cumprimento de pena, reincida e se torne delinquente habitual, num ciclo vicioso.

Por outro lado, a possibilidade de alteração de comportamento – em que o tratamento constitui um estímulo a uma mudança que também se verifica no interior do cérebro, cujas conexões entre sinapses não são estáticas – dá azo a mais uma crítica aos defensores dos tratamentos mais radicais, baseadas unicamente na medicina, como *v.g.*, a castração química: pode alterar-se o comportamento sem recurso ao extremo. Como afirma Roudinesco, "no fundo, os tratamentos perversos não são outra coisa que não a recondução disfarçada dos antigos castigos corporais"[116]. Nesse sentido, a submissão a tratamentos

115. NEWMAN; FREEMAN; HOLZINGER. *Twins*: a study of heredity and environment. Chicago: University of Chicago Press, 1937.

116. ROUDINESCO, Élisabeth. *Nuestro lado oscuro: una historia de los perversos*. Trad. Rosa Alapont. Barcelona: Anagrama, 2009.

radicais como a castração química – com efeitos nocivos no organismo do agente condenado a esse tipo de tratamento – prova-se ineficaz e, não raro, aqueles agentes reincidem: ainda que sejam incapazes de ereção, nos crimes sexuais, praticam o crime através de objetos[117].

Não obstante, através da ideia de neuroplasticidade e do desenvolvimento da psicologia comportamental, desenvolveram-se estudos de sucesso, designadamente com pessoas detentoras de distúrbios obsessivo-compulsivos, baseados em tratamentos sem recurso a medicamentos: voltados para a alteração dos circuitos cerebrais, tentando resolver o problema na sua origem[118]. Destarte, este tipo de tratamentos pressupõe a vontade do agente-paciente, na medida em que se quer dialógico e que pressupõe o desenvolvimento da atenção[119]. Uma das propostas apresentadas por Schwartz (psiquiatra que pesquisa neuroplasticidade) é a aplicação de técnicas de *mindfulness* e de meditação, que promovem aumento da consciência e que têm efeitos tranquilizantes nos seus praticantes: esse aumento de consciência faz com que a pessoa não fique presa àquilo que o autor designa de "*brain lock*"[120] – em que os pensamentos geram ciclos intermináveis (fechados) de causa e efeito – fazendo com que o sujeito-paciente que pratique essas técnicas possa ter autocontrolo sobre os seus atos. Com esse autocontrolo torna-se menos influenciável ou determinado pelos estímulos que recebe do ambiente em que se encontra inserido.

Compreender como atuam este tipo de terapias faz-nos colocar em causa o determinismo biológico mais radical, na medida em que o comportamento humano não seria unicamente produto do cérebro, mas de um dualismo mente/cérebro. Nessa medida, Schwartz fala-nos do poder da força mental que é criada pela mente como um fator importante para desencadear as alterações possíveis, mesmo nos cérebros adultos, devido à plasticidade das conexões cerebrais[121]. Contudo, corroborar esta questão do dualismo mente/cérebro tornou-se complexa para a filosofia da mente, na medida em que é difícil reconciliar "uma ciência baseada na compreensão da estrutura causal do mundo físico descrito (incluindo os nossos corpos e mentes), com a aparente capacidade de os nossos pensamentos conscientes e esforços para fazer com que os

117. VILAJOSANA, Josep M. Castración química y determinismo. *Revista Doxa*, n. 31, 2008. p. 504.

118. SCHWARTZ , Jeffrey M.; BEGLEY, Sharon. Op. cit., p. 4.

119. Ibidem, p. 338.

120. Ibidem, p. 54 e ss.

121. Ibidem, p. 255 e ss.

nossos corpos se movam da forma como conscientemente pretendemos"[122]. STAPP afirma, contudo, que a mecânica quântica responde afirmativamente a esse problema[123].

Independentemente de qualquer crítica, as terapias de *mindfulness* – que, antes do surgimento da psicologia, encontram as suas origens em filosofias budistas provindas do oriente, que sempre privilegiaram a meditação – têm provado a eficácia daquela teoria no que toca aos resultados: um estudo experimental no distrito de Columbia, realizado em 1993, demonstrou que a aplicação de técnicas de meditação reduziu a percentagem de crimes violentos, como homicídios, crimes sexuais e assaltos, em cerca de 24%, com possibilidade de, a longo prazo, reduzirem para 48%[124]. Desde então, lentamente, esse tipo de estudos fez com que se passasse a vislumbrar essas formas terapêuticas como uma forma de prevenção para a prática de crimes violentos, como explicam Dillbeck e Cavanaugh[125].

5. Considerações finais

Como afirma Zaffaroni, a escola positiva e a ideia de "perigosidade constituíram a negação mais radical de humanidade, abrindo caminho a estruturas inquisitoriais e à obsessão pela ordem de disciplina policial da sociedade"[126]. Este autor também constata que a conduta e o facto perderam, com isso, importância no que toca ao princípio da ofensividade dado que as ciências criminais se voltaram para a neutralização do autor: naquela altura com base em conceitos da biologia.

122. STAPP, Henry P. *Philosophy of mind and the problem of free will in the light of quantum mechanics*. Disponível em: [www-physics.lbl.gov/~stapp/Philosophy.pdf].

123. Para perceber a explicação de Stapp e a relação da mecânica quântica com a existência de livre arbítrio, *vide* o artigo mencionado na nota de rodapé anterior.

124. HAGELIN, John S.; RAINFORTH, Maxwll V.; CAVANAUGH, Kenneth L. C.; ALEXANDER, Charles N.; SHATKIN, Susan F.; DAVIES, John L.; HUGHES, Anne O.; ROSS, Emanuel; ORME-JOHNSON, David W. Effects of group practice of the transcendental meditation program on preventing violent crime in Washington, D.C.: results of the national demonstration project, june-july 1993. *Social Indicators Research*, v. 47, issue 2, june 1999. p. 153-201.

125. DILLBECK, Michael C.; CAVANAUGH, Kenneth. *Societal violence and colective consciousness*: reduction of U.S. Homicide and Urban Violent crime rates. Disponível em: [http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244016637891].

126. ZAFFARONI, Eugenio Raúl. Humanitas en el derecho penal. *Cahiers de defense social*: pour une politique criminelle humaniste. p. 11. Disponível em: [www.defensesociale.org/CAHIERS_2012/Cahiers_2011-2012_PDF.pdf].

Acima, Zaffaroni fala do que possibilitou a criminologia positivista, na passagem do final do século XIX para o século XX. Não obstante, como já vimos com o presente artigo, os perigos agora são reforçados. A globalização potencializou a fobia do risco, a necessidade de punir o perigo e, sobretudo, de reforçar a segurança promovendo, de igual modo, o surgimento de medidas de segurança pré-delituais. Estas medidas de segurança pré-delituais não poderiam importar ao Direito Penal, na medida em que violariam uma série de liberdades e garantias fundamentais do sujeito, visto que se *"baseiam em uma mera presunção de perigosidade futura*"[127]. Se já tínhamos percebido, historicamente, o papel dos Hospitais Gerais com Foucault, o papel estrutural da segregação dos inconvenientes com Rusche e Kirchheimer[128] e a irmandade das medidas de segurança com as penas no que toca ao controlo social com Christie, agora deparamo-nos com a tendência de utilização das medidas de segurança como mecanismo útil para fazer face a um risco incerto e, sobretudo, possivelmente inofensivo: uma tendência que pode levar a aplicação arbitrária de medidas de segurança com o intuito de se evitar a reincidência[129].

Como afirma Paloma Requejo Rodriguez, essas tenências foram agravadas pelo terrorismo, levando a políticas criminais redutoras das liberdades: políticas essas que a autora também concorda que surgiram primeiro nos EUA e depois na Europa, sobretudo no que tange a "crimes violentos, delitos sexuais e reincidência"[130].

A maioria dessas tendências securitárias tem como base estudos neurocriminológicos em voga que, supostamente, justificariam a certeza da existência de tendências no sujeito à agressividade: as características do seu cérebro levariam o sujeito a delinquir de forma reincidente. Nesse sentido, criaram-se notas objetivas daquele que seria – não um criminoso nato ao jeito de Lombroso – o novo perigoso nato: um sujeito a neutralizar.

---

127. GUTIÉRREZ, Zamyr Veja. Las medidas de seguridad pós delictum. Aspectos esenciales del Juicio de Peligrosidad. *Revista de Derecho*, n. 6, 2003. p. 123.

128. "*A instituição que é usada ao mesmo tempo como um hospital e como prisão parece um hospital para infectar o doente e uma prisão para propagar os crimes*". Cfr. RUSCHE; KIRCHHEIMER. Op. cit., p. 132.

129. GARAY, Lucía Martínez. La incertiumbre de los prognósticos de peligrosidad: consequências para la dogmática de las medidas de seguridad. *Indret*: Revista para el Análisis del Derecho, n. 2, 2014. p. 1-77.

130. RODRÍGUEZ, Paloma Requejo. Peligrosidad criminal y Constitución. *Indret*: Revista para el Análisis del Derecho, n. 3, 2008. p. 3.

Ao longo do presente artigo também comprovamos a existência de argumentos em contrário, que colocam em cheque os pensamentos neurodeterministas e comportamentais mais radicais, designadamente pela possibilidade de o sujeito conseguir alterar aquelas tendências comportamentais que, por sua vez, podem alterar a estrutura das células neuronais devido à plasticidade destas últimas.

Ao mesmo tempo, verificamos os perigos (e falhas) dos métodos de diagnóstico clínico e atuarial e colocamos em perspetiva os novos perigos para a neutralização de indivíduos considerados perigosos: as técnicas de *bioprediction*. Apontamos, ainda, para o facto de os custos destas técnicas serem avultados, para serem analisados em concreto, pelo que se corre o risco de que determinados fatores de *bioprediction* sejam compactados em algoritmos abstratos (e baratos) a serem utilizados por políticas criminais atuariais, de modo a neutralizar a perigosidade de um sujeito rotulado como perigoso – etiquetado e tornado um alvo preferencial –, sob as vestes pseudo eficientistas da defesa social, alimentadas por um empreendedorismo moral[131] que gera fenómenos de encarceramento em massa. É, contudo, de referir que o conceito de perigosidade social é muito mais amplo do que perigosidade criminal: este último deveria voltar-se para a elevada possibilidade de um indivíduo cometer um crime, excluindo-se qualquer outro tipo de danosidade social[132] em que não esteja em causa a proteção de um bem jurídico com dignidade penal. Caso contrário, estaríamos perante a utilização funcionalista de medidas de segurança para promover maiores níveis de segurança – e, por conseguinte, de controlo social –, em *primeira ratio*, sem que esteja em causa a proteção de nenhum bem jurídico, colocando, dessa forma, em causa a subsidiariedade do Direito Penal e o princípio da ofensividade: se assim fosse, no caso português, violaria o art. 18º, nº 2 da Constituição da República Portuguesa, que diz respeito à proporcionalidade na restrição de Direitos, Liberdades e Garantias, na sua dimensão de princípio da proibição do excesso.

Na linha do pensamento de GREELY, as ciências criminais, aliadas à neurociência – e ao pensamento neurodeterminista da filosofia da mente –, voltaram-se para a questão "quem é que praticou o crime(?)"[133], como se se

131. Em alusão aos "*Outsiders*" de Becker.

132. Nessa linha, elaborando uma distinção: GOMEZ, Alfonso Serrano. Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social. *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, t. 27, fasc./mês. 2, 1974. p. 221 e ss.

133. GREELY, Henry T. *Who knows what evil*, cit., p. 171 e ss.

pudesse encontrar, através de mecanismos neurocientíficos – como técnicas de neuroimagem (fMRI), detetores de mentira ou questões de genómica comportamental –, uma verdade absoluta e inquestionável. Como se a ciência não se encontrasse em constante evolução: não fosse aquela constituída de oscilações entre teoria e falsificação, aceitando-se como verdade um paradigma que, ainda que corroborado, será sempre passível de falsificação. Parece-nos essa a linha de pensamento para a qual se inclina Greely ao afirmar que a "as neurociências não são determinativas e que o seu desenvolvimento se encontra num mundo de sombras[134]."

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA JÚNIOR, A. Hereditariedade e crime. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo*, v. 42, p. 97-116, 1947.

ALTHUSSER, Louis. *Idéologie et apareils idéologiques d"État*. Paris: Éditions Sociales, 1976.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual de Diagnóstico e Estatístico* de *Transtornos Mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed: American Psychiatric Association, 2014.

ANDERSON, Nathanael E.; KIEHL, Kent A. Functional neuroimaging and psychopathy. *Handbook of Psychopathy and Law*, Oxford, 2013.

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. Do paradigma etiológico para o paradigma da reacção social: mudança e permanência de paradigmas criminológicos na ciência e no senso comum. *Revista Sequência*, v. 16, n. 30, p. 24-36, 1995.

ANTUNES, Maria João. Perigosidade – Intervenção estatal em expansão? *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, ano 24, v. 121 (volume especial sobre Teoria do Delito), p. 191-206, jul. 2016.

BAIRD, Abigail A. The developmental neuroscience of criminal behavior. *The impacto f behavioral sciences on criminal law*, New York, p. 81-121, 2009.

BARATTA, Alessandro. *Criminologia Crítica e crítica do Direito Penal*. Trad. Juarez Cirino dos Santos. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2002.

BARBOSA, Mario Davi. Originalidade e Pessimismo: a recepção da criminologia positiva na obra de Nina Rodrigues. *Revista Liberdades IBCcrim*, n. 8, set.-dez. 2011. Disponível em: [www.ibccrim.org.br/revista_liberdades_artigo/97-RESENHA].

BAUM, Matthew L. *The neuroethics of biomarkers*: what the development of bioprediction means for moral responsibility, Justice and the Nature of Mental Disorder. Oxford: Oxford University Press, 2016.

134. Ibidem, p. 178.

BLANCO, Carlos A. The principal sources of William James idea of habit. *Habits*: plasticity, learning and freedom, article 274, v. 8, may 2014.

BECKER, Howard S. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Trad. Maria Luíza Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

BEDARD, Hannah L. The potential for bioprediction criminal law. *The Columbia Science and Technology Law Review*, v. XVIII, Spring 2017.

BRAITHWAITE, John. *Crime, Shame and Reintegration*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

CARVALHO, Tiago Santos; SUECKER, Betina Heike Krause. *A possível influência genética no perfil criminógeno de psicopatas*. Novo Hamburgo: Universidade Feevale, 2011.

CASTRO, Lola Aniyar de. *A criminologia da libertação*. Rio de Janeiro: Revan, 2005.

CHRISTIE, Nils. *A indústria do controle do crime*: a caminho dos Gulags em estilo ocidental. Trad. Luís Leiria. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

CONDE, Francisco Muñoz. *Edmund Mezger y el derecho penal de su tiempo*: estudios sobre el derecho penal en el nacionalsocialismo. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2003.

CORREIA, Eduardo. *Direito criminal*. reimp. Coimbra: Edições Almedina, 2007. v. I.

COSTA, José de Faria. *Noções fundamentais de direito penal (fragmenta iuris poenalis)*. 2. ed. reimp. Coimbra: Coimbra Editora, 2010.

COSTA, José de Faria. *O perigo em direito penal*: (contributo para a sua fundamentação e compreensão dogmáticas). reimp. Coimbra: Coimbra Editora, 2000.

COSTANDI, Moheb. *Neuroplasticity*. Cambridge: The MIT Press, 2016.

CRESPO, Demetrio. Libertad *versus* determinismo en derecho penal? *Revista de Derecho e Genoma Humano*, n. extra 1, p. 111-124, 2014.

DALBRENTA, Daniele Velo. Search of lombrosian type of delinquent. *The Cesare Lombroso Handbook*, London, 2013.

DAMÁSIO, António. *O mistério da consciência*: do corpo e das emoções ao conhecimento de si. Trad. Laura Teixeira Motta. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

DENNIS, Nancy A.; BOWMAN, Caitlin R.; TURNEY, Indira C. Functional neuroimaging of false memories. *The Wiley Handbook on the Cognitive Neuroscience of Memory*, Oxford, p. 150-171, 2015.

DIAS, Jorge de Figueiredo; ANDRADE, Manuel da Costa. *Criminologia:* o homem delinquente e a sociedade criminógena. Coimbra: Coimbra Editora, 2011.

DIETER, Maurício Stegemann. *Política criminal atuarial*: a criminologia do fim da história. Rio de Janeiro: Revan, 2013.

DILLBECK, Michael C.; CAVANAUGH, Kenneth. *Societal violence and colective consciousness*: reduction of U.S. Homicide and Urban Violent crime rates. Disponível em: [http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244016637891].

EAGLEMAN, David. *Incognito*: the secret lives of the brain. New York: Pantheon Books, 2011.

FARAHANY, Nita A.; COLEMAN, James E. Genetics, neuroscience, and criminal responsibility. *The Impact of Behavioral Sciences on Criminal Law*, New York, p. 183-240, 2009.

FARAHANY, Nita A. Incriminating thoughts. *Stanford Law Review*, v. 64, p. 351-408, fev. 2012.

FERRI, Enrico. *Il nuovi orizzonti del diritto e della procedura penale*. Bologna: Nicola Zanichelli, 1881.

FERRI, Enrico. *The positive school of criminology*: three lectures given at the university of Naples, Italy, on April 22, 23 and 24, 1901. Chicago: Charles H. Kerr& Company, 1908.

FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l"âge classique*. Paris: Editions Gallimard, 1972.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Trad. Ligia Vassalo. Petrópolis: Vozes, 1988.

FRAGOSO, Christiano Falk. *Autoritarismo e sistema penal*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

GARAY, Lucía Martínez. La incertiumbre de los prognósticos de peligrosidad: consequências para la dogmática de las medidas de seguridad. *Indret*: Revista para el Análisis del Derecho, n. 2, p. 1-77, 2014.

GELERNTER, J.; KRANZLER, Henry; CUBELLS, Joseph F. Serotonin transporter protein (SLC6A4) allele and haplotype frequencies and linkage disequilibria in African- and European-American and Japanese populations and in alcohol-dependent subjects. *Human Genetics*, v. 101, Issue 2, p. 243-246, nov. 1997.

GOMEZ, Alfonso Serrano. Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social. *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, t. 27, fasc./mês. 2, p. 221-264, 1974.

GREELY, Henry T. "Who knows what evil lurks in the hearts of men?": behavioral genomics, neuroscience, criminal law, and the search for hidden knowledge. *The Impact of Behavioral Sciences On Criminal Law*, New York, 2009.

GREELY, Henry T. Neuroscience and criminal justice: not responsibility but treatment. *Kansas Law Review*, v. 56, p. 1103-1138, out. 2008.

GUTIÉRREZ, Zamyr Veja. Las medidas de seguridad pós delictum. Aspectos essenciales del Juicio de Peligrosidad. *Revista de Derecho*, n. 6, 2003.

HAGELIN, John S.; RAINFORTH, Maxwll V.; CAVANAUGH, Kenneth L. C.; ALEXANDER, Charles N.; SHATKIN, Susan F.; DAVIES, John L.; HUGHES, Anne O.; ROSS, Emanuel; ORME-JOHNSON, David W. Effects of group practice of the transcendental meditation program on preventing violent crime in

Washington, D.C.: results of the national demonstration project, june---july 1993. *Social Indicators Research*, v. 47, issue 2, p. 153-201, june 1999.

HIKAL, Wael. Criminología psicoanalítica, conductual e del desarrollo. *Revista Científica Universidad Autónoma de Nuevo* Léon, v. XII, n. 2, marzo 2009.

LEA, John; YOUNG, Jock. *What is to be done about law and order?* 2. ed. rev. London: Pluto Press, 1993.

LIFSCHITZ, Sergio Politoff. *Los* Actos Preparatorios del Delito, Tentativa y Frustracion. Estudio de Dogmatica Penal y de Derecho Comparado. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 1999.

LOMBROSO, Cesare. *L"uomo delinquente*: in rapporto all"antropologia, alla giurisprudenza ed alla psichyatria. 5. ed. Milano: Torino Fratelli Bocca Editori, 1897.

MATTOS, Virgílio de. *Crime e psiquiatria*: uma saída. Preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2006.

MLODINOW, Leonard. *Subliminar*: como o inconsciente controla o nosso comportamento. Trad. Ana Mendes Lopes. Lisboa: Marcador Editora, 2014.

MOLINA, Antonio Garcia-Pablos de. *Tratado de criminologia*. 5. ed. Madrid: Tirant Lo Blanch, 2014.

MUSUMECI, Emilia. New natural born killers? The legacy of Lombroso in neuroscience and law. *Cesare Lombroso Handbook*. London, p. 136-146, 2013.

NELLIS, Ashley. The color of justice: racial and ethnic disparity in states prisions. Disponível em: [www.sentencingproject.org/publications/color-of--justice-racial-and-ethnic-disparity-in-state-prisons].

NEWMAN; FREEMAN; HOLZINGER. *Twins*: a study of heredity and environment. Chicago: University of Chicago Press, 1937.

PATUELI, Francesca. Garofalo, Raffaele: positivist school. *Encyclopedia of Criminological Theory*, v. 1, London, p. 352-355, 2010.

PIEDECASAS, José Ramón Serrano. *Fundamento de la punición en la tentativa.* Livro de Homenage al Prof. Doctor Don Ángel Torío Lopez. Granada: Comares, 1999.

PUSTILNIK, Amanda C. Violence in the brain: a critique of neuroscience in criminal law. *Wake Forest Law Review*, 183, v. 44, 2009.

RODRIGUES, Marcela Franzen. Raça e criminalidade na obra de Nina Rodrigues: uma história psicossocial dos estudos raciais no Brasil dos inícios do século XIX. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 15, n. 3, 2015. Disponível em: [www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/19431/14023].

RODRÍGUEZ, Enrique Esbec. Valoración de la Peligrosidad criminal (riesgo violência) en psicologia forense: aproximación conceptual e histórica. *Psicopatologia clínica legal y forense*, v. 3, n. 2, p. 45-64, 2003.

RODRÍGUEZ, Paloma Requejo. Peligrosidad criminal y Constitución. *Indret*: Revista para el Análisis del Derecho, n. 3, 2008.

RONSON, Jon. *The psychopath test*: a journey through the madness industry. New York: Penguin Publishing Group, 2011.

ROUDINESCO, Élisabeth. *Nuestro lado oscuro: una historia de los perversos*. Trad. Rosa Alapont. Barcelona: Anagrama, 2009.

RUSCHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto. *Punição e estrutura social*. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SANTOS, Cláudia Maria Cruz. *O crime do colarinho branco*: (da origem do conceito e sua relevância criminológica à questão da desigualdade na administração da justiça penal). Coimbra: Coimbra Editora, 2001.

SANTOS, Juarez Cirino dos. *A criminologia radical*. Curitiba: Lumen Juris, 2006.

SATEL, Sally; LILIENFELD, Scott O. *Brainwashed*: the seductive appeal of mindless neuroscience. New York: Basic Books, 2013.

SEARLE, John. *Freedom and neurobiology*: reflections on free will, language and political power. New York: Columbia University Press, 2007.

SCHULT-BOKHOLT, Alfredo. Latin American critical criminology. *Routledge Handbook of Critical Criminology*, London and New York, 2012.

SCHWARTZ, M. D. Jeffrey M.; BEGLEY, Sharon. *The mind and the brain*: neuroplasticity and the power of mental force. New York: Harper Perennial, 2003.

SHECAIRA, Sérgio Salomão. *Criminologia*. 6. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

SHINE, Sidney Kiyoshi. *Psicopatia*: clínica psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

STAPP, Henry P. *Philosophy of mind and the problem of free will in the light of quantum mechanics*. Disponível em: [www-physics.lbl.gov/~stapp/Philosophy.pdf].

TRAVIS, Jeremy; WESTERN, Bruce; REDBURN, Steve. *The growth of incerceration in the United States*: exploring causes and consequences. Washington D.C: The National Academy Press.

VALVERDE, Mariana. Lombroso"s Criminal Women and the uneven development of the modern lesbian identity. *The Cesare Lombroso Handbook*, London, p. 201-213, 2013.

VAZ, Maria João. O registo de identificação criminal de condenados por crimes contra a autodeterminação e liberdade sexual de menores: um mal desnecessário. *Lisbon Law Review*, v. LVII, p. 145-167, abr. 2016.

VILAJOSANA, Josep M. Castración química y determinismo. *Revista Doxa*, n. 31, 2008.

WELZEL, Hans. *Derecho penal*: parte general. Buenos Aires: Depalma, 1956.

WELZEL, Hans. *Teoria de la acción finalista*. Buenos Aires: Astrea, 1951.

YOUNG, Jock. Left idealism, reformism and beyond: fom new crimonology to marxism. *Capitalism and rule of law*: from deviancy theory to marxism. London: Hutchinson, 1979.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. Humanitas en el derecho penal. *Cahiers de defense social*: pour une politique criminelle humaniste. Disponível em: [/www.defensesociale.org/CAHIERS_2012/Cahiers_2011-2012_PDF.pdf].

Pesquisas do editorial

Veja também Doutrina

- A contribuição dos sociólogos clássicos para a análise da violência e do crime, de Aida Griza, Claudia Tirelli e Letícia M. Schabbach – *RBCCrim* 94/277-303 (DTR\2012\17);
- Direito penal e possibilidade: o neurodeterminismo e seu déficit de normatividade para a fundamentação da culpabilidade, de Bruno Tadeu Buonicore – *RBCCrim* 141/15-60 (DTR\2018\8686);
- Notas sobre o neurodireito penal e a neurocriminologia, de Jéssica Ferracioli – *RBCCrim* 132/17-37 (DTR\2017\1423);
- Polícia e criminalidade no estado de direito, de Antonio García-pablos de Molina – *RBCCrim* 17/257-276 (DTR\1997\490); e
- Um capítulo esquecido na história da criminologia no Brasil: Paulo Egídio e a sociologia criminal em São Paulo, de Marcos César Alvarez – *RBCCrim* 45/283-292 (DTR\2003\490).

Lógica manicomial e invisibilidade: estudo sobre os internos do Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso – IPF-RS

Manicomial logic and invisibility: study on the interns of the Forensic Psychiatric Institute Doutor Maurício Cardoso – IPF-RS

Rodrigo Ghiringhelli de Azevedo

Bolsista de Produtividade em Pesquisa nível 1D do CNPq. Graduado em Ciências Jurídicas e Sociais pela UFRGS (1991). Especialista em Análise Social da Violência e Segurança Pública (1996). Mestre (1999) e Doutor (2003) em Sociologia pela UFRGS, com estágios de Pós-Doutorado em Criminologia na Universitat Pompeu Fabra (2009), e na Universidade de Ottawa (2013). Atualmente é Professor Titular da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, atuando nos Programas de Pós-Graduação em Ciências Criminais e em Ciências Sociais. É líder do Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas de Segurança e Administração da Justiça Penal (GPESC) e membro do Fórum Brasileiro de Segurança Pública. É pesquisador associado e membro do Comitê Gestor do Instituto Nacional de Estudos Comparados em Administração Institucional de Conflitos (INCT-INEAC) e bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq.
rodrigo.azevedo@pucrs.br

Luiz Antônio Alves Capra

Mestrando em Ciências Criminais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Especialista em Ciências Penais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Bacharel em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professor de Direito Penal na Faculdade de Direito – São Judas Tadeu (Porto Alegre-RS). Juiz de Direito em Porto Alegre, na Turma Recursal Criminal (Sistema dos Juizados Especiais Criminais – Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul).
laacapra@gmail.com

Recebido em: 24.01.2018
Aprovado em: 12.03.2018
Última versão do(a) autor(a): 26.03.2018

Áreas do Direito: Penal, Processual

Resumo: Neste artigo pretendemos demonstrar a forma como ocorre a execução das medidas de segurança de internação, espécie de sanção penal aplicada aos portadores de doença mental

Abstract: In this article we intend to demonstrate how the execution of the measures of security of internment takes place, kind of criminal sanction applied to the mentally ill people that

Azevedo, Rodrigo Ghiringhelli de; Capra, Luiz Antônio Alves. Lógica manicomial e invisibilidade: estudo sobre os internos do Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso – IPF-RS. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. vol. 144. ano 26. p. 125-158. São Paulo: Ed. RT, junho 2018.

que cometem crimes, fazendo-o a partir do exame dos respectivos processos judiciais em tramitação na Vara de Penas e Medidas Alternativas de Porto Alegre, órgão judicial que centraliza os processos dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso. Para a análise dos dados, parte-se do estudo da relação entre o direito e a psiquiatria, que acabou por conduzir à criação não apenas da figura do inimputável, o "louco criminoso", mas igualmente da medida de segurança. Conclui-se que, a despeito da denominada Lei Antimanicomial (Lei 10.216/01), que tem por escopo a desinstitucionalização dos pacientes, as engrenagens que se movem na execução das medidas de segurança ainda são orientadas pela antiga lógica manicomial, o que acarreta a invisibilidade dos internos, cuja dignidade é reiteradamente violada, em uma sociedade que tende ao esquecimento.

Palavras-chave: Medidas de segurança – Inimputabilidade – Louco criminoso – Lógica manicomial – Invisibilidade.

commit crimes, doing it from the examination of the respective judicial processes in process in the Court of Penalties and Alternatives Measures from Porto Alegre, judicial body that centralizes the proceedings of the inmates of the Forensic Psychiatric Institute Doutor Maurício Cardoso. The theoretical basis of the article is the approach to the relationship between law and psychiatry, which has led to the creation not only of the "madman" but also of the security measure. We concluded that, despite the so-called Antimanicomial Law (Law No. 10.216 / 01), which has the scope of deinstitutionalization of patients, the gears that move in the execution of safety measures are still guided by the old asylum logic, which causes the invisibility of the patients. whose dignity is repeatedly violated, in a society that tends to forget.

Keywords: Security measures – Inimputability – Crazy criminal – Manicomial logic – Invisibility.

Sumário: 1. Introdução. 2. Direito e psiquiatria: do inimputável às medidas de segurança. 3. Uma pena chamada medida de segurança e a sua lógica perversa. 4. O perfil dos internos do IPF-RS. 4.1. Sexo. 4.2. Condição econômica. 4.3. Faixa etária. 4.4. Naturalidade. 4.5. Cor ou raça. 4.6. Situação conjugal. 4.7. Escolaridade. 4.8. Religião. 4.9. Profissão. 4.10. Tempo de institucionalização. 4.11. Situação atual. 4.12. Natureza da infração penal. 4.13. Quadro de doenças. 4.14. Perfil preponderante. 5. Estudos de caso. 5.1. Caso n. 1 (Processo n. 55.607-1). 5.1.1. Análise dos dados. 5.2. Caso n. 2 (Processo n. 105625-5). 5.2.1. Análise dos dados. 6. A lógica manicomial confirmada. 7. Considerações finais. 8. Referências.

1. Introdução

O problema carcerário existente no País, que se traduz em um superencarceramento, torna estatisticamente insignificante o número de internos que se encontram em cumprimento de medidas de segurança, contribuindo, assim, para a invisibilidade destes. Com efeito, enquanto o INFOPEN 2014 indicava um total 607.731 presos, o número de pessoas em cumprimento de medidas de segurança correspondia a 2.857 (sendo 2.497 internos e 360

ambulatoriais)[1]. Assim, o número daqueles que, segundo tal levantamento, se encontravam internados, representa tão somente 0,41% do total de presos no Brasil. Diferente não ocorre no Rio Grande do Sul, onde, em dados de maio de 2017, para os 170 internos do Instituto Psiquiátrico Forense, temos um total de 35.827 presos[2], significando que aqueles representam 0,47% destes.

Essa insignificância estatística possui o efeito perverso de induzir a falsa suposição de que o problema não existe, ou quiçá de que não é tão grave, notadamente porque o silêncio dos manicômios judiciários não produz rebeliões ou manchetes. O silêncio dos manicômios não reclama a dignidade da pessoa humana e, tampouco, permite a compreensão da simbiose estabelecida entre o direito e a psiquiatria, ao pretexto de punir ou curar os loucos criminosos.

O desafio que se apresenta é o de enxergar para além dos dados estatísticos, para além dos muros que ainda cercam as casas de custódia e nos remetem ao século XIX, o denominado Século dos Manicômios. Para tanto, é necessária a compreensão do caminho até aqui percorrido, aliado ao exame das mazelas que ainda se fazem presentes, permitindo, assim, a compreensão da realidade estabelecida no Brasil. A realidade que encontramos, contudo, é a de que nem mesmo diante da Lei Antimanicomial (Lei 10.216/01), que importou não apenas na obrigação da adoção de políticas públicas de desinstitucionalização, mas igualmente na vedação à internação em instituições com características asilares (art. 4º, § 3º), bem como na necessidade de atendimento da finalidade de reinserção social (art. 4º, § 1º), se abandonou por completo a lógica manicomial[3].

2. Direito e psiquiatria: do inimputável às medidas de segurança

O Código Penal de 1940 estabelecia o sistema do duplo binário, do qual decorria a possibilidade de imposição da medida de segurança independentemente da imputabilidade. Assim, uma vez reconhecido o "estado de perigo", era possível a aplicação da pena e da medida de segurança, conjunta e sucessivamente, mesmo àqueles considerados imputáveis ou semi-imputáveis. Tal

1. BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. Notícias. Disponível em: [www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio--depen-p. versao-web.pdf]. Acesso em: 19.10.2016.
2. BRASIL. Estado do Rio Grande do Sul. Superintendência dos Serviços Penitenciários. Disponível em: [www.susepe.rs.gov.br/capa.php]. Acesso em: 03.05.2017.
3. Muito embora, diante das experiências positivas realizadas em outros Estados da Federação, não seja possível generalizar.

situação somente veio a ser modificada a partir da reforma do Código Penal de 1940, que adotou o sistema vicariante, importando este na cisão da resposta punitiva a fim de diferenciar entre imputáveis (pena) e inimputáveis (medida de segurança)[4]. Com isso, consagrou-se, definitivamente, a apropriação do jurídico pela psiquiatria, denominada por Foucault como "tratamento médico-judicial", no qual o papel do psiquiatra ultrapassa a condição de perito para transformar-se em "conselheiro de punição", cabendo-lhe dizer se o indivíduo é perigoso[5].

As relações entre a Psiquiatria e o Direito Penal se estabelecem entre dois tipos de poder de sequestro. De um lado, um poder que se sustenta nas leis advindas do contrato social de bases liberais e, de outro, um poder que tem por suporte a tecnologia médica. De tal maneira, impactado pelas ciências humanas, irá o Direito Penal transformar o direito de sequestrar (ou de punir), apropriando-se de conceitos médicos como anormalidade e cura e utilizando-se de uma função técnica[6]. A partir dessa relação escusa-se o juiz em ser aquele quem castiga, pois a punição se apresenta como a busca pela cura[7].

Estamos diante, na realidade, de um "[...] profícuo casamento entre o direito e a medicina que, agora, funcionam juntos como a principal plataforma de defesa da sociedade contra essa figura estranha e obscura do louco-criminoso". É justamente a partir desse casamento que é gerado o inimputável[8].

O primeiro conceito jurídico com o qual devemos lidar ao tratar das medidas de segurança diz respeito à denominada inimputabilidade psíquica[9], contemplada no *caput* do art. 26 do Código Penal[10]. Ao lado da inimputabilidade

4. CARVALHO, Salo. *Penas e medidas de segurança no Direito Penal brasileiro*. Saraiva. 2. ed. São Paulo, 2015. p. 502-504.
5. FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir:* nascimento da prisão. 42. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014. p. 26.
6. RAUTER, Cristina. *Criminologia e subjetividade no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2013. p. 43.
7. "naturalmente, damos um veredicto, mas ainda que reclamado por um crime, vocês bem podem ver que para nós funciona como uma maneira de tratar um criminoso; punimos, mas é um modo de dizer que queremos obter a cura". In: FOUCAULT, Michel, op. cit., p. 26.
8. IBRAHIM, Elza. *Manicômio judiciário:* da memória interrompida ao silêncio da loucura. Curitiba: Appris, 2014. p.49.
9. CARVALHO, Salo. *Penas e medidas de segurança no Direito Penal brasileiro*. Saraiva. 2. ed. São Paulo, 2015. p. 499.
10. "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

psíquica situa-se, ainda, a hipótese de semi-imputabilidade[11], prevista no parágrafo único do mesmo artigo[12].

Estão sujeitos à imposição de medida de segurança tanto os inimputáveis psíquicos quanto os semi-imputáveis, com a diferença de que a estes também pode ser aplicada, alternativamente, uma pena reduzida. A definição, portanto, da resposta jurídica cabível (pena ou medida de segurança), dependerá da classificação imputável ou inimputável atribuída ao autor da conduta, o que importa em fragmentação do sistema de responsabilidade criminal em dois distintos discursos de fundamentação: de um lado, um sistema de culpabilidade (imputabilidade/pena) e, de outro, um sistema de periculosidade (inimputabilidade/medida de segurança)[13].

Nas duas hipóteses, abre-se a possibilidade de execução da medida de segurança mediante internação ou tratamento ambulatorial, sendo que esta somente é possível caso corresponda à crime punido com detenção. Em relação a tais modalidades, a distinção básica é que, enquanto a internação pressupõe o abrigamento em hospital de custódia, o tratamento ambulatorial não obriga a permanência em instituição de tal natureza, mas tão somente o comparecimento a hospital para receber o atendimento.

O reconhecimento da inimputabilidade bem como da semi-imputabilidade decorrem, na forma do art. 149 do Código de Processo Penal[14], da instauração

---

de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. In: "BRASIL. Presidência da República – Casa Civil. Código Penal. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm]. Acesso em: 15.10.2016.

11. A semi-imputabilidade, como leciona Carvalho, "é uma categoria intermediária entre a capacidade e a incapacidade plenas". CARVALHO, Salo. *Penas e medidas de segurança no Direito Penal brasileiro*. Saraiva. 2. ed. São Paulo, 2015. p. 499.

12. "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." In: BRASIL. Presidência da República – Casa Civil. Código Penal. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm]. Acesso em: 15.10.2016.

13. CARVALHO, Salo. *Penas e medidas de segurança no Direito Penal brasileiro*. Saraiva. 2. ed. São Paulo, 2015. p. 501.

14. "Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal. BRASIL. Presidência da República – BRASIL. Presidência da República – Casa

de incidente de insanidade mental, em que o acusado será submetido a uma perícia psiquiátrica que tem por escopo aferir acerca de eventual inimputabilidade ou semi-imputabilidade, nos termos do art. 26, parágrafo único, do Código Penal, cabendo, como explica Carvalho, "[...] ao médico legista (psiquiatra forense) a tarefa de atestar o grau de periculosidade do autor do fato".[15]

O confinamento daqueles tidos como loucos antecedeu, como decorrência da interpretação dada pelos tribunais, o surgimento da medida de segurança. Conforme Foucault, de acordo com o Código Francês de 1810 não deveria ocorrer a responsabilização do louco, de modo que "a possibilidade de invocar a loucura excluía, pois, a qualificação de um ato como crime".[16] Contudo, a interpretação dada pelos tribunais franceses do século XIX conduziria a caminho diverso, vindo a ser admitido "que era possível alguém ser culpado e louco; quanto mais louco, tanto menos culpado; culpado, sem dúvida, mas que deveria ser enclausurado e tratado, e não punido, culpado perigoso, pois manifestamente doente etc."[17].

A maior contribuição[18] à inclusão das medidas de segurança no mundo jurídico se deve atribuir à Escola Positiva italiana, que defendia a prevenção especial dos delitos mediante a atribuição às penas e as medidas de segurança de uma dupla finalidade, ou seja, de "curar o condenado" (pressupondo-o doente), bem como de "segregá-lo e neutralizá-lo" (pressupondo-o perigoso)".

Concebidas na Itália, pela escola positiva de Enrico Ferri, Raffaele Garofalo, Eugenio Florian e Filipo Grispigni, acabaram por difundir-se pela França, Espanha e América Latina[19]. Garofalo defendia a perpetuidade, quando não curá-

---

Civil. Código de Processo Penal. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm]. Acesso em: 16.04.2017.

15. CARVALHO, Salo. *Penas e medidas de segurança no Direito Penal brasileiro*. Saraiva. 2. ed. São Paulo, 2015. p. 502.

16. FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir:* nascimento da prisão. 42. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014. p. 24.

17. FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir:* nascimento da prisão. 42. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014. p. 24.

18. Busato defende que "A primeira expressão legislativa penal em que figuraram das medidas de segurança foi a obra de Carlos Stoos, o projeto de Código Penal Suíço de 1893 [...] Stoos introduziu na Parte Geral do Anteprojeto do Código Penal suíço um sistema de medidas que se aplicam atendendo à periculosidade do delinquente". BUSATO, Paulo César. *Fundamentos para um direito penal democrático*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2015. p. 280 – -281.

19. FERRAJOLI, Luigi. *Direito e razão*: teoria do garantismo penal. 4. ed. rev. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014. p. 248.

vel a doença, da medida imposta, enquanto Grispigni sustentava "que a função da pena não pode ser a intimidação, que pressupõe a liberdade de querer, mas somente a neutralização e/ou a correção de quem é naturalmente predisposto ao delito, ou perigoso."[20]. As medidas de segurança foram introduzidas na Itália, em 1930, ao lado das penas, pelo denominado Código Rocco, importando na substituição da categoria de responsabilidade pela de periculosidade[21].

O Código Penal brasileiro de 1830 (do Império) considerava irresponsáveis "os loucos de todo gênero salvo se tiverem intervalos lúcidos e neles cometerem crimes"[22], enquanto que o Código Penal de República (Decreto 847/90), estabelecia, em seu art. 27, como não criminosos os atos daqueles que se achassem "em estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime", muito embora admitisse o recolhimento de alienados a hospitais se o exigissem o estado mental e a segurança do indivíduo (art. 29)[23]. A responsabilização dos loucos, com a implementação da medida de segurança, somente veio a ser introduzida na legislação brasileira com o Código Penal de 1940, que recebeu forte influência do modelo italiano[24].

Destaca-se, no processo histórico de criação do Código Penal de 1940, a substituição do projeto anterior (que fora aprovado, em 1935, na Câmara dos Deputados, com posterior remessa ao Senado, onde veio a sucumbir em face

20. Ibidem, p. 284-285.

21. Ibidem, p. 718.

22. "A existência da loucura tornava o crime inexistente no sentido jurídico, e neste momento a loucura era compreendida como o contrário da lucidez, como a incapacidade de discernir segundo a razão. Os loucos seriam desarrazoados e por isso incapazes para o contrato social. O código de 1830, um código liberal e calcado nos códigos que se faziam na Europa sob influência francesa, fundava a responsabilidade penal sobre o livre arbítrio, que, enquanto capacidade racional de discernimento, estava ausente no louco." RAUTER, Cristina. *Criminologia e subjetividade no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2013. p. 42.

23. "Art. 27. Não são criminosos: [...] § 4º Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime; [...] Art. 29. Os individuos isentos de culpabilidade em resultado de affecção mental serão entregues a suas familias, ou recolhidos a hospitaes de alineados, si o seu estado mental assim exigir para segurança do público." – – BRASIL. Câmara dos Deputados. Decreto n. 847, de 11.10.1890. Disponível em: [www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html]. Acesso em: 27.10.2016.

24. ZAFFARONI, E. Raul et al. Direito penal brasileiro, primeiro volume – Teoria Geral do Direito Penal. Rio de Janeiro: Revan, 2003, 4. ed., 2011, 2. reimp, 2015. p. 470.

das críticas que sofrera e em razão do advento do Estado Novo em 1937), por aquele que veio a ser redigido pelo prestigiado professor paulista Alcântara Machado (designado para a tarefa pelo Ministro Francisco Campos)[25]. Alcântara Machado fez questão de destacar as imperfeições da obra para justificar a elaboração de um novo projeto. O professor paulista, entre outras coisas, opôs-se à limitação das medidas de segurança ao prazo de dois anos, afirmando-o contrário aos objetivos de medidas dessa natureza[26]. Filiou-se, portanto, Alcântara Machado, ao descartar qualquer limitação ao prazo de duração das medidas de segurança, ao pensamento da escola positivista italiana e, mais especificamente, de Garofalo, que, como antes referido, defendia a perpetuidade das medidas de segurança.

Nascia no Brasil, a exemplo do que já fora contemplado no Código Rocco, o sistema do duplo binário, que perdurou até 1984, e que possibilitava "a imposição da medida se segurança independentemente da (in)imputabilidade. Assim, se fosse reconhecido o *estado perigoso*, seriam aplicáveis pena e medida de segurança, conjunta e sucessivamente, mesmo ao imputável e ao semi-imputável"[27].

Com a reforma da Parte Geral do Código Penal de 1984 essa situação restou modificada, passando a ser adotado o sistema conhecido por vicariante (monista), com a consequente cisão do sistema punitivo, aplicando-se penas aos imputáveis, e medidas de segurança aos inimputáveis, afastando-se a possibilidade de aplicação conjunta e sucessiva como anteriormente ocorria.

3. Uma pena chamada medida de segurança e a sua lógica perversa

O subtítulo provocativo atribuído a este tópico já cumpre a função de anunciar que esse sistema punitivo, em tese cindido entre pena e medida

25. Idem, loc. cit.

26. A esse respeito Alcântara Machado afirmou: "verifiquei serem de irrecusavel procedência as críticas que esse trabalho vinha despertando e continua a provocar em o nosso meio jurídico, unanime em proclamar a competencia dos operários, mas acorde em reconhécer as imperfeições da obra. [...] Determina-se no art. 160 que não exceda de dois anos a duração das medidas efetivas de segurança aplicaveis aos criminosos de imputabilidade restrita, o que é tudo quanto há de mais contrário aos objetivos de medidas dessa natureza." In: BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Para a História da Reforma Penal Brasileira. Livraria Editora Freitas Bastos. Rio de Janeiro, 1941. Disponível em: [www.stf.jus.br/bibliotecadigital/DominioPublico/43976/pdf/43976.pdf] Acesso em: 15.04.2017.

27. CARVALHO, Salo. *Penas e medidas de segurança no Direito Penal brasileiro*. Saraiva. 2. ed. São Paulo, 2015. p. 504.

de segurança, é muito mais uma construção mitológica da lei do que a realidade que se apresenta no mundo dos fatos. As medidas de segurança, não obstante os traços que as diferenciam das penas, são, em sua essência, uma pena, com características próprias, e, na maior parte das vezes, muito mais gravosas.

A diferenciação estabelecida em sede doutrinária entre as penas e as medidas de segurança baseia-se em quatro pontos: quanto a sua natureza as penas possuem caráter retributivo-preventivo, enquanto as medidas de segurança são eminentemente preventivas; a aplicação das penas funda-se na culpabilidade, ao passo que as medidas de segurança estão fundadas na periculosidade; as penas possuem prazo determinado, enquanto as medidas de segurança são por prazo indeterminado, findando somente quando cessada a periculosidade; as penas destinam-se aos imputáveis e semi-imputáveis, enquanto as medidas de segurança são dirigidas aos inimputáveis e, excepcionalmente, aos semi-imputáveis[28].

Tal distinção, contudo, subsiste apenas doutrinariamente à medida que o cumprimento das medidas de segurança se passa no interior dos denominados manicômios judiciários, sabidamente instituições totais[29], por meio de resposta penal que se traduz, via de regra, como muito mais pesada do que aquela imposta aos imputáveis. No ponto, como refere Carvalho, o caráter punitivo das medidas de segurança constitui-se uma das principais denúncias veiculadas pela criminologia crítica e pela crítica do direito penal a partir da década de 1970. As prisões e manicômios passam ao largo de cumprirem a sua função declarada, a sua "programação oficial", de ressocializar o imputável e de reduzir a periculosidade dos inimputáveis, constituindo-se a ausência de perspectiva retributiva das medidas de segurança em um mito[30].

Para Fragoso a medida de segurança:

> [...] não se distingue da pena: ela também representa perda de bens jurídicos e pode ser, inclusive, mais aflitiva do que a pena, por ser imposta por tempo

28. BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal*. Parte geral 1. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 860.

29. Uma instituição total pode ser definida como um local 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, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2015. p. 11.

30. CARVALHO, Salo. *Penas e medidas de segurança no Direito Penal brasileiro*. Saraiva. 2. ed. São Paulo, 2015. p. 508.

> indeterminado. Toda medida coercitiva imposta pelo Estado, em função do delito e em nome do sistema de controle social, é pena, seja qual for o nome ou etiqueta com que se apresenta[31].

Não se pode afastar uma lógica perversa na imposição e execução das medidas de segurança. Em primeiro lugar, porque são impostas com base na periculosidade do agente; em segundo lugar pelo fato de que, não obstante correspondam a uma sanção penal, acabam por encontrar, perante os tribunais, um tratamento pior do que aquele destinado às penas, ao que se agrega a condição em que são cumpridas.

A periculosidade é apurada por meio de um juízo de probabilidade formulado com base em indícios, estando sujeito, assim, a graves erros[32]. O que se verifica, na realidade, é a incorporação de um critério de julgamento que, ao contrário de se referir ao delito, volta-se exclusivamente à personalidade do criminoso[33]. Nesse contexto, como afirma Karam, o reconhecimento da periculosidade não decorre de qualquer dado objetivo, sendo impossível a demonstração de que alguém, capaz ou incapaz, virá a cometer algum ato ilícito no futuro. Constitui-se, portanto, em uma presunção, em uma ficção fundada no preconceito que se estabelece diante do "louco", do diferente, do perigoso[34].

Contudo, de todos os aspectos envolvidos na execução das medidas de segurança, o mais emblemático em relação à periculosidade é aquele apontado por Diniz, justamente por corresponder a uma constatação colhida em razão da vastíssima pesquisa de campo por ela realizada:

> [...] arrisco anunciar o que considero o resultado mais importante do censo: não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos. O diagnóstico psiquiátrico não é determinante para a infração penal cometida pelo louco. O que há são indivíduos em sofrimento mental que, em algum momento

31. FRAGOSO, Heleno Cláudio apud CARVALHO, Salo. *Penas e medidas de segurança no Direito Penal brasileiro*. Saraiva. 2. ed. São Paulo, 2015. p. 510.
32. Ibidem, p. 523.
33. RAUTER, Cristina. *Criminologia e subjetividade no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2013. p. 71.
34. KARAM, Maria Lúcia. *Medidas de segurança:* punição do enfermo mental e violação da dignidade. Disponível em: [http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/4620/3210]. Acesso em: 15.10.2016.

> da vida, por razões que não fomos capazes de identificar pela pesquisa documental em dossiês, cometeram infrações penais[35].

Cirino dos Santos, com absoluta propriedade, fala em uma crise das medidas de segurança, o que decorreria da inconsistência de seus fundamentos, seja pela inexistência de qualquer método científico que permita prever o futuro, seja por não estar demonstrada a capacidade de as medidas de segurança transformarem condutas antissociais de inimputáveis em condutas ajustadas de imputáveis, apontando, ainda, a existência de uma "confiança ingênua dos operadores jurídicos na capacidade do psiquiatra de prever comportamentos futuros de pessoas consideradas inimputáveis, ou de determinar e quantificar a periculosidade de seres humanos"[36], que bem denota o casamento entre o Direito Penal e a Psiquiatria, bem como a função de "conselheiro da punição" exercida pelo psiquiatra[37].

Por outro lado, no que concerne ao tratamento dado pelos tribunais à matéria, não obstante devam ser reconhecidos avanços, estes ainda não se mostram suficientes. Com efeito, mesmo que o Supremo Tribunal Federal tenha dado uma interpretação sistemática e teleológica aos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, afastando a possibilidade do prazo de duração da medida de segurança ultrapassar trinta anos (Habeas Corpus 84.219 e 97.621)[38]e, posteriormente, o Superior Tribunal de Justiça tenha editado a Súmula 527 para definir que "O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado"[39], ainda assim não parece que se tenha

35. DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil:* Censo 2011. Brasília: UNB, 2013. p. 17.

36. CIRINO DOS SANTOS, Juarez. *Direito penal: parte geral.* 7. ed. Florianópolis: Empório do Direito, 2017. p. 610-611.

37. FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir:* nascimento da prisão. 42. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014. p. 26.

38. "Medida de segurança. Projeção no tempo. Limite. A interpretação sistemática e teleológica dos arts. 75, 97 e 183, os dois primeiros do CP e o último da LEP, deve fazer-se considerada a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos" in: BRASIL. Supremo Tribunal Federal. A Constituição e o Supremo. Disponível em: [www.stf.jus.br/portal/constituicao/constituicao.asp]. Acesso em: 15.10.2016.

39. BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Disponível em: [www.stj.jus.br/SCON/sumulas/enunciados.jsp?&b=SUMU&p=true&l=10&i=51]. Acesso em: 27.04.2017.

avançado o suficiente quanto à isonomia em relação às penas[40] – sem prejuízo de cogitar-se acerca de outras garantias e princípios constitucionais por ventura violados – notadamente em relação a indivíduo que, por sua condição, demandaria maiores cuidados por parte do Estado[41].

A lógica perversa, assim, que se estabelece na execução das medidas de segurança passa pela sua aplicação em razão de um mero prognóstico de que determinada pessoa poderá cometer um crime no futuro, pelo maior lapso temporal no comparativo com as penas, e pelo seu cumprimento em condições iguais ou piores do que aquelas propiciadas pelo sistema carcerário destinados aos apenados.

4. O perfil dos internos do IPF-RS

A análise documental procedida nos autos dos processos em tramitação perante a Vara de Penas e Medidas alternativas da Comarca de Porto Alegre, no período entre 26.04 e 08.06.2017, compreendeu o exame de 99 dos 170 processos relativos ao cumprimento de medida de segurança, correspondendo o universo pesquisado – 99 (noventa e nove processos) – a 58% dos processos que envolvem "internos" do IPF. A opção pelo levantamento dos dados contidos nos processos de execução, ao mesmo tempo que propiciou a consulta a mais de uma fonte de informação, reunida em um mesmo documento público, tais como os dados oriundos das fases do inquérito e judicial, bem como aqueles decorrentes dos laudos médicos confeccionados ao longo da execução, acabou por trazer uma dificuldade adicional. Essa dificuldade, que decorreu da própria dinâmica de tramitação dos processos, resultou na limitação do campo de pesquisa a um total de 99 processos, excluindo-se, assim, aqueles que se encontravam conclusos com o juiz, em carga com a Defensoria Pública ou com o Ministério Público, ou em outra situação que acabou por impossibilitar o exame dos autos.

4.1. Sexo

Os dados apurados indicam um total 94 internos do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Assim, o percentual de homens corresponde a 94,94%, e o

40. Veja-se que, no cotidiano forense, as penas, via de regra, são estabelecidas em seu mínimo ou um pouco acima deste, enquanto que a medida de segurança, nos termos em que sumulado pelo STJ, deve atender ao prazo máximo da pena abstratamente cominada.

41. CARVALHO, Salo. *Penas e medidas de segurança no Direito Penal brasileiro*. Saraiva. 2. ed. São Paulo, 2015. p. 514 (FRAGOSO apud CARVALHO).

de mulheres, a 5,05%, percentual este que não difere substancialmente do que fora apurado no último levantamento realizado pela SUSEPE, em dezembro 2016, quando a quantidade de internos correspondia a 211, sendo 205 homens e seis mulheres (respectivamente 97,15 e 2,84%)[42]. No censo 2011 a população carcerária no IPF era de 279 pessoas, das quais 251 eram homens (89,96%), 27 eram mulheres (9,67%), e uma com sexo não informado[43], pelo que se constata não apenas que a proporção homens mulheres teve uma pequena variação, mas que, do ano de 2011 para o ano de 2017, houve uma redução de 109 internos, o que corresponde a 39,06%.

4.2. Condição econômica

No que diz respeito à condição econômica dos internos, embora seja possível inferir, pelo exame dos processos e pela própria condição dos pacientes, a preponderância quase absoluta de internos pobres, não se extrai elemento informativo confiável dos autos dos processos examinados para afirmar, com base em dados concretos, tal condição, circunstância que, aliás, sequer é apontada nas estatísticas fornecidas pela SUSEPE[44]. Assim, por tal razão, não há como quantificar, de forma adequada, tal variável.

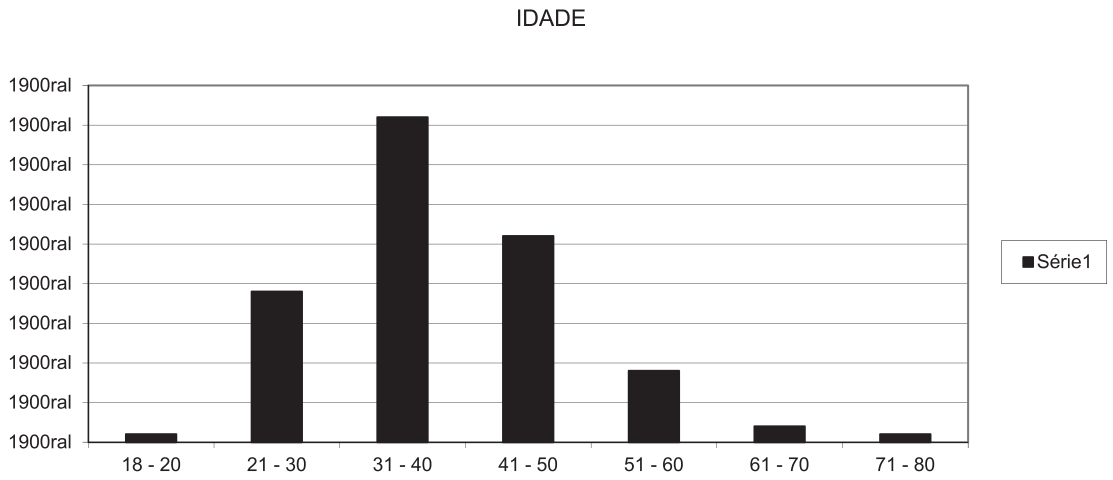
4.3. Faixa etária

A partir dos dados colhidos constata-se que a faixa dos 31 aos 40 anos é aquela mais significativa, abrangendo 41,41% dos internos e, somada a faixa daqueles que se situam entre 41 e 50 anos, representa 67,67% dos internos, de modo que quase 70% dos institucionalizados possui entre 31 e 50 anos. Significativas, ainda, as faixas etárias dos 21 aos 30 anos (19,19%) e dos 51 aos 70 anos (9,09%). Tal situação está representada pelo quadro a seguir e respectiva representação gráfica:

42. BRASIL. Estado do Rio Grande do Sul. Superintendência dos Serviços Penitenciários. Disponível em: [www.susepe.rs.gov.br/upload/1484922805_INSTITUTO%20 PSIQUIATRICO %20FO RENSE.pdf]. Acesso em: 01.08.2017.

43. DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil:* Censo 2011. Brasília: UNB, 2013. p. 291.

44. BRASIL. Estado do Rio Grande do Sul. Superintendência dos Serviços Penitenciários. Disponível em: [www.susepe.rs.gov.br/upload/1484922805_INSTITUTO%20 PSIQUIATRICO%20FOREN SE.pdf]. Acesso em: 01.08.2017.



Fonte: dados extraídos da pesquisa realizada pelos autores.

Faixa etária	Quantidade	Percentual
18 – 20	1	1,01
21 – 30	19	19,19
31 – 40	41	41,41
41 – 50	26	26,26
51 – 60	9	9,09
61 – 70	2	2,02
71 – 80	1	1,01

Fonte: dados extraídos da pesquisa realizada pelos autores.

No sistema carcerário do Rio Grande do Sul, conforme dados do INFOPEN-2016, a maior concentração de presos engloba as faixas que vão até 45 anos de idade, sendo: a) 18 a 24 anos: 25%; b) 25 a 29 anos: 22%; c) 30 a 34 anos: 21%; d) 35 a 45 anos: 22%; e) 46 a 60 anos: 8%; f) 61 a 70 anos: 1%. Assim, o que se verifica é que 90% dos presos têm até 45 anos de idade. Constata-se, no caso, que a população do IPF é mais envelhecida, pois quase 70% possui entre 31 e 50 anos, enquanto que, no sistema carcerário do Estado do Rio Grande do Sul, somadas as faixas 30 a 34 e 35 a 45 anos, o percentual alcançado é de 43%., vindo a decrescer para 8% na faixa subsequente (46 a 60 anos – 8%)[45].

45. BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. – INFOPEN – Atualização – Junho de 2016. Disponível em: [www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf]. Acesso em: 23.03.2018.

4.4. Naturalidade

Os 99 processos examinados indicam um total de 98 brasileiros e um único estrangeiro. Entre os brasileiros 93 são oriundos do Rio Grande do Sul, enquanto cinco provém de outros estados da federação.

4.5. Cor ou raça

Adotados os critérios do IBGE foram consideradas as seguintes opções: branca, preta, amarela (pessoa de origem japonesa, chinesa, coreana etc.), parda (mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) ou indígena (pessoa indígena ou índia). Assim, os resultados alcançados indicam que do universo pesquisado 78 são brancos (78,78%), 15 são pretos (14,84%), cinco são pardos (5,05%) e um é amarelo (1,01%).

Há, pelo que se constata, uma preponderância de internos brancos (78,78%), sendo relevante, ainda, no universo pesquisado, o número de pacientes pretos (14,84%), de modo que ambos, somados, representam a quase totalidade da população institucionalizada, à medida que correspondem a 93 de um total de 99 internos cujos processos foram analisados.

Cotejando os dados do sistema carcerário, de acordo com o INFOPEN-2016, considerados os dados relativos ao Estado do Rio Grande do Sul, também encontramos uma preponderância de brancos (68%), enquanto que os negros/ correspondem a 30%[46].

4.6. Situação conjugal

Em relação ao estado civil, a preponderância é de solteiros, num percentual correspondente a 86,27%, que correspondem a 88 internos. Os resultados indicam, ainda, um total de seis casados (5,88%), cinco separados/divorciados (4,90%), um em união estável (0,98%) e dois não informados (1,96%).

Diferente não se apresenta a situação em comparativo com os dados divulgados pela SUSEPE em dezembro de 2016, quando, de um total de 211 internos, 174 eram solteiros[47], ou seja, um percentual de 82,46%, muito próximo daquele apurado na pesquisa realizada. Ainda, cotejado o Censo 2011, em uma

46. Loc. cit.

47. BRASIL. Estado do Rio Grande do Sul. Superintendência dos Serviços Penitenciários. Disponível em: [www.susepe.rs.gov.br/upload/1484922805_INSTITUTO%20 PSIQUIATRICO%20FOREN SE.pdf]. Acesso em: 01.08.2017.

base de pesquisa maior (279 pessoas), o percentual de solteiros era de 77%, enquanto que o de casados correspondia a 9%[48].

4.7. Escolaridade

No que diz respeito ao grau de instrução, os dados apontam que 86,87%, correspondendo a 87 internos, possuem até o ensino fundamental. Assim, sobre o universo total de internos pesquisados, 45,46%, o que equivale a 46 internos, possuem o ensino fundamental incompleto, enquanto 27,27%, o que representa 27 internos completaram tal etapa de ensino. Por fim, constatamos um percentual de 14,14% de analfabetos, equivalendo a 14 internos. Nas demais faixas não encontramos números significativos: ensino médio incompleto quatro (4,04%); ensino médio completo cinco (5,05%); superior incompleto um (1,01%) e pós-graduação incompleto um (1,01%). Por fim, em apenas um único caso não foi possível apurar a escolaridade, o que corresponde a 1,01%. Comparando-se o índice de 86,87% daqueles possuem até o ensino fundamental, conforme apurado neste trabalho, com os resultados alcançados no Censo 2011, verifica-se que a soma dos analfabetos (23%), com aqueles que possuem o ensino médio incompleto (42%) e completo (14%), já se encontrava em 79%[49], muito próxima, portanto, do resultado a que se chegou.

Os números do INFOPEN-2016 em relação ao sistema carcerário do Rio Grande do Sul igualmente apontam para elevado número de presos que possuem até o ensino fundamental (82,5%), sendo que, destes, 56% possuem o fundamental incompleto, enquanto que 17% completaram tal etapa de ensino. Traçando um comparativo, temos dados muito assemelhados em relação à escolaridade, pois 86,87% de internos do IPF-RS possuem até o ensino fundamental, enquanto que o percentual de presos na mesma situação é de 82,85%. O percentual de analfabetos no sistema manicomial é de 14%, enquanto que no sistema carcerário representa apenas 3%. Entre os encarcerados, a maior faixa, a exemplo do que ocorre no sistema manicomial, é a do ensino fundamental incompleto (respectivamente 56% e 45,46%), sendo seguida pelo fundamental completo (respectivamente 17% e 27,27%)[50].

48. DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil:* Censo 2011. Brasília: UNB, 2013. p. 293.

49. Idem, loc. cit.

50. Loc. cit.

4.8. Religião

No que concerne à religião dos internos, os dados apurados indicam um elevado percentual de casos nos quais não foi possível apurar esse dado, resultando em um total de 29 casos entre os 99 pesquisados. Excluídos os não informados, ficamos com um total de 71 pacientes, dos 41 são católicos (57,74%), 17 são evangélicos (23,94%), três são umbandistas (4,22%), um é espírita (1,40%) e nove declararam não possuir religião (12,67%).

Em relação a tal item, não obstante a lacuna decorrente dos elementos contidos nos processos examinados, não há a possibilidade de comparação com os dados contabilizados pela SUSEPE, uma vez que tal questão não é objeto do levantamento realizado pela instituição.

4.9. Profissão

No que diz com este item é necessário um esclarecimento inicial, qual seja, o de que foi realizado um agrupamento de profissões assemelhadas, de modo a permitir a quantificação dos dados, pois, considerada a diversidade de atividades, não seria possível estabelecer uma preponderância. Assim, nas classes indústria e comércio foram incluídas as atividades desenvolvidas em tais setores, enquanto que por serviços gerais se entendeu a mão de obra não qualificada, abrangendo o exercício de atividades de maior esforço físico e menor esforço intelectual. Ainda, foram consideradas atividades de nível técnico (médio e superior).

Também aqui nos deparamos com um elevado percentual de dados não informados, porque não esclarecidos oportunamente pelo Estado, ou seja, um total de 22 internos, o que corresponde a 22,22%. Ainda assim, os resultados apurados indicam que um percentual de 51,51% declarou o exercício de profissões diversas que podem ser enquadradas como "serviços gerais", considerado o critério antes apontado. Em relação às demais atividades profissionais o que se verifica é uma pulverização, sem a existência de qualquer outra faixa significativa, formando a seguinte situação: serviços gerais 51,51% (51); indústria 4,04% (quatro); comércio 4,04% (quatro); aposentado 4,04% (quatro); técnico médio 3,03% (três); técnico superior 1% (um); servidor público 1% (um); outras 4,04% (quatro); nunca trabalhou 5,05% (cinco); não informado 22,22% (22).

4.10. Tempo de institucionalização

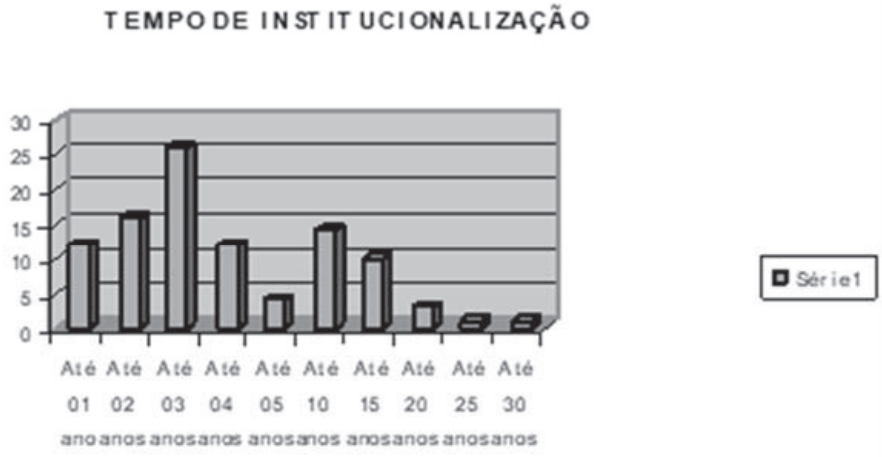
No que diz com o tempo de institucionalização, os dados pesquisados foram agrupados em dez categorias. As cinco primeiras, com um intervalo de um ano

entre elas, utilizando-se, em relação às cinco últimas, um intervalo de cinco anos, objetivando, assim, facilitar a compilação dos dados. Deve-se salientar que tempo de institucionalização não significa, necessariamente, considerada a forma progressiva e, eventualmente regressiva (pela revogação de alta progressiva e ou de desinternação condicional), que o tempo de institucionalização corresponda exatamente ao tempo de internação, não obstante se deva considerar que a alta progressiva, embora comporte uma abertura dos muros da instituição, não deixa de ser, ainda assim, uma internação.

Em relação a tal situação é possível constatar, como se verifica pelo exame do quadro e representação gráfica correspondentes, que as quatro primeiras faixas, somadas, alcançam o percentual de 66,66%, correspondendo a 66 internos, ou seja, é a banda mais significativa e, entre esta, encontramos a maior quantidade de internos na situação "até 03 anos", num total de 26 (26,26%).

Tempo	Quantidade	Percentual
Até um ano	12	12,12
Até dois anos	16	16,16
Até três anos	26	26,26
Até quatro anos	12	12,12
Até cinco anos	4	4,04
Até dez anos	14	14,14
Até 15 anos	10	10,10
Até 20 anos	3	3,03
Até 25 anos	1	1,01
Até 30 anos	1	1,01

Fonte: dados extraídos da pesquisa realizada pelos autores.



Fonte: dados extraídos da pesquisa realizada pelos autores.

Ainda, para a adequada compreensão das demais faixas, a partir daquela "até dez anos", e a fim de evitar distorções na análise dos dados, entendemos devam ser desdobrados os dados apurados. Assim, na faixa até dez anos, temos a seguinte situação:

Prazo	Quantidade
Até seis	3
Até sete	3
Até oito	2
Até nove	1
Até dez	5

Fonte: dados extraídos da pesquisa realizada pelos autores.

De tais pacientes oito estão em situação de alta progressiva, quatro estão com a medida de segurança extinta, aguardando as providências necessárias à reinserção comunitária ou familiar, e um restou mantido internado por conta de prisão preventiva.

Na faixa seguinte, até 15 anos, o quadro se apresenta da forma que segue:

Prazo	Quantidade
Até 11	1
Até 12	3
Até 13	4
Até 14	1
Até 15	1

Fonte: dados extraídos da pesquisa realizada pelos autores.

A situação que se constata é a de que seis estão em situação de alta progressiva, um com desinternação condicional concedida, porém não implementada em virtude de problemas familiares, dois estão com medidas de segurança extinta e aguardam a colocação em residencial terapêutico, e um encontra-se internado.

Na banda de até 20 anos, em que dois se encontram em alta progressiva, enquanto um teve a medida de segurança extinta, temos o seguinte:

Prazo	Quantidade
Até 16	1
Até 19	1
Até 20	1

Fonte: dados extraídos da pesquisa realizada pelos autores.

Os dois casos mais longevos de institucionalização verificados no universo pesquisado indicam um paciente com 21 anos de institucionalização, tendo a medida de segurança sido extinta em 10.11.2015, aguardando ele a vaga em residencial terapêutico, assim como um paciente com 26 anos de institucionalização, com alta progressiva deferida, mas em situação de abandono familiar. Constata-se, por fim, que o alargamento de prazos reside, basicamente, em situações de abandono familiar e nas dificuldades encontradas para a colocação dos internos em residenciais terapêuticos.

4.11. Situação atual

Por situação atual devemos compreender a posição retratada, na evolução do cumprimento da sanção penal quando da coleta dos dados, sem que se ignore que estamos tratando de internos, ou seja, que ainda se mantêm abrigados na casa de custódia, com maior ou menor grau de liberdade conforme se encontrem ou não em um estágio mais avançado do cumprimento da medida de segurança, notadamente porque tanto a alta progressiva quanto a desinternação condicional e a própria extinção da medida de segurança pressupõem as providências necessárias à reinserção do paciente.

Nesse item constatamos 17 pacientes internados (17,17%), 63 em alta progressiva (63,63%), sete em desinternação condicional (7,07%) e 12 com medida de segurança extinta (12,12%). Tais dados, ao mesmo tempo que indicam o esforço desenvolvido pelo sistema de justiça para desinstitucionalizar os pacientes também representam, na mesma medida, as dificuldades em estabelecer o retorno ao convívio familiar ou, alternativamente, a um residencial terapêutico. Com efeito, enquanto 63 pacientes estão sendo acompanhados, por meio da alta progressiva a fim de retornarem gradualmente ao convívio familiar e social, 19 internos já estariam em condições de transpor os muros da instituição, mas não o fazem por se encontrarem em situação de abandono familiar ou diante das dificuldades em conseguir vaga em residencial terapêutico, dos quais 12 paradoxalmente já se encontram com a medida de segurança extinta.

4.12. Natureza da infração penal

Mostra-se importante, igualmente, destacar a natureza dos atos contrários à lei praticados pelos pacientes, classificados conforme o bem jurídico tutelado pelo ordenamento, divididos, assim, em delitos contra a pessoa, contra o patrimônio e contra a liberdade sexual e, por fim, aqueles que não alcançam um número elevado estatisticamente, além do que não traduzem hipóteses correspondentes aos

crimes que afetam de forma mais incisiva a sociedade[51] e, portanto, não justificam uma categoria própria, motivo pelo qual estão como "outros".

Necessário esclarecer, de outro modo, diante do cometimento, em determinados casos, de mais de um ato contrário à lei como causa para a imposição da medida de segurança, que, embora examinado o mesmo número de processos (99), a base de cálculo em relação a tal item resultou ampliada para 106.

Possível constatar, em primeiro lugar, a preponderância dos crimes contra a pessoa (homicídios, lesões corporais etc.), os quais alcançam exatamente a metade dos delitos que levaram à internação dos pacientes, seguidos pelos delitos contra o patrimônio – furtos e roubos – (25,47%) e pelos crimes contra a liberdade sexual – estupro e outros – (12,26%). Tais categorias, somadas, representam 87,73% dos delitos cometidos.

Tal item, quando traçamos um comparativo com os dados do sistema carcerário do Rio Grande do Sul considerado o INFOPEN-2014, à medida que tal dado não foi apontado no levantamento de 2016, indica que os crimes contra o patrimônio são a principal causa para o encarceramento, com 46%, mas correspondem tão somente a 25,43% dos delitos cometidos pelos internos. Em contrapartida, a principal causa de internação são os crimes contra a pessoa, que correspondem à metade dos crimes praticados, enquanto que, entre os encarcerados, alcançam apenas 13%[52].

4.13. Quadro de doenças

No que concerne ao quadro de enfermidades, a opção é pela utilização, mediante agrupamento, daquelas que se apresentam como mais recorrentes, quais sejam, as que apresentam quatro ou mais casos em um universo de 99 pacientes, formando-se o seguinte quadro:

Doença	Quantidade	Percentual
Esquizofrenia	12	12,12
Esquizofrenia paranoide	37	37,37
Psicose orgânica não especificada	4	4,04

51. A expressão disso verifica-se no Código Penal, que atribui maior valor à vida, ao patrimônio e a liberdade sexual.

52. BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. – INFOPEN – Dezembro de 2014. Disponível em: [www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/documentos/infopen_dez14.pdf]. Acesso em: 23.03.2018.

Doença	Quantidade	Percentual
Retardo mental moderado	11	11,11
Transtorno delirante orgânico	4	4,04
Transtorno esquizoafetivo	4	4,04

Fonte: dados extraídos da pesquisa realizada pelos autores.

A partir do exame desses dados é possível concluir que há uma preponderância da esquizofrenia paranoide, com 37,37% dos casos, sendo que, somados os demais casos de esquizofrenia, o percentual de esquizofrênicos corresponde a 49,49%, ou seja, 49 casos no universo pesquisado.

Importante considerar, ainda, que 38,38 das enfermidades constatadas, ou seja, 38 casos, decorrem do uso de drogas ou estão associadas a ele, situação que adiante vai explicitada. Avançando um pouco mais no exame de tal ponto constata-se que, dentre os 38 casos que possuem alguma vinculação com drogas, encontramos uma preponderância da associação a múltiplas drogas (68,42%), seguida pelo álcool (15,78%) e pela maconha (10,52%), enquanto a cocaína e o crack alcançam o percentual de 2,63% cada um.

4.14. Perfil preponderante

Os dados anteriormente examinados indicam que o perfil socioeconômico predominante dos internos é o de uma pessoa do sexo masculino, branca, pobre, brasileiro, natural do Rio Grande do Sul, com baixo grau de escolaridade, idade entre 31 e 50 anos, solteiro, católico, e a profissão desenvolvida antes da institucionalização está abrigada no amplo leque dos serviços gerais[53]. O tempo preponderante de institucionalização é de até quatro anos, os atos contrários à lei que conduziram à aplicação da medida de segurança correspondem, pela ordem, a crimes contra a pessoa, o patrimônio e a liberdade sexual. A doença mais recorrente é a esquizofrenia, seguida pelo retardo mental moderado, não havendo, como regra, vinculação a substâncias entorpecentes lícitas ou ilícitas. Contudo, naqueles em que há vinculação, predomina a associação à utilização de múltiplas drogas. Por fim, no que diz com a execução das medidas de segurança, a maioria dos internos se encontra no gozo do benefício da alta progressiva.

53. Assim entendida, como antes apontado, a mão de obra não qualificada, abrangendo o exercício de atividades de maior esforço físico e menor esforço intelectual.

5. Estudos de caso

Com o objetivo de trazer dados qualitativos em acréscimo aos dados quantitativos colhidos, optamos por realizar dois estudos de caso, adotando-se como critério de escolha destes o exame de situações limite, ou seja, aquelas em que a violação da dignidade dos internos alcançou o seu patamar mais intenso. Por conta desse critério, conforme adiante veremos, deparamo-nos com a manutenção da institucionalização de paciente com medida de segurança extinta e com uma situação configurada pelo próprio Juiz da execução penal como tortura.

5.1. Caso n. 1 (Processo n. 55.607-1)

O paciente nasceu em 02.03.1958, estando, atualmente, com 59 anos de idade. É pobre, solteiro, branco, e a profissão declarada é a de servente. É natural de Arroio dos Ratos, Rio Grande do Sul, era morador de rua e seu grau de instrução é o ensino fundamental incompleto. Não há, nos autos, qualquer informação acerca da religião do interno.

O ato por ele praticado é aquele tipificado no art. 210 do Código Penal, ou seja, a violação de sepultura[54]. A doença diagnosticada foi o Retardo Mental Moderado e perturbação da saúde mental (dependência ao álcool), necessitando de cuidados permanentes, com incapacidade de autogestão.

A decisão que aplicou a medida de segurança foi prolatada em 01.11.2011, determinando a internação do paciente no IPF, pelo prazo de um ano. Sua internação ocorreu em 20.07.2001, tendo recebido o benefício da alta progressiva em 13.11.2006, sendo indultado em 22.06.2009, com a consequente extinção da medida de segurança.

A situação de abandono familiar e a ausência de estrutura de saúde mental no município de origem acarretou o encaminhamento à rede de saúde pública de município diverso (Alvorada-RS). Passou a receber, como parte do Plano de Desligamento, desde de abril de 2011, o benefício de prestação continuada do LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social), bem como a residir no Albergue Pedro Arcanjo, em Alvorada, a partir de 20.05.2011.

Em 17.12.2012, apresentou-se no IPF com sinais de falta de cuidado, não estando vinculado ao CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e deixando de

54. "Art. 210 – Violar ou profanar sepultura ou urna funerária: Pena – reclusão, de um a três anos, e multa." BRASIL. Presidência da República – Casa Civil. Código Penal. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm]. Acesso em: 03.08.2017.

receber a atenção necessária nos aspectos clínicos, motivos pelos quais a equipe técnica optou por mantê-lo no IPF, sendo que, após parecer psiquiátrico, houve a autorização judicial para que permanecesse no IPF. Em 13.04.2015 sobreveio decisão judicial determinando ao Secretário de Saúde do Município de Arroio dos Ratos a colocação do interno em residencial terapêutico, sendo estabelecido o prazo de 60 dias para tal. O Município alega não poder assumir a responsabilidade por paciente que lá residia.

Inúmeras diligências foram realizadas objetivando solucionar a questão, aventando o Ministério Público, inclusive, a propositura de ação contra o Município de Arroio dos Ratos a fim de obrigá-lo a custear um residencial terapêutico, sem que, contudo, até a data da coleta dos dados, se tenha encontrado uma solução.

5.1.1. Análise dos dados

Em um comparativo com o perfil socioeconômico predominante (item 4.14), é possível constatar que o paciente, em um total de dez itens considerados, atende ao referido perfil em oito deles, constatando-se que é brasileiro, nascido no Rio Grande do Sul, do sexo masculino, branco, solteiro, pobre, tendo por grau de instrução o ensino fundamental incompleto e como profissão declarada servente, enquadrando-se esta na categoria de serviços gerais. Não há como afirmar se há coincidência em relação à religião, por não ter sido informada. Assim, como dissonante, encontramos apenas a idade, pois enquanto a idade-padrão situa-se entre 31 e 50 anos, o interno possui 59 anos.

O seu tempo de institucionalização, se considerarmos que foi transferido para um albergue em 20.05.2011, tendo retornado ao IPF em 17.12.2012, se situa acima do período predominante, pois desde o seu retorno encontra-se internado, com a sua medida de segurança extinta, considerada a data em que concluída a coleta de dados (08.06.2017), há quatro anos, cinco meses e 22 dias, enquanto que o período predominante é de até quatro anos. Ainda, se somarmos o período antecedente de internação e o posterior, podemos concluir que o seu tempo de institucionalização alcança 14 anos, três meses e 22 dias, dos quais, um total de seis anos, quatro meses e 22 dias transcorreram com a medida de segurança já extinta em virtude do indulto (concedido em 22.06.2009).

Estamos falando, necessário consignar, de um interno que cometeu o delito previsto no artigo 210 do Código Penal, cuja pena máxima é de três anos de reclusão, ou seja, seu tempo de internação logra ultrapassar mais de quatro vezes e meia o tempo máximo da pena abstratamente previsto no tipo penal e,

o que é pior, quando a medida de segurança que lhe foi imposta está extinta há sete anos, 11 meses e 19 dias, considerada a data final da coleta de dados (08.06.2017).

Justifica-se, nesse contexto, a necessidade de perquirir acerca da gênese dos entraves burocráticos e legais que se apresentaram como obstáculo à inserção do paciente em instituição não asilar, à medida que, como morador de rua, não possuía qualquer vínculo familiar, sendo descartada, assim, tal solução.

O exame dos autos, no caso, corresponde a um exame parcial da movimentação das engrenagens, pois limitado ao sistema de justiça, compreendido este em sentido amplo, com base nas manifestações das instituições nos autos (Judiciário, Ministério Público, IPF).

Constata-se, em um primeiro momento, no período compreendido entre 06.12.2005 e 04.03.2008, um mecânico repetir de laudos e decisões que sempre apontavam a impossibilidade, em face da periculosidade apurada e da ausência de instituições alternativas ao modelo manicomial, de alcançar solução diversa da alta progressiva. Tal rotina somente veio a ser quebrada a partir da atuação de Defensoria Pública, que postulou a concessão do indulto. O indulto foi concedido em 06.01.2009, mas a decisão, por não ter sido permitida a intervenção do Ministério Público, foi anulada pelo Tribunal de Justiça, o que retardou a sua concessão por mais cinco meses (22.06.2009), sendo, então, estabelecido um prazo de um ano para o desligamento do interno, por meio do respectivo plano de desligamento. Concebido e colocado em prática o plano de desligamento, veio tal providência a fracassar, constatando-se que o paciente não vinha recebendo o atendimento adequado, tanto sob o ponto de vista pessoal quanto médico, o que acarretou o seu retorno ao IPF em 17.12.2012, sendo a sua permanência na instituição autorizada pelo Judiciário em 09.07.2013.

A partir de tal data inúmeras tentativas de desligamento foram providenciadas, evidenciando-se várias evasivas por parte do Município de Arroio dos Ratos objetivando desvincular-se de qualquer responsabilidade pelo interno, pois apenas teria nascido no hospital lá existente, sendo vinculado ao Município de Alvorada. Cogitou-se, ainda, tão logo implementada a idade de 60 anos, a transferência do paciente para a SPAAN, casa que abriga idosos no Município de Porto Alegre.

A situação do interno – por mais que se compreenda que veio a ser acolhido pelo IPF como forma de preservar a sua integridade, providência posteriormente respaldada por decisão da Vara de Execuções de Penas e Medidas Alternativas – não se coaduna com o ordenamento legal, à medida que a referida internação sequer possui suporte no cumprimento de medida de segurança e, muito menos, em qualquer providência contemplada pela Lei Antimanicomial.

A lógica do sistema, no entanto, mesmo diante do enorme esforço desenvolvido pela equipe técnica no sentido de desligamento do paciente, ainda é institucionalizante, pois tanto o Estado do Rio Grande do Sul quanto os municípios de origem – no caso o de Arroio dos Ratos – não oferecem soluções adequadas para que a desinstitucionalização ocorra quando inexiste ou não é possível restabelecer o vínculo familiar.

5.2. Caso n. 2 (Processo n. 105625-5)

O paciente, do sexo masculino, nasceu em 23.04.1987, em Porto Alegre, estando, atualmente, com 30 anos de idade. É pobre, solteiro, negro, a profissão declarada é a de chapista, possuindo o ensino fundamental incompleto. Não há, nos autos, qualquer informação acerca da religião do interno. O ato por ele praticado é aquele tipificado no art. 250, § 1º, II, *a*, do Código Penal, ou seja, causar incêndio em casa habitada[55]. A doença diagnosticada foi o Retardo Mental Moderado em associação comórbida com dependência pela maconha, sendo sugerido pelo laudo, na hipótese de cumprimento de medida de segurança, que tal seja feito mediante internação com alta progressiva desde o início, uma vez que a situação familiar não autoriza seja tentada a modalidade ambulatorial.

Sua internação ocorreu em 26.03.2013, tendo fugido em 17.04.2014, apresentando-se espontaneamente em 19.04.2014, quando, de acordo com o relatado no laudo pericial, retornou ao estabelecimento acompanhado de sua mãe. Do referido laudo pericial, realizado com o objetivo de verificar a cessação da periculosidade do interno, extrai-se a notícia de que sofreu abusos sexuais, havendo referência de que "estava com escoriações labiais e assaduras orofaciais ocasionadas por sexo oral. Referia que estava com medo de outros pacientes denotando toda a suscetibilidade aos abusos de pacientes com histórico de serem abusadores". Segundo noticia tal documento, o interno empreendeu nova fuga em 31.08.2014, retornando em 08.09.2014, constatando-se que havia consumido crack. O laudo informa, ainda, que o paciente se encontra em situação de abandono familiar, pois, depois de tê-lo levado de volta ao IPF, a mãe do paciente não retornou para realizar visitas.

55. "Art. 250 – Causar incêndio, expondo a perigo a vida, a integridade física ou o patrimônio de outrem: Pena – reclusão, de três a seis anos, e multa. *Aumento de pena* § 1º – As penas aumentam-se de um terço: [...] II – se o incêndio é: a) em casa habitada ou destinada a habitação." BRASIL. Presidência da República – Casa Civil. Código Penal. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm]. Acesso em: 03.08.2017.

Em 17.12.2014 foi prorrogada a medida de segurança por seis meses, sendo concedida a alta progressiva, sendo constatado, no entanto, pelo juiz da execução, em inspeção realizada em 14.12.2015, que o paciente se encontrava em isolamento há um ano, impossibilitado de transitar pela instituição, por estar sendo abusado sexualmente por outros pacientes.

Em laudo, a assistência social opina pelo encaminhamento do paciente à residencial terapêutico. A equipe técnica do IPF informou, então, que as medidas adotadas objetivavam preservar a integridade do interno, protegendo-o de abusos sexuais. Nos autos, o Ministério Público noticiou a extração de cópias para a apuração de eventual crime de tortura.

As tentativas de colocação do paciente em residencial terapêutico, inclusive com a obtenção de vaga no Município de Arroio dos Ratos, restaram impedidas em razão da fuga do interno. Com o seu retorno espontâneo em 04.03.2016, foi suspensa a transferência pelo juiz da execução em razão da demora na obtenção do CPF e do encaminhamento do benefício previdenciário (LOAS).

Em laudo confeccionado em 31.03.2017, a equipe técnica sugeriu a concessão da alta progressiva. Em 19.04.2017, o juízo, salientando que alta progressiva já fora concedida em 2014, prorrogou a medida de segurança por três meses, sendo mantida a alta progressiva. Após tal decisão, novo laudo foi juntado ao processo, mas com data de confecção anterior àquela, ou seja, 17.04.2017. De tal documento se extraem informações importantes que esclarecem, em parte, os abusos sexuais sofridos pelo paciente, que mencionou "que fazia sexo oral porque outros pacientes lhe ofereciam roupas e palheiro".

5.2.1. Análise dos dados

Estabelecendo um comparativo com o perfil socioeconômico predominante (item 4.14) é possível constatar que o paciente, em um total de dez itens considerados, atende ao referido perfil em sete deles, constatando-se que é brasileiro, nascido no Rio Grande do Sul, do sexo masculino, solteiro, pobre, tendo por grau de instrução o ensino fundamental incompleto e como profissão declarada chapista, enquadrando-se esta na categoria de serviços gerais. Não há como afirmar se há coincidência em relação à religião, por não ter sido informada. Assim, como dissonante, encontramos apenas a cor, vez que é negro, e a idade, sendo que, quanto a esta, 30 anos, situa-se muito próximo da primeira faixa correspondente à idade-padrão que se localiza entre 31 e 50 anos.

O seu tempo de institucionalização, desprezando-se os breves períodos em que permaneceu afastado em razão das fugas, considerada a data em que concluída a coleta de dados (08.06.2017), corresponde a quatro anos, dois

meses e três dias, enquanto que o período predominante é de até quatro anos, ultrapassando-o, portanto, em dois meses. No entanto, ao contrário do que se constatou no caso anteriormente estudado, aqui o tempo de internação não ultrapassa a pena máxima abstratamente cominada para o delito, que é de seis anos, sem que essa medida de tempo possa traduzir, apenas por ser inferior, menor sofrimento ao interno.

A história de vida do paciente, bem como o seu histórico enquanto internado na instituição, indicam que aquela foi desconsiderada para fins do adequado acompanhamento na execução da medida em face de suas particularidades, enquanto que o seu cumprimento se desenvolveu de forma absolutamente indigna e descompromissada para com a condição de sujeito do interno.

Estamos falando de um paciente cujos relatos, no laudo que se prestou para embasar a imposição da medida de segurança, já indicavam não apenas o prematuro consumo de cocaína com a idade de dez anos, mas que a obtenção da droga dependia da prática de sexo oral em homens. Os laudos realizados durante a execução da medida de segurança, no entanto, indicam que não houve qualquer cuidado a fim de evitar que viesse a sofrer abusos sexuais na instituição, sendo relatado, em laudo datado de 23.09.2014, que não apenas tinha dificuldades para sentar em razão dos referidos abusos, mas que "estava com escoriações labiais e assaduras orofaciais ocasionadas por sexo oral". Constata-se, ainda, que a solução encontrada para tal situação foi a de colocar o paciente em isolamento, pelo período de um ano, circunstância que foi constatada pelo Juiz da Execução, quando da realização de inspeção no local, concluindo que a situação configuraria tortura.

6. A lógica manicomial confirmada

Os estudos de caso realizados acabam por indicar, tal como denunciado pelo tratamento dispensado aos institucionalizados, bem como pelas dificuldades que se apresentam nas hipóteses de perda e ou inexistência dos vínculos familiares, pela inexistência de residenciais terapêuticos ou de recursos para abrigá-los em tais casas, da evidente invisibilidade de que padecem aqueles que se encontram no cumprimento de uma medida de segurança.

Por outro lado, aliado a esse descaso das instituições que deveriam promover meios de implementação da Lei Antimanicomial – enquanto persiste esse enclave que resiste ao tempo e a Lei – hoje a mais antiga das Casas de Custódia em funcionamento no País, não há como não afirmar que essa existência decorre da manutenção da lógica manicomial.

É essa lógica que permite que alguém ultrapasse 14 anos de institucionalização, enquanto a pena máxima abstratamente cominada é de três anos, ignorando-se a Súmula 527 do STJ, segundo a qual "O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado".[56] E, se isso não fosse suficiente, quando caberia ao Estado dar uma solução para os problemas de saúde e de manutenção de pessoa que não tem condições de gerir a sua própria vida, já com a medida de segurança extinta, a solução a que se chega, e que já percorre o largo período de seis anos, quatro meses e 22 dias, é a de interná-la novamente, em um plano de desligamento que, ao se prolongar no tempo, não é desligamento, é internação, internação sem uma sanção penal que lhe dê o necessário embasamento legal.

A mesma lógica institucionalizante justifica uma falta de cuidado na internação de um paciente com histórico de abusos sexuais, que se repetem sob a custódia do Estado e em tal intensidade que a vítima resulta lesionada. Essa mesma lógica preside a solução para estancar os abusos, como se o velho modelo manicomial ainda resistisse intacto nos corações e mentes daqueles que conduzem as casas manicomiais, daí a solução equivalente ao "encarceramento" do interno pelo período de um ano; ao argumento de "encarcerar para proteger".

Constata-se, pelos casos estudados, por um lado a verdadeira invisibilidade dos internos no cumprimento das medidas de segurança, invisibilidade esta que autoriza tanto o indefinido prolongamento de uma internação quanto a manutenção de uma internação que não possui suporte em uma sanção penal e, por outro lado, que o sistema, independentemente do esforço que seja desenvolvido por aqueles que o operam, tal qual um objeto que desenvolve um movimento circular uniforme, acaba por retornar sempre ao seu ponto de partida, ou seja, àquela mesma lógica manicomial que se pretendeu combater no país com a Lei Antimanicomial.

7. Considerações finais

O problema carcerário existente no País, que se traduz em um superencarceramento, torna estatisticamente insignificante o número de internos que se encontram em cumprimento de medidas de segurança, contribuindo, assim,

56. BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Disponível em: [www.stj.jus.br/SCON/sumulas/enunciados.jsp?&b=SUMU&p=true&l=10&i=51]. Acesso em: 27.04.2017.

para a invisibilidade deles. Essa insignificância estatística possui o efeito perverso de induzir a falsa suposição de que o problema não existe ou, quiçá, de que não é tão grave.

Nesse contexto, o desafio que se apresenta é o de enxergar para além dos dados estatísticos, para além dos muros que ainda cercam as casas de custódia e nos remetem ao século XIX, o denominado Século dos Manicômios. Devemos abrir espaço para o efetivo cumprimento da Lei Antimanicomial, com a adoção de políticas públicas de desinstitucionalização, com a não internação em instituições com características asilares e com especial atenção à finalidade de reinserção social.

A sanção penal denominada medida de segurança, introduzida em nosso ordenamento com o Código Penal de 1940 e estabelecida nos moldes atuais com a reforma deste em 1984, pode ser considerada, não obstante os traços que a diferenciam das penas, em sua essência, como uma pena, com características próprias e, na maior parte das vezes, muito mais gravosas, dado o seu cumprimento em instituições totais. Acresça-se, nesse contexto, a lógica perversa de que se revestem, seja porque impostas com base na periculosidade do agente, que corresponde a mero prognóstico do futuro cometimento de um crime e, ainda, por prazo superior àquele imposto aos imputáveis, pois mesmo a limitação estabelecida em sede jurisprudencial, pelo Superior Tribunal de Justiça, considera o limite máximo da pena abstratamente cominada para o tipo penal violado, limite este que, conforme abordado ao longo deste trabalho, sequer é respeitado.

O cumprimento das medidas de segurança no Rio Grande do Sul é feito no Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso, instituição de caráter asilar, centralizado o controle da execução destas na Vara de Penas e Medidas Alternativas (VEPMA), localizada no Foro Central I, em Porto Alegre.

Isso não significa, dentro das limitações existentes, que não esteja sendo feito um trabalho de desinstitucionalização, que objetiva, progressivamente, a ressocialização dos internos, mediante etapas a serem cumpridas, que se iniciam com uma alta progressiva, passando pela desinternação condicional, ambas tratadas como benefícios pelo sistema de justiça, para chegar, ao final, à desinternação, que também pode decorrer de outras situações que acarretem a extinção da medida de segurança (v.g. a concessão de indulto). Contudo, em qualquer hipótese que importe na ruptura da relação institucional, far-se-ão presentes as dificuldades inerentes à desinstitucionalização, em especial aquelas decorrentes da perda do vínculo familiar e da estigmatização a que submetidos os ex-internos.

Em uma análise documental procedida nos autos dos processos em tramitação perante a Vara de Penas e Medidas alternativas da Comarca de Porto Alegre, no período compreendido entre 26.04 e 08.06.2017, pesquisado um universo de 99 de um total de 170, o que representa 58 % dos processos que envolvem "internos" do IPF, foi possível constatar que o perfil socioeconômico predominante dos internos é o de uma pessoa do sexo masculino, branca, pobre, brasileiro, natural do Rio Grande do Sul, com baixo grau de escolaridade, idade entre 31 e 50 anos, solteiro, católico, e a profissão desenvolvida antes da institucionalização está abrigada no amplo leque dos serviços gerais.

Constatou-se, ainda, que o tempo preponderante de institucionalização é de até quatro anos, enquanto que os atos contrários à lei que conduziram à aplicação da medida de segurança correspondem, pela ordem, a crimes contra a pessoa, o patrimônio e a liberdade sexual. Verificou-se, igualmente, que a doença mais recorrente é a esquizofrenia, seguida pelo retardo mental moderado, não havendo, como regra, vinculação a substâncias entorpecentes lícitas ou ilícitas. Contudo, naqueles em que há vinculação, predomina a associação a utilização de múltiplas drogas.

Por fim, no que diz com a execução das medidas de segurança, a maioria dos internos se encontra no gozo do benefício da alta progressiva.

Avançando além de um levantamento quantitativo, foram realizados dois estudos de caso que permitiram ingressar em detalhes relativos à execução das medidas de segurança.

No primeiro, foi possível apurar, em relação a um interno que cometeu o delito previsto no artigo 210 do Código Penal, cuja pena máxima é de três anos de reclusão, que o seu tempo de internação logra ultrapassar mais de quatro vezes e meia o tempo máximo da pena abstratamente previsto no tipo penal e, o que é pior, quando a medida de segurança que lhe foi imposta está extinta há sete anos, 11 meses e 19 dias. Assim, embora concebido o seu retorno ao IPF como uma forma de preservar a sua integridade, providência posteriormente respaldada por decisão da Vara de Execuções de Penas e Medidas Alternativas, não é possível ignorar a ilegalidade de sua internação, não apenas em face da Lei Antimanicomial, mas, principalmente, em razão da inexistência de medida de segurança a ser cumprida. O que tal caso demonstra, mesmo diante do enorme esforço desenvolvido pela equipe técnica no sentido de desligamento do paciente, que tanto o Estado do Rio Grande do Sul quanto o município de origem – no caso o de Arroio dos Ratos – não ofereceram e ou não oferecem soluções adequadas para que a desinstitucionalização ocorra diante da inexistência de vínculo familiar.

No segundo caso estudado, embora diante de um menor tempo de institucionalização – quatro anos, dois meses e três dias – e em patamar inferior àquele estabelecido para a pena máxima abstratamente cominada, o que se verifica é que a execução da medida de segurança não vem se desenvolvendo com menor sofrimento ao institucionalizado, à medida que tanto a sua história de vida quanto o seu histórico na instituição foram ignorados. Primeiro porque, não obstante o relato de que, desde a infância, mantinha relações sexuais para a obtenção de drogas, não houve qualquer cuidado para preservá-lo de abusos sexuais, aos quais foi submetido, com violação à sua integridade psíquica e física. Em segundo lugar, porque a solução encontrada para que deixasse de sofrer abusos foi o seu isolamento pelo período de um ano, circunstância que foi constatada pelo juiz da execução, quando da realização de inspeção no local, concluindo este que a situação configuraria tortura.

Assim, os estudos de caso realizados indicam, por um lado, a verdadeira invisibilidade dos internos no cumprimento das medidas de segurança, invisibilidade esta que autoriza tanto o indefinido prolongamento de uma internação quanto a manutenção de uma internação que não possui suporte em uma sanção penal, e, por outro lado, que o sistema, independentemente do esforço que seja desenvolvido por aqueles que o operam, tal qual um objeto que desenvolve um movimento circular uniforme, acaba por retornar sempre ao seu ponto de partida, ou seja, àquela mesma lógica manicomial que se pretendeu combater no país com a Lei Antimanicomial.

Não se afigura uma demasia, portanto, afirmar que o século XIX ainda não terminou no Brasil. Assim o indicam a manutenção de estruturas totais[57], bem como as condições a que submetidas as vidas ali "depositadas", porque é disso que falamos quando se trata da situação dos portadores de sofrimento psíquico internados nos manicômios judiciários. São indivíduos matáveis, os quais, tal qual o *Homo Sacer* de Agambem[58], somente existem para o sistema porque condenados em virtude do perigo que representam à sociedade.

57. Uma instituição total pode ser definida como um local 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, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2015. p. 11.

58. "Homem sacro é, portanto, aquele que o povo julgou por um delito; e não é lícito sacrificá-lo, mas quem o mata não será condenado por homicídio; na verdade, na primeira lei tribunícia se adverte que 'se alguém matar aquele que por plebiscito é sacro, não será considerado homicida'. Disso advém que um homem malvado ou impuro costuma ser chamado sacro AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer*: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: UFMG, 2010. p. 186 (nota 18).

Ao mesmo tempo, esquecidos por detrás dos muros, eles veem escoar o tempo de suas existências absolutamente descartáveis no cumprimento de uma pena[59] quase perpétua. Há uma invisibilidade que os encobre. São notícia, volta e meia, quando a situação degradante a que estão submetidos ganha as manchetes, para desaparecer no dia seguinte, porque, como aponta Souza, ao contrário do personagem Funes, de Jorge Luis Borges, a sociedade tende ao esquecimento:

> [...] vivemos, grosso modo, na era anti-Funes, na idade do esquecimento e da não percepção. Ao contrário de Funes e do mesmo senso comum e estreito, nossas sociedades são capazes de esquecer até o inesquecível; o que ontem era notícia de absoluta relevância é hoje atirado à vala comum da superprodução de dados midiáticos. O que ontem era questão de vida ou morte, hoje se torna como que ao natural tema de pilhérias e leviandades – o limbo que precede o abismo da não existência.[60]

É imprescindível, contudo, não esquecer.

De qualquer forma, o que se pretendeu demonstrar por meio da pesquisa realizada foi o funcionamento das engrenagens que se movem na execução das medidas de segurança, ainda orientadas pela antiga lógica manicomial, a despeito da Lei 10.216/01, bem como a invisibilidade dos internos, cuja dignidade é reiteradamente violada. Se, além disso, for possível contribuir com uma certa "dose" de não esquecimento, teremos ido um pouco além.

8. Referências

AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer*: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal*. Parte geral 1. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

BUSATO, Paulo César. *Fundamentos para um direito penal democrático*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

CARVALHO, Salo. *Penas e medidas de segurança no Direito Penal brasileiro*. Saraiva. 2. ed. São Paulo, 2015.

CIRINO DOS SANTOS, Juarez. *Direito penal: parte geral*. 7. ed. Florianópolis: Empório do Direito, 2017.

59. Em sede doutrinária é quase unânime o entendimento de que a medida de segurança não é uma pena, muito embora, no mundo dos fatos, se revista dessa natureza.

60. SOUZA, Ricardo Timm de. *Levinas e a ancestralidade do mal:* por uma crítica da violência biopolítica. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012. p.75-76.

DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil:* Censo 2011. Brasília: UNB, 2013.

FERRAJOLI, Luigi. *Direito e razão*: teoria do garantismo penal. 4. ed. rev. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir:* nascimento da prisão. 42. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2015.

IBRAHIM, Elza. *Manicômio judiciário:* da memória interrompida ao silêncio da loucura. Curitiba: Appris, 2014.

KARAM, Maria Lúcia. *Medidas de segurança:* punição do enfermo mental e violação da dignidade. Disponível em: [http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/4620/3210]. Acesso em: 15.10.2016.

RAUTER, Cristina. *Criminologia e subjetividade no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2013.

SOUZA, Ricardo Timm de. *Levinas e a ancestralidade do mal:* por uma crítica da violência biopolítica. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012.

ZAFFARONI, E. Raul et al. Direito penal brasileiro, primeiro volume – Teoria Geral do Direito Penal. Rio de Janeiro: Revan, 2003, 4. ed., 2011, 2. reimp, 2015.

PESQUISAS DO EDITORIAL

Veja também doutrina

- A medida de segurança como a pior opção: por que os neurocientistas não devem dizer sobre como punir?, de Regina Geni Amorim Juncal – *RBCCrim* 130/399-426 (DTR\2017\666); e
- Considerações acerca da semi-imputabilidade e inimputabilidade penais resultantes de transtornos mentais e de comportamento, de Maria Regina Rocha Ramos – *RBCCrim* 39/215-229 (DTR\2002\814).

Crime e loucura: a exclusão do louco infrator pelo dispositivo jurídico

Crime and madness: the exclusion of mental illness violater by the legal device

Farah de Sousa Malcher

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade Federal do Pará (UFPA).
Aluna Extraordinária da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio/PROCAD/UFPA).
Mestre em Direito, Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional pelo CESUPA (2014).
Pesquisadora do Centro de Estudos sobre Instituições e Dispositivos Punitivos (CESIP). Analista Judiciário do Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJPA).
fsmalcher@gmail.com

Recebido em: 29.01.2018
Aprovado em: 12.03.2018
Última versão do(a) autor(a): 26.03.2018

Áreas do Direito: Penal; Processual

Resumo: Apresentamos, neste artigo, parte de pesquisa de mestrado realizada no manicômio judiciário e no Tribunal de Justiça do Estado do Pará, que investigou a lógica do tratamento jurídico da população portadora de doença mental em conflito com a lei, quando cumpre medida de segurança. Tal medida sustenta a perda de cidadania dos *loucos*, reduzindo-os à condição de objeto e promovendo o seu apagamento como sujeitos de direito. A hipótese é que a condição de "não-sujeito" autorizaria o Estado a destituir-lhes de direitos, sobretudo à liberdade e à convivência social, justificando políticas de exceção. O louco é submetido a processos de exclusão, encarcerado por tempo indeterminado em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, onde sobrevive invisibilizado. Na tentativa de compreender a lógica do sistema jurídico de exclusão da loucura, refletimos o tema a partir do sujeito moderno e do não reconhecimento do louco como sujeito de

Abstract: We present in this article part of masters research conducted in the lunatic asylum judiciary of Pará State, on the logic of the legal treatment of people with mental disorder in conflict with the law, when it should be a measure of security. This measure supports the loss of citizenship of the fools, reducing them to the status of object and promoting their erasure as subjects of law. The condition of "non-subjects" allows the State to deprive them of rights, above all, to freedom and social coexistence, justifying policies of exception. The madman is subjected to processes of exclusion, imprisoned for an indefinite time in hospitals of custody and psychiatric treatment, where he survives. In an attempt to understand the logic of the legal system of exclusion of madness, we reflect the theme from the subject modern and the non-recognition of the crazy as subject of reason and will, what keeps him far away from being a subject of law.

Malcher, Farah de Sousa. Crime e loucura: a exclusão do louco infrator pelo dispositivo jurídico. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. vol. 144. ano 26. p. 159-182. São Paulo: Ed. RT, junho 2018.

razão e de vontade, o que o mantém alijado de ser sujeito de direito.

Palavras-chave: Louco infrator – Sujeito Moderno – Sujeito de Direito – Medida de Segurança – Exclusão.

Keywords: Mental illness violator – Modern subject – Subject of law – Security measure – Exclusion.

Sumário: 1. Introdução: breve panorama do sistema jurídico de (ir) responsabilização do louco em conflito com a lei. 2. A alienação jurídica do louco pela razão: separação entre sujeitos e não-sujeitos. 3. A influência do sujeito moderno na concepção do sujeito de direito. 4. A Responsabilização Do Louco: análise do discurso nas decisões judiciais. 5. Considerações finais: loucura, dispositivo jurídico e o apagamento das formas de vida. 6. Referências Bibliográficas.

1. Introdução: breve panorama do sistema jurídico de (ir) responsabilização do louco em conflito com a lei

O Código Penal brasileiro, em seu artigo 26[1], dispõe sobre a inimputabilidade por doença mental como causa excludente da culpabilidade do réu. Pela Lei, aqueles que, ao tempo do crime e em virtude de enfermidade mental, eram inteiramente incapazes de compreender a ilicitude do ato, ou de se orientar conforme a lei, serão isentos de pena e cumprirão medida de segurança com internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico por tempo indeterminado, ou tratamento ambulatorial, até que se diagnostique, por meio de perícia psiquiátrica, a cessação do estado de periculosidade do agente, que pode ser entendido, a grosso modo, como o juízo de presunção de delinquência futura.

Para o discurso jurídico, a condição de doente mental irresponsabiliza o indivíduo de responder por seus atos, e em vez de penalizá-lo, é preciso tratá-lo, cabendo ao Estado assumir a sua tutela/custódia. A hipótese levantada neste estudo, todavia, é a de que o discurso protetivo mascara a finalidade estratégica da medida de segurança, que é a neutralização do perigo representado pela loucura e pelo crime, legitimada por saberes médico-jurídicos que integram o *dispositivo de medida de segurança*[2], entendido como o conjunto de

1. Art. 26, CPB: "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".
2. Neste estudo, em vez de falar de sistema, preferimos usar o conceito foucaultiano de "dispositivo", exposto no conjunto de textos *Dits et* écrits, cujas três principais

saberes, instituições, legislações, práticas profissionais e preconceitos que sustenta a loucura como um mal a ser combatido.

Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)[3] apontam a existência de 23 hospitais de custódia no Brasil, distribuídos pelas 26 unidades federativas e com uma população de aproximadamente quatro mil internos. Em 2011, em três estados brasileiros, foram descobertas 260 pessoas em situação asilar, por terem perdido o vínculo familiar e pela falta de políticas de desinstitucionalização. No Estado da Bahia, foram encontrados 30 pacientes com laudo de desinternação, mas ainda custodiados. No Paraná, das 430 pessoas internadas, 108 não precisavam mais estar asiladas. No Rio de Janeiro, há 136 pacientes dos quais 75 permanecem custodiados por não terem para onde ir. No Acre, há 30 pacientes cumprindo medidas de segurança em penitenciárias, sem acompanhamento de saúde mental.

Em todo o país, faltam residências terapêuticas que absorvam pacientes que já cumpriram medida de segurança, assim como equipes de saúde. A ausência de política de desinternação torna comum a permanência além do tempo devido, situação que se agrava pelos casos de abandono familiar face o isolamento. No Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado do Pará[4], nosso campo de observação e pesquisa, 225 internos dividem-se entre as 78 vagas disponíveis, mais do dobro da capacidade, sendo que somente 88 cumprem medida de segurança (menos da metade da população). É que a maioria (98 internos) está em situação provisória, à espera de exame pericial, fato que

características foram assim resumidas por Giorgio Agamben: "a. é um conjunto heterogêneo, linguístico e não-linguístico, que inclui virtualmente qualquer coisa no mesmo título: discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de polícia, proposições filosóficas, etc. O dispositivo em si mesmo é a rede que se estabelece entre esses elementos. b. O dispositivo tem sempre uma função estratégica concreta e se inscreve sempre numa relação de poder. c. Como tal, resulta do cruzamento de relações de poder e relações de saber". AGAMBEN, Giorgio. "O que é um dispositivo?" In: *O que é o contemporâneo? E outros ensaios*. Santa Catarina: Argos, 2009 (2006). p. 129.

3. Seminário apresenta diagnóstico dos hospitais de custódia no país, Conselho Nacional de Justiça, Disponível em: [www.cnj.jus.br/noticias/cnj/56782-seminario-apresenta-diagnostico-dos-hospitais-de-custodia-no-pais]. Acesso em: 06.07.2016.

4. Dados coletados durante pesquisa de Mestrado realizada por essa autora durante o ano de 2014, nas instalações do Hospital de Custódia do Pará, mediante entrevista com a diretoria-geral da instituição à época, e ainda junto à SUSIPE, intitulada: *A dessubjetivação terapêutica*: um estudo do dispositivo criminal-punitivo dos inimputáveis por doença mental. 2014. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Direito). Centro Universitário do Pará (CESUPA).

denuncia um sistema penal calcado na periculosidade do agente e que prefere operar por medida preventiva de contenção. A faixa etária da população é de 31 a 40 anos. O perfil sócio demográfico é de homens, jovens, negros, pobres, analfabetos e oriundos do interior do Estado. Dos delitos, 48% é homicídio contra familiares, sendo que a maioria não possuía antecedentes criminais. Nos últimos anos, tem-se observado a internação por atos de violência doméstica ou associados à dependência química, revelando uma forte tendência de psiquiatrização dos conflitos familiares e da drogadição.

Na instituição, não há atividades terapêuticas e apesar de ser chamada de "hospital" reúne características de casa penal, gerida pela Superintendência do Sistema Penal (SUSIPE), sem nenhuma ingerência da Secretaria Estadual de Saúde (SESPA). No quadro funcional, não há psiquiatra, sequer médico. Conta com uma equipe mínima de saúde, com enfermeiros, assistentes sociais, psicólogo e outros. Equipamentos de saúde foram adquiridos para aparelhar o local, mas face à inexistência de médicos, foram todos retirados. Alguns remanescem na instituição de forma obsoleta.

Sobre os exames periciais para fins de desinternação, cerca de 50% dos internos submetidos à perícia há dois anos, ainda aguardam a confecção do laudo. Há defasagem entre o tempo determinado pelo juiz para a perícia e sua efetiva realização. Em média, o lapso é de dois anos e metade da população do hospital encontra-se com a perícia em atraso, prolongando absurdamente a tramitação dos processos judiciais e convertendo a medida de segurança em prisão perpétua. Verificamos pessoas que, embora findo o prazo da internação, continuam custodiadas. Há indivíduos internados há mais de 20 anos em virtude de delitos de baixa lesividade como o de furto, e outros considerados de menor potencial ofensivo, nos termos da Lei 9.099/95, a exemplo do crime de ameaça.

Tais dados nos levam a inferir que a medida de segurança no Brasil coloca pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei em uma espécie de limbo jurídico, em que instituições, mascaradas de hospitais, revelam-se verdadeiros campos de concentração, onde os loucos são depositados como detrito social a ser escondido.

Mas a presença dos hospitais de custódia também implica na retomada aos famigerados manicômios judiciários, na contramão da luta antimanicomial deflagrada na década de 80, final da Ditadura Militar, e materializada na Lei 10.216/2001, *Lei da Reforma Psiquiátrica*, que redirecionou o modelo de saúde mental no Brasil, trazendo como principal inovação o fim do manicômio e, como regra, o tratamento do louco em meio aberto.

Berlinck (2016)[5] chama atenção para ramificação do movimento que, na tentativa de conduzir a saúde mental ao campo da ética e dos direitos humanos, incorporou a questão da cidadania em seus discursos, colocando em pauta a condição do louco como um "não-sujeito", e por isso, privado de direitos, denunciando a relação de violência com o Estado, relação objetual por reduzir seres humanos à condição de objeto. O projeto político da Reforma é reconhecer os loucos como sujeitos de razão e de vontade.

É nessa esteira que, neste artigo, problematizamos a loucura e o crime a partir da Modernidade, contexto em que a loucura foi excluída da razão e os indivíduos cingidos em normais e anormais, sujeitos e não-sujeitos. Apostamos que tal reflexão é necessária ao enfrentamento das questões aqui levantadas, sobretudo para compreender o apagamento de determinadas formas de vida em pleno Estado Democrático de Direito.

2. A alienação jurídica do louco pela razão: separação entre sujeitos e não-sujeitos

A experiência da loucura e da criminalidade, para o filósofo francês Michel Foucault (1995)[6], precisa ser investigada a partir de três eixos distintos, porém articulados: os saberes historicamente constituídos que estabeleceram matrizes normativas sobre o comportamento humano, os agenciamentos de poder aos saberes relacionados, resultantes em práticas e em contextos de poder específicos, e os modos de existência possíveis que permitiram aos indivíduos se constituírem como sujeitos.

Foucault refuta a noção moderna de sujeito como entidade preexistente ao mundo social. Admite, contudo, a existência de modos de subjetivação como prática de constituição de si ou produção de subjetividade, em processos marcados por relações de saber/poder. Alerta para um modo específico de funcionar do poder que é a sua *positividade*, no sentido de engendrar condutas e conformar subjetividades, em que o sujeito aparece como resultado de uma operação de assujeitamento a um *dispositivo*, que ao mesmo tempo em que enuncia uma verdade sobre ele, liga-o coercitivamente a uma determinada

5. BERLINCK, Luciana Chauí. "Loucura não se prende". *Revista Cult,* 01.03.2016. Disponível em: [http://revistacult.uol.com.br/home/2016/02/loucura-nao-se-prende/]. Acesso em 08.03.2016.

6. FOUCAULT, Michel. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. *Michel Foucault*: Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

identidade (normal/anormal, cidadão/inimigo, sujeito/coisa), de forma a categorizá-lo e a subjugá-lo.

Em sua *História da Loucura,* Foucault (2012)[7] relata como ao final da Idade Média, com o desaparecimento da lepra do mundo ocidental, uma nova encarnação do mal e do medo passou a habitar os antigos leprosários, assumindo o papel abandonado pelo lazarento. A lepra regrediu, mas fez permanecer valores e imagens intrínsecos à personalidade do leproso, os quais cerca de dois ou três séculos mais tarde, justificaram jogos de exclusão de figuras temidas, tais como o louco e toda espécie de incuráveis e degenerados. A loucura foi a herança da lepra.

Mas antes de a loucura ser dominada, por volta da metade do século XVII, suscitando reações de divisão, de exclusão e de purificação, esteve ligada a todas as experiências maiores da Renascença. No século XVI, quando não expulsos, os loucos vagavam livremente pelas cidades, onde conviviam em sociedade. O fenômeno da loucura foi retratado através das artes, da literatura e da pintura, cujo objeto simbólico desse período foi a *Nau dos Loucos*, construção literária reproduzida pela realidade.

Devido à existência errante, era comum que os loucos identificados em "estado de vagabundagem" fossem expulsos para cidades vizinhas. O transporte se dava por meio desses barcos, que levavam a carga insana de uma cidade para outra. Mas os loucos não eram corridos das cidades de modo sistemático. Escorraçavam-se apenas os estrangeiros e cada cidade aceitava tomar conta dos seus cidadãos. A expulsão representava uma espécie de purificação, pois a navegação entregava o homem à sua própria sorte, ao encontro do seu destino, ao encontro da razão. A Renascença fez da loucura uma experiência no campo da linguagem, uma forma relativa da razão, que a essa se integrava como uma de suas forças secretas, em uma forma paradoxal de tomar consciência de si mesmo.

Nas palavras de Foucault:

> [...] loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda a loucura tenha sua razão que a julga e a controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra (FOUCAULT, 2012, p. 30).

7. FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2012.

Mas ao final do século XVII, a própria razão reduzirá as vozes da loucura ao silêncio. Descartes encontra a loucura ao lado de todas as formas de erro, pois o "eu que pensa" não pode estar louco! A loucura, para a filosofia cartesiana, é condição de impossibilidade do pensamento, é tudo aquilo que representa o erro, a ilusão. A marca desse período foi a relação estabelecida entre loucura e razão, aquela entendida como uma ameaça a esta. Loucura era sinônimo de ausência de razão, de *desrazão*. Formula-se, portanto, uma consciência crítica da loucura, fundamentada mais em uma percepção moral que em um conhecimento científico.

Tem início o processo de dominação da loucura pela razão. Ou, no dizer de Machado (2009, p.55)[8], "Significa a destruição da loucura como saber que expressa a experiência trágica do homem no mundo em proveito de um saber racional e humanista centrado na questão da verdade e da moral".

Opera-se a cisão do louco dos sujeitos "normais", face à sua insubmissão à identidade de sujeito moral fixada pela filosofia moderna. O louco é associado aqueles que, de alguma forma, transgridem as normas sociais estabelecidas, assim como o criminoso. Forma-se uma consciência médico-jurídica da loucura associada à experiência da pessoa como sujeito de direito, capaz de deveres e obrigações.

Para Fonseca (2002)[9], a loucura passa a ser analisada pelas implicações que pode causar no sistema de obrigações e o internamento justifica-se pela incapacidade de o indivíduo como ser social e jurídico. O louco e a loucura são percebidos a partir de uma referência fundamental ao sujeito de direito. Na mesma medida em que se busca delimitar as capacidades do sujeito de direito, tendo como parâmetro o critério do normal/anormal definido pela razão, delimita-se, de modo preciso, a personalidade jurídica do alienado.

Essa época é marcada pelo início do Grande Enclausuramento, representado pela inauguração do Hospital Geral em Paris, cujo fenômeno se dissipou por toda a Europa ocidental. A hospitalização do louco revelou pretensões repressivas, não se tratando de uma instituição essencialmente médica, mas antes, segundo Foucault (2012, p. 50): "[...] uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa". As estruturas da legalidade desempenharam papel fundamental na prática da internação. O Hospital Geral é um

8. MACHADO, Roberto. *Foucault, a ciência e o saber.* Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2009.
9. FONSECA, Márcio Alves de. *Michel Foucault e o Direito.* São Paulo: Ed. Max Limonad, 2002.

estranho poder estabelecido pelo rei entre a polícia e a justiça, nos limites da lei, inaugurando uma terceira ordem da repressão. É uma instância da ordem monárquica e burguesa.

O internamento foi também justificado por razões econômicas: o capitalismo em plena ascensão percebe a loucura como condenação moral à ociosidade, exercida por uma comunidade que rejeita todas as formas de inutilidade social. O louco, incapaz de trabalho e de utilidade em um mercado de trocas, é inserido nos problemas da cidade. Nesse contexto, a Psiquiatria erige-se como produto de um processo de dominação e transformações socioeconômicas, que apoiada na concepção de loucura como desrazão, torna-se o principal mecanismo de controle do louco pela exclusão. Em outras palavras, a partir do momento em que a sociedade se define como sistema de relações entre indivíduos que possibilitam a produção, permitindo maximizá-la, dispõe-se também de um critério que possibilita designar seu inimigo (Foucault, 2015, p. 49)[10]: "qualquer pessoa que seja hostil ou contrária à regra da maximização da produção".

A loucura passa a ser concebida como uma ameaça à ordem moral, social e jurídica, o que justifica a exclusão do louco da sociedade com a reclusão em estabelecimentos asilares. O louco passou a ser visto como um estrangeiro, aquele que destoa da sociedade homogênea, um criador de distúrbios que deve ser reprimido, sendo a internação a proposta estatal para a correição. O louco, assim como o criminoso, destaca-se sobre um fundo formado por um problema de polícia, referente à ordem dos indivíduos na cidade.

Na segunda metade do século XVIII, a concepção da loucura como desrazão dissipa-se, marcando o início do processo de inserção da loucura na ordem do patológico, de sua categorização como doença mental e, por conseguinte, do surgimento da psiquiatria. Machado (2009) afirma que a psiquiatria, como ciência, é resultado de um processo histórico mais amplo que de modo algum diz respeito à descoberta de uma natureza específica, de uma essência da loucura, mas à sua progressiva dominação e integração à ordem da razão. As transformações sociais que possibilitaram a ressignificação do conceito de loucura como alienação, bem como das razões para a internação do louco, abriram caminho para a consolidação da psiquiatria como ciência e da patologização da loucura como doença mental.

Nesse contexto, o louco assim como o criminoso passam a ser concebidos como "o sujeito de direito alienado", marcados pelo reconhecimento jurídico da sua irresponsabilidade e da incapacidade como sujeito de obrigações dentro

10. FOUCAULT, Michel. *A Sociedade Punitiva*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2015.

de uma ordem social dada. A loucura, como doença mental, é uma unidade patológica analisável em termos de direito.

Segundo Fonseca:

> Com a busca por delimitar as capacidades do sujeito de direito é que esta sensibilidade médico-jurídica da loucura preparará o surgimento de uma psicologia ou uma ciência médica das doenças mentais, que por sua vez, também se veem implicadas com o problema da conduta do homem social, relacionando-se assim, igualmente com a outra sensibilidade da loucura (sensibilidade de caráter social), que marcou o internamento nos Hospitais Gerais. Para Foucault, a Doença Mental, tratada pela medicina positivista do século XIX, constituiu-se lentamente como a "unidade mítica do sujeito juridicamente incapaz e do homem reconhecido como perturbador do grupo". Na Época Moderna, a medicina admitirá como dada, no interior da "realidade" Doença Mental, a coincidência entre a alienação do sujeito de direito e a loucura do homem social (FONSECA, 2002, p. 112).

Ainda conforme aquele autor, o homem livre, o cidadão normal, enquanto único soberano do estado burguês, torna-se o juiz primeiro da loucura. O louco e o criminoso representam a alienação do sujeito social, posto que vistos como estranhos pela sociedade burguesa. Eles representam o erro, o delírio, a imaginação, o irreal, o inexistente. Manifestam o desumano, o insensato, aquilo que a consciência de todos não consegue reconhecer-se, aquilo que não está baseado nela, portanto, aquilo que não tem o direito de existir, o não-ser. Opera-se a objetivação da figura do louco e do criminoso como objetos – ao invés de sujeitos – e formas objetivantes da psiquiatria, da criminologia e do direito, na medida em que, enquanto objetos, podem ser apreendidos por aqueles saberes.

O louco é o sujeito de direito alienado. *Alienus,* em latim, significa "outro", "alheio". O Direito Romano definia como pessoa aquele que está na posse de sua razão e de seus bens e, por isso, um sujeito de direito. Contrariamente, aqueles cujos corpos e bens estavam sob poder de outro, como os escravos, eram definidos como *alienus juris*. Segundo Berlinck (2016), a concepção jurídica de alienado como sujeito sem direitos, submetido a poder alheio, foi retomada pelo pensamento moderno quando definiu loucura como alienação mental.

E sem ser sujeito de direito, não há como limitar o Direito Penal na aplicação de sanções, legitimando-se o genocídio dos loucos nos manicômios judiciários brasileiros. É que essa forma reificada de homem passa a ser vista como perigosa e/ou inútil à sociedade autoidêntica, afinal, o não-sujeito é aquele que

rompe com o pacto social que o liga aos outros, o inimigo irredutível às leis e às normas gerais, que entra em guerra contra a sua própria sociedade e, como observa Foucault (2015, p. 31): "a punição não deve ser a reparação do prejuízo causado a outrem nem o castigo da culpa, mas uma medida de proteção, de contraguerra que a sociedade tomará contra este último".

3. A INFLUÊNCIA DO SUJEITO MODERNO NA CONCEPÇÃO DO SUJEITO DE DIREITO

O advento da Era Moderna marca a ascensão do homem enquanto ser dotado de razão, distinto dos demais animais em virtude da sua racionalidade e capacidade de pensamento, exclusivas da natureza humana. A razão torna-se autônoma e desvincula-se do que antes era atribuído ao Divino, como forma de explicar os problemas terrenos de maneira científica e racional. Opera-se a transferência do sujeito de Deus ao homem, o ser racional cujo atributo da razão lhe é inerente, nascendo assim, o sujeito da filosofia moderna, que teve em Descartes e Kant a base de seu constructo filosófico. Na filosofia moderna, é a tradição racionalista que atribui ao sujeito o papel central como fundamento do conhecimento.

Japiassú e Marcondes (2006)[11], em seu *Dicionário Básico de Filosofia,* assim definem o sujeito cartesiano:

> Em teoria do conhecimento, principalmente a partir de Descartes e do pensamento moderno, o sujeito é o espírito, a mente, a consciência, aquilo que conhece, opondo-se ao objeto, como aquilo que é conhecido. Sujeito e objeto definem-se, portanto, mutuamente, como polos opostos da relação de conhecimento (JAPIASSÚ e MARCONDES, 2006, p. 261).

O sujeito cartesiano é o sujeito do conhecimento que pensa, duvida e existe, o "eu" consciente de si. Para Bomfim (2003)[12], ao afirmar a existência do "eu" enquanto ser pensante, Descartes condicionou a existência do homem à capacidade de pensar. Essa é a ideia contida nos aforismos: "Penso, logo existo". E: "Se deixasse de pensar, deixaria totalmente de existir". Ainda, segundo Bomfim,

11. JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. *Dicionário Básico de Filosofia.* Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

12. BOMFIM, Thiago. *Sujeito de Direito e Direito sem Sujeito.* Jan. 2003. Disponível em: [www.unifacs.br/revistajuridica/arquivo/edicao_janeiro2003/convidados/convidado02.doc]. Acesso em: 25.07.2014.

a concepção de "sujeito de direito" advém de todo esse processo filosófico que caracteriza o surgimento do sujeito moderno. As teorias, os escritos, os estudos que marcam os caminhos desse homem que usa a razão para descobrir, construir, formular, e discutir a formação do mundo, são indispensáveis à elaboração de tal conceito. É que o ser pensante vai utilizar sua liberdade para a elaboração de uma constituição jurídica. Tal liberdade, em Kant, seria a liberdade de agir conforme leis. E os homens são livres quando causados a agir. A causa das ações nos seres racionais é o livre-arbítrio.

Ao discorrer sobre o dever moral em Kant, Safatle (2013)[13] afirma que o dever kantiano representa uma noção central para a avaliação de ações que se queiram morais. Representa a consciência de uma norma a partir da qual as ações particulares devem ser avaliadas. Em outras palavras, é a consciência de que as ações só podem ser consideradas morais quando reportadas a uma norma de avaliação, a partir de uma normatividade exterior à ação.

Para Safatle, Kant caracteriza o dever a partir de um conjunto de procedimentos formais, procedendo a uma sistematização do dever, que serve como critério de avaliação das práticas pelos seres humanos ligados pela razão. A ação como realização do dever deverá ser categórica, absoluta e universalizável, no sentido de que não pode ser realizada de outra forma. Tal noção será fundamental ao aparecimento do sujeito moderno, pois a definição do dever visava também dar forma às exigências individuais de autonomia, atributo fundamental da subjetividade moderna, à medida que forneceu uma definição possível do que se entende por "sujeito livre".

> Da mesma forma que o dever será definido como uma norma que me permite tomar distância de minhas próprias ações a fim de avaliá-las, a autonomia será definida como uma lei que dou para mim mesmo em condição de liberdade, transformando-me assim em agente moral capaz de me autogovernar e avaliar meus próprios desejos (SAFATLE, 2013, p. 14).

A articulação entre dever e autonomia inaugura a dimensão do "dever-ser", como o exercício contínuo de autoexame e comparação entre as ações individuais e os valores e normas que se assumem como ideais. Mas a estrutura procedural do dever proposta por Kant a partir da sistematização de juízos morais preleciona que estes independem das experiências pessoais e singularidades, e sim, dar-se-iam previamente a elas, como condições de possibilidade para a experiência da liberdade. A noção moderna de autonomia possui, assim, duas

13. SAFATLE, Vladimir. *O dever e seus impasses*. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

características que lhes são fundamentais. A primeira é a sua definição como norma, dotada de universalidade, categoricidade e incondicionalidade, cujo imperativo inspira-se no modelo da norma jurídica. A segunda seria a autonomia como expressão de uma vontade que submete outras vontades. É a capacidade reflexiva de autocontrole que funda a identidade do sujeito autônomo.

A vontade que manifesta a autonomia é a expressão do vínculo do sujeito a uma lei incondicional, fundadora do dever. Disso tudo decorre uma importante noção: de autodeterminação, que, conforme Safatle, é a ideia de que somos legisladores de si mesmos, o movimento de ser causa de si mesmo, *causa sui*. O sujeito autônomo pode se autodeterminar porque a causa de sua ação é fruto de sua própria liberdade.

Nas palavras daquele autor:

> Diferentemente da perspectiva voluntarista, Kant lembra que o homem tem no seu interior a ciência da Lei devido a uma espécie de luz natural da razão partilhada por todos: "Todo homem, como um ser moral, possui em si mesmo, originalmente, uma tal consciência" [...] (SAFATLE, 2013, p. 26).

Assim, para Kant, se a razão não pudesse postular uma realidade objetiva de uma Lei, se a vontade livre visasse apenas à satisfação dos instintos e das necessidades físicas, se os indivíduos seguissem somente a suas explicações fisiológicas sem respeitar o imperativo categórico, não se distinguiria o homem do animal, pois, (KANT *apud* SAFATLE, 2013, p. 27): "seria então a natureza que forneceria a lei". Tal distinção entre liberdade e natureza remete à distinção entre seres humanos e animais, como se o homem livre fosse aquele capaz de pensar e dominar seus instintos, e todos os que divergem desse padrão não podem ser considerados homens, e, sim, animais. É por essa razão que, para Kant, os indivíduos para quem o desejo particular e os impulsos irracionais dominam a vontade podem ser denominados de "patológicos", por se tratar de desejos que se impõem ao indivíduo como um *páthos,* os quais não se pode determinar de maneira autônoma.

Na conclusão de Safatle:

> Dessa forma, se os desejos patológicos e impulsos sensíveis são uma ameaça à minha liberdade e autonomia, então o preço da liberdade será o afastamento daquilo que, em mim, se guia a partir da contingência dos sentimentos, da inconstância das inclinações, do acaso dos encontros com objetos que não são deduzidos de uma lei que dou para mim mesmo (SAFATLE, 2013, p. 28-29).

O modelo kantiano de autonomia divide internamente o sujeito entre vontade e desejo, liberdade e natureza, transcendental e psicológico, em uma concepção clivada da natureza humana. Safatle (2013) observa que tal clivagem subjetiva ainda permanece como referência na filosofia moral contemporânea. Refere ao filósofo Harry Frankfurt (1929), para o qual a diferença essencial entre os seres humanos e as outras criaturas seria a existência, nos primeiros, de "desejos de segundo nível", que seriam aqueles decorrentes da capacidade de autoavaliação reflexiva, atributo determinante de um ser dotado de autonomia. Ainda conforme aquele autor, não há dever sem culpa. A experiência da culpa, isto é, a consciência da culpabilidade, é indissociável do sentimento de ser virtualmente observado por alguém a quem reconhecemos autoridade legítima, a quem nos fornece uma norma capaz de explicar o que devemos fazer para sermos reconhecidos como sujeitos dignos.

"Saber-se culpado é, assim, uma forma de nos certificarmos de que a Lei é para nós, que temos um lugar assegurado diante da porta da Lei" (SAFATLE, 2013. p. 44).

A consciência da culpabilidade é um entendimento que, para Kant, em sua *Crítica da Razão Prática,* não requer grandes dificuldades, podendo ser exercitado até pela mente mais comum, sem experiência do mundo, ou, no dizer de Safatle, (2013, p 63): "o entendimento ordinário, este do homem maduro, que ultrapassou a infância e não caiu em loucura, sempre sabe qual é o seu dever".

A exposição sumária acerca da concepção de sujeito para os pensadores da filosofia moderna tem como finalidade demonstrar a influência que o sujeito racional cartesiano e o sujeito da filosofia moral kantiana exerceram sobre a construção do sujeito jurídico, entendido como o "sujeito de direito", titular de direitos e possuidor de deveres na ordem social, isto é, ao sujeito que se sujeita incondicionalmente à lei (moral ou jurídica), independentemente do seu desejo (distinto da vontade e da razão).

Bomfim (2003) entende que, com todas as transformações ocorridas na Modernidade, que mudaram a concepção de homem, fazendo com que passasse de ser dominado (objeto) para o centro da dominação (sujeito), tudo aquilo que não era racional passou a ser visto como objeto. É que a liberdade de pensar gerou a responsabilidade perante os outros, assim como a exigência, por parte dos outros, do cumprimento de seus deveres. A noção de dever, por seu turno, foi delineada com base em um forte apelo moral. A relação jurídica foi definida como um direito-dever entre seres humanos e o sujeito é aquele capaz de direitos e deveres.

Em suas palavras:

> Existe, dessa forma, um ponto de conformidade entre a concepção de Kant e a dogmática jurídica positivista, pois ambos consideram apenas o homem, devido à sua condição de Ser racional, como único capaz de estabelecer uma relação direito-dever. Nesse contexto, nada além do Ser racional pode ser considerado como Sujeito de Direito, pois são apenas objetos, se levado em consideração o fato de que, numa relação jurídica são incapazes de estabelecer comportamento jurídico com os homens. Entretanto, tal raciocínio não impede que o direito exerça proteção, por exemplo, em relação ao meio ambiente ou aos animais, prevendo, inclusive, sérias penalizações contra aqueles que descumprirem essas regras. Todavia, o que se deve levar em conta [...] é o fato de que tais normas vão se referir a Objetos e não a Sujeitos de Direito. A incapacidade por parte de outras categorias em contrair direitos e obrigações faz com que se tornem não Sujeitos, e sim Objetos de Direito. Diante do exposto, pode-se perceber que é possível a existência de um Direito sem sujeito (BOMFIM, 2003).

Nesse raciocínio, podemos inferir que o louco, em especial o que comete um crime, não se enquadra à definição de sujeito racional e pensante de Descartes. De outro lado, é também a criatura incapaz de determinar-se conforme o imperativo categórico de Kant, estando excluído da noção de sujeito autônomo. O louco é definido a partir do seu não assujeitamento à lei.

O louco nomeado pela Psiquiatria é aquele que não domina seus desejos e impulsos irracionais, o ser destituído de vontade autônoma. Seus desejos representam o *páthos*, o patológico, pois não consegue colocar na cabeça o imperativo categórico. É o ser que não se guia pela vontade reflexiva, autogovernada, razão pela qual não é humano, é criatura. Também não é, por conseguinte, sujeito de direito, pois este, em verdade, é o sujeito da culpa, o sujeito consciente da Lei moral, possuidor da consciência da culpabilidade. O louco, contudo, não tem o mesmo entendimento do homem ordinário de Kant, pois ele está aquém deste, uma vez que seu arbítrio não é livre, é, ao contrário, dominado pela loucura, pela irracionalidade, que o liga a um estado de natureza e o afasta da razão.

O louco, assim, afasta-se por completo da noção de sujeito moderno absorvida pelo Direito, conforme entendimento defendido neste estudo, o que a nosso ver constitui importante premissa para raciocinarmos a lógica do tratamento jurídico das pessoas portadoras de doença mental em conflito com a lei, cuja prática institucional demonstra a exclusão.

4. A Responsabilização Do Louco: análise do discurso nas decisões judiciais

> É desnecessário anunciar para ele sua sentença.
> Ele já a experimenta em sua carne
> (KAFKA. *Na colônia penal).*

Acreditamos que o processo histórico de patologização da loucura pela Psiquiatria, associado à questão da influência do sujeito moderno na concepção de sujeito de direito, constituem importantes premissas para a compreensão do modo de agir do dispositivo de medida de segurança na atualidade. O louco, destituído de razão, não se enquadra à concepção de sujeito racional, perspectiva adotada pela Psiquiatria. Seus desejos representam o *páthos*, pois não se submetem à vontade autodeterminada. Seu arbítrio não é livre, pois dominado pela loucura que o liga a um estado de natureza e o afasta da vida política. Por consequência, também não é sujeito de direito, pois este é o sujeito da culpa, previsível e calculável, consciente da lei moral e jurídica (e também de consumo).

Vontade, autodeterminação e culpabilidade. A dogmática jurídica está impregnada pela noção moderna de sujeito. Basta analisarmos o artigo 26 do Código Penal, quando versa sobre a inimputabilidade do doente mental:

> 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.

Ora, se a inimputabilidade do louco deriva da ausência de culpabilidade, que é a censura recaída sobre a pessoa que praticou um crime, conclui-se que os loucos são incapazes de sentir culpa. A inconsciência da culpabilidade, por seu turno, advém da incapacidade de pensar (vício de entendimento/irracionalidade), ou da incapacidade de se autodeterminar, de submeter seus desejos à norma (vício de vontade/imoralidade).

Em pesquisa realizada junto ao Tribunal de Justiça do Pará[14], no ano de 2014, coletamos laudos forenses e decisões judiciais de processos de imposição e cumprimento de medida de segurança em trâmite em uma das varas

14. MALCHER, Farah de Sousa. "*A dessubjetivação terapêutica*: um estudo do dispositivo criminal-punitivo dos inimputáveis por doença mental". PhD diss., Centro Universitário do Pará, 2014.

de execução penal da comarca de Belém. O objetivo foi identificar o discurso sobre a loucura nos laudos e como este é absorvido pelos juízes criminais, produzindo efeitos concretos nos corpos dos indivíduos nomeados loucos.

Selecionamos, como objeto desta investigação, laudos periciais e decisões judiciais constantes nos autos de 9 (nove) processos criminais em trâmite pela 1ª Vara de Execuções Penais da Comarca de Belém, Estado do Pará, com decisões proferidas entre os anos de 1998 a 2014. Este foi o recorte de data delimitado. No total, foram analisados 12 (doze) laudos periciais, assinados por dois peritos forenses, porém, nem todos os laudos referiam a especialidade de tais profissionais, isto é, se possuíam ou não formação em Psiquiatria, bem como 9 (nove) decisões judiciais.

Decidimos por pesquisá-los em uma vara de execuções penais, visando acessar não apenas o primeiro laudo produzido na fase processual de instrução probatória, ainda no juízo de conhecimento, e a respectiva sentença declaratória da inimputabilidade do réu e impositiva da medida de segurança na espécie internação, como também os laudos e decisões da fase de execução penal, relativos a pedidos de desinternação.

Os laudos são do Centro de Perícias Científicas "Renato Chaves", autarquia pública responsável pela perícia oficial no Estado do Pará, supostamente produzidos por peritos psiquiatras forenses. Buscamos localizar, em cada palavra, fragmentos do discurso sobre a loucura. A lógica foi analisar os laudos dos psiquiatras e as decisões dos juízes a eles correlatas, buscando relacionar os efeitos dos laudos sobre as práticas discursivas dos juízes.

Não foi nossa pretensão apresentar resultados quantitativos ou estatísticos, como a porcentagem de perícias que exercem influência, ou não, nas decisões judiciais. Objetivamos a análise qualitativa dos documentos, a fim de localizar os discursos que nascem nos laudos e de como estes são absorvidos pelo Judiciário em suas práticas discursivas, gerando efeitos concretos nos corpos dos inimputáveis.

Tais documentos foram coletados pessoalmente junto à 1ª Vara de Execuções Penais de Belém, mediante cópia fotostática, sem depararmo-nos com nenhum segredo de justiça, impedimento legal ou ético à coleta e à exposição das informações. Ainda assim, optamos por resguardar a identidade dos envolvidos, ocultando os números dos processos e dos laudos psiquiátricos, nomes dos réus, dos peritos e dos juízes. O método empregado para investigação do material coletado foi o da *Análise do Discurso* de matriz foucaultiana, que nas palavras de Fischer, consiste em:

> Para analisar discursos, segundo a perspectiva de Foucault, precisamos antes de tudo recusar explicações unívocas, as fáceis interpretações e igualmente a busca incessante do sentido último ou do sentido oculto das coisas – práticas bastante comuns quando se fala em fazer o estudo de um "discurso" [...], é preciso trabalhar arduamente com o próprio discurso, deixando-o aparecer na complexidade que lhe é peculiar. E a primeira tarefa para chegar a isso é desprender-se de um longo e eficaz aprendizado que ainda nos faz olhar os discursos apenas como um conjunto de signos, de significantes que se referem a determinados conteúdos, carregando tal ou qual significado, quase sempre oculto, dissimulado, distorcido, intencionalmente deturpado, cheio de "reais" intenções, conteúdos e representações escondidos nos e pelos textos, não imediatamente visíveis [...]. Para Foucault, nada há por trás das cortinas, nem sob o chão que pisamos. Há enunciados e relações, que o próprio discurso põe em funcionamento. A análise do discurso seria dar conta exatamente disso: de relações históricas, de práticas muito concretas que estão "vivas" nos discursos (FISCHER, 2001, p. 198-199).

Ribeiro (2013), por seu turno, entende que, para analisar discursos mediante tal perspectiva, é preciso:

> [...] se desvencilhar de uma concepção idealista e estruturalista da linguagem. É necessário não mais ver a linguagem como mera representação simbólica, como apenas um conjunto de signos, como significantes que se referem a determinados conteúdos. É necessário ter claro que este paradigma filosófico, inverte a ideia de que no interior de cada discurso, ou num tempo anterior a ele, se possa encontrar, intocada, a verdade, desperta então pelo estudioso. Partimos do contrário: o discurso é que produz práticas que passam a ser consideradas verdadeiras e legítimas. O discurso não pode ser visto como mera representação da realidade, que apreende a verdade que nela está contida. Ele, sobretudo, produz as realidades e as verdades (RIBEIRO, 2013, p. 22).

Nesse raciocínio, buscamos analisar cada palavra (discurso/prática discursiva) constante nos laudos e nas decisões judiciais, visando identificar onde aparecem os elementos característicos do discurso sobre a loucura e relacionando os efeitos que as "verdades" contidas nos laudos têm sobre as práticas dos juízes. Com efeito, trazemos, a seguir, transcrição de um dos laudos analisados e da decisão judicial a ele correlata, bem como a descrição de aspectos que identificamos comuns a todos os processos judiciais por nós estudados.

Laudo Pericial:

> Periciando apresenta perfil cognitivo prejudicado pelas perturbações do pensamento, com diminuição da inteligência, pensamento pobre, pouco

> desenvolvimento da compreensão, do raciocínio e da orientação. Nega o delito de que está sendo acusado; juízo crítico comprometido. Neste momento em que cumpre pena, mostra-se depressivo e arrependido, já que deseja sua liberdade, mas quando em liberdade sua conduta tem revelado dificuldade de conter seus impulsos e considerar as consequências de seus atos. É notória a dificuldade da adaptação às exigências de uma vida em acordo com as normas sociais.

Decisão Judicial:

> Analisando os autos, verifico que o Perito Forense concluiu que a condição mental do interno permanece comprometida, havendo risco de reincidência delitual, dando a entender, portanto, que não houve cessação de periculosidade, o que faz crer que o paciente pode voltar a reincidir. Posto isto, mantenho a internação.

Por "perfil cognitivo prejudicado", "pensamento pobre", "diminuição da inteligência" e "pouco desenvolvimento da compreensão, raciocínio e orientação", entendemos que o perito se refere à incapacidade de pensar, aprender e agir do periciando, prejudicado por "perturbações do pensamento", associando a incapacidade de pensar à loucura.

Refere ainda que o periciando nega o delito, afirmando que o "juízo crítico está comprometido", como se, para avaliar favoravelmente a saúde mental do indivíduo, seja necessária a confissão, a culpa e o arrependimento. O louco, além de não possuir capacidade cognitiva (irracionalidade), também não possui capacidade de avaliar o que é certo e o que é errado, nem de conter seus impulsos (imoralidade).

O discurso se faz presente aqui mediante as associações entre incapacidade de pensamento e loucura; e autonomia (vontade orientada) e ausência de culpa. A loucura é justificada pela ausência de razão e de moral, o que nos remete ao sujeito moderno.

Sobre os aspectos comuns que identificamos em todos os laudos e decisões analisados, o primeiro diz respeito ao perfil das pessoas declaradas inimputáveis por doença mental no Estado do Pará. Unanimemente, os documentos referem indivíduos oriundos de famílias de baixa renda, com histórico de desequilíbrio familiar e violência doméstica, alcoolismo e drogadição. Os antecedentes pessoais descrevem pessoas de baixa escolaridade, analfabetas ou semianalfabetas, que não chegaram a concluir o Ensino Fundamental e com rendimento escolar ruim. Descrevem também sujeitos com dificuldades de relacionamento interpessoal, histórico de rejeição familiar e que registraram surtos e sintomas

psicóticos na infância, sem que nunca tenham acessado algum tipo de tratamento de saúde mental até o momento da avaliação psiquiátrica pelo perito forense. Na fase adulta, são pessoas desempregadas ou que trabalham em funções consideradas de baixa complexidade e remuneração.

Todos os laudos analisados são extremamente sucintos e objetivos e a avaliação da subjetividade dos indivíduos é condensada em apenas duas ou três laudas, em média. Os documentos seguem uma lógica formal, assemelhada à das ciências exatas. Foram todos produzidos a partir do primeiro e único contato do perito com o paciente/periciando. Embora evidente a tentativa do perito em exprimir uma avaliação neutra e imparcial e de seguir certo rigor científico, ele acaba por emitir juízos de valor acerca do crime praticado e de seu respectivo agente, utilizando-se, por vezes, de adjetivos e expressões de cunho pejorativo ou depreciativo, em um verdadeiro julgamento moral do indivíduo, que começa pela descrição das suas condições de higiene pessoal, aparência física, vestes e até do estado de seus "elementos dentários". Observamos aferições do tipo "exala odor desagradável".

O diagnóstico da patologia e a consequente manifestação favorável ou desfavorável do perito à internação, sofre influência do crime pelo qual o periciando é acusado. O perito, muitas vezes, acaba reproduzindo tudo o que foi dito acerca do indivíduo e do crime no processo judicial, emitindo opiniões e recomendações pessoais acerca do comportamento passado, atual e futuro do indivíduo. É como se a maior ou menor gravidade do delito, ou a censurabilidade/reprovação social da conduta influenciassem o psiquiatra no momento do exame. Fato é que a maioria dos pareceres favoráveis à liberdade, relaciona-se a indivíduos que praticaram crimes de menor gravidade, como o de ameaça, por exemplo. Por outro lado, nos casos referentes a crimes de maior gravidade, como o de homicídio, o psiquiatra forense é categórico em enquadrar o periciando como "incurável", e de proferir juízos de valor do tipo: "ceifou a vida da vítima de forma altamente violenta e cruel, sendo pessoa de elevada periculosidade", de onde se conclui que o diagnóstico do perito é influenciado pelo juízo de reprovabilidade que ele faz sobre o crime.

Observamos um mínimo esforço dos psiquiatras em dar maiores explicações acerca dos diagnósticos a que chegaram sobre as patologias atribuídas, bem como os critérios de avaliação. Ao contrário, tudo o que encontramos foram aferições do tipo "impulsividade", "inteligência limitada", "pensamento pobre", "não mostra arrependimento ou sofrimento pelo crime cometido", "descuido consigo mesmo", "imaturidade", "dificuldade de adaptação às exigências de uma vida em acordo com as normas sociais", "tem levado uma vida desregrada", de onde se questiona se há, de fato, critérios científicos

para objetivar a anormalidade e a normalidade de indivíduos. Todos os diagnósticos foram calcados em um juízo de previsibilidade de o sujeito voltar a delinquir, justificado no exame do grau de periculosidade, termo recorrente em todos os laudos.

Quanto às decisões judiciais, em sua grande maioria, são acatadoras dos discursos dos laudos na íntegra e as opiniões dos psiquiatras constituem-se nos únicos fundamentos utilizados pelo juiz para justificar sua decisão. O efeito de verdade dos laudos sobre os juízes é devastador. Em apenas uma das decisões analisadas, ousou o juiz discordar do psiquiatra. O magistrado se limita a reproduzir o discurso psiquiátrico, sem requerer maiores esclarecimentos sobre a validade dos critérios que atestaram a anormalidade dos sujeitos. As poucas vezes em que faz uso de outros argumentos, em complementação ao saber psiquiátrico, recorre a argumentos de políticas públicas, como a existência ou não de vínculos familiares, as condições econômicas da família e o projeto de vida laborativa do sujeito que pleiteia a desinternação, em um juízo consequencialista e utilitarista da liberdade do indivíduo.

Percebemos, por fim, que termos como: "inimputável", "incapaz", "irresponsável", "irracional", "imoral" e "periculoso", todas referências ao louco infrator, são naturalizados e incorporados irrefletidamente à linguagem convencional dos magistrados, na hora de proferirem suas decisões acerca da imposição ou suspensão da medida de segurança ao réu declarado inimputável por doença mental.

5. Considerações finais: loucura, dispositivo jurídico e o apagamento das formas de vida

> Poder-se-ia dizer que o conceito de "jogo" é um conceito de contornos poucos nítidos (*verschwommenen Randern*). Mas um conceito pouco nítido é ainda um conceito? Um retrato difuso (*unscharfe*) é ainda a imagem de um homem? Pode-se sempre substituir com vantagem uma imagem difusa por uma imagem nítida? Não é muitas vezes a difusa aquela de que nós precisamos?
> (*Safatle*, Vladimir. Grande Hotel Abismo apud WITTGENSTEIN, Ludwig, p. 1).

A experiência da loucura – e de sua punição – levou-nos a questionar o modelo hegemônico de construção subjetiva legado pela razão e seus reflexos na categorização jurídica dos comportamentos e identidades individuais, em especial, das reconhecidas vulnerabilidades sociais, como as pessoas portadoras de doença mental.

Nossa intenção foi chamar atenção para a construção das subjetividades a partir de dispositivos jurídicos (medida de segurança) e o peso das categorizações jurídicas (inimputável por doença mental) quanto ao acesso à justiça ou à criação de marginalidades sociais e penais.

Na Modernidade, uma vontade de verdade apoiada em um suporte institucional, legou a um campo de saber específico – a Psiquiatria – a legitimidade de produzir enunciados verdadeiros sobre o seu objeto: a mente humana. Paralelamente, estabeleceu-se todo um conjunto de normas diferenciadoras da normalidade e da anormalidade, calcadas na ideia de um sujeito fundador, autoidêntico e substancialmente determinado. A subjetividade foi definida a partir de uma normatividade, em que sujeitos desviantes de normas jurídicas são os mesmos desviantes das normas de saúde psíquica e moral do homem.

Nossa pesquisa junto ao Hospital de Custódia do Pará e a análise das práticas de peritos e juízes quando emitem laudos e decisões de medida de segurança, permitiu-nos constatar que indivíduos e grupos sociais, cujas condutas e modos de vida são considerados fora da ordem do "normal", sofrem concretamente a violência expressa em instituições, através de dispositivos jurídicos que tencionam as relações sociais e de poder, visando o progressivo apagamento de formas específicas de vida.

O critério de justificação da aferição da doença é a maior ou menor capacidade do indivíduo de exercer o controle sobre si, de reprimir desejos, impulsos vitais, em uma renúncia ao "eu civilizado". A ausência de controle, por sua vez, é diretamente associada à periculosidade, à presunção de imprevisibilidade de condutas, conforme o padrão normativo definidor da normalidade, justificador da segregação de pessoas, o que, para Ribeiro[15]:

> [...] é um sinal de que a inteligibilidade das nossas sociedades contemporâneas continua, mais do que nunca, sedenta pela dissecação mais detalhada mais "profunda", do coração humano; e mais ainda, do coração do criminoso (pois o perigo e o risco são intoleráveis) (RIBEIRO, 2013, p. 182).

O estudo do processo de construção da concepção de sujeito pela filosofia moderna, e sua influência na noção de sujeito de direito, nos levou a concluir que, quando se trata do homem, preferimos uma imagem falsamente nítida,

15. RIBEIRO, Felipe F.C. *Genealogia dos homens perigosos*: o dispositivo psiquiátrico criminal na contemporaneidade. 2013. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Universidade Federal do Pará.

do que outra claramente difusa. Como afirma Safatle (2012)[16], em referência a Heidegger, a categoria de sujeito é o conceito central da metafísica moderna e de suas ilusões, que colocam o homem na posição de domínio e de apreender o asseguramento deste domínio, que é a definição de um modo de ser, de um regime de determinação da experiência, derivados da maneira como o sujeito funda as suas relações de unidade e de autoidentidade.

Somos sedentos por normalização, por modos de agir, de julgar, de desejar, de conhecer, de ser, o que diz muita coisa acerca da nossa incapacidade de lidar com tudo aquilo que escapa aos domínios do *dever-ser*, o que explica a intolerância das sociedades contemporâneas em relação ao louco, ao criminoso, ao homossexual, ao transexual, ao mendigo, ao refugiado, indivíduos desviantes que, nas sociedades pós-democráticas, tais como referidas por Rancière (1996)[17], são consensualmente excluídos face a não identificação com o corpo social homogêneo, o que provoca sofrimento tanto aos que excluem, como aos que são excluídos:

> [...] o sofrimento psíquico está ligado ao fracasso no processo de individualização, de socialização dos desejos e pulsões, de constituição do
>
> Eu. Tais fracassos produziram a incapacidade de se orientar socialmente na conduta e no julgamento. No entanto, sem negligenciar a existência de tal matriz de sofrimento, trata-se aqui de lembrar que podemos também sofrer por sermos apenas um Eu, por estarmos muito presos à entificação da estrutura identitária do indivíduo. [...]. Tal sofrimento pode ganhar a forma, por exemplo, da incapacidade de vivenciar experiências de não identidade e indeterminação (o que leva, pura e simplesmente, à incapacidade de vivenciar experiências como *acontecimentos*), ou ainda do isolamento de quem não encontra mais traços de outros em sua própria experiência temporal (perda da historicidade) e do vínculo compulsivo à figura atual do homem (SAFATLE, 2012, p. 5-6).

16. SAFATLE, Vladimir. *Grande Hotel Abismo*. Por uma reconstrução da teoria do reconhecimento. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

17. Conceito adotado por Rancière para designar o discurso atualmente dominante sobre a democracia, também por ele denominado: *democracia consensual*. Trata-se da concordância racional dos indivíduos e dos grupos sociais como um certo regime do sensível, que visa fazer desaparecer a aparência conflituosa e desigual do povo, no qual as partes já estão pressupostamente dadas e sua comunidade devidamente constituída, homogeneizada. Tal consenso, ao propor o desaparecimento da política, separa de um lado os iguais, os que concordam; e de outro os heterogêneos, estrangeiros, os que não se identificam. Na sociedade pós-democrática ou consensual, os dispositivos políticos de subjetivação agem pela invisibilidade da própria divisão, pelo apagamento das marcas da relação entre a comunidade e a não-comunidade, em que a exclusão não é mais simbólica, mas declarada. RANCIÈRE, JACQUES. *O Desentendimento* (1996).

Chegamos ao final deste trabalho com a impressão de que o louco diz mais a respeito do homem e de sua subjetividade do que se pode imaginar. Ele é o retrato difuso de contornos poucos nítidos, mas que nem por isso deixou de ser um conceito válido, uma imagem do homem. É a memória dos desejos, impulsos e emoções que relegamos quando nos assujeitamos à estrutura identitária de sujeito, aceitando como heterônomo aquilo que existe de mais humano em nós.

Resta-nos, pois, pensar em modos de resistir ao modelo de construção subjetiva calcado no sujeito moderno, o que pode equivaler a aceitar, nas palavras de Silva[18]:

> [...] que não correspondemos a uma natureza que delimita nossos destinos e ações possíveis; ao contrário, subjetivamo-nos em contextos sociais e históricos atravessados por uma série de linhas desejantes moleculares que nos dobram de maneira descentrada, múltipla, incoerente, imprevisível e incessante diante do inusitado próprio da vida. Condições estas que admitem surpresas ao curso da vida e criam espaço para a invenção de modos singulares de engajar-se no comum por meio de uma responsabilidade ética e não uma culpabilidade moral (SILVA, 2015).

6. Referências Bibliográficas

AGAMBEN, Giorgio. "O que é um dispositivo?" In: *O que é o contemporâneo? E outros ensaios*. Chapecó (SC): Argos, 2009.

BERLINCK, Luciana Chauí. "Loucura não se prende". *Revista Cult,* 01.03.2016. Disponível em: [http://revistacult.uol.com.br/home/2016/02/loucura-nao-se-prende/]. Acesso em: 08.03.2016.

BOMFIM, Thiago. *Sujeito de Direito e Direito sem Sujeito*. Jan. 2003. Disponível em: [www.unifacs.br/revistajuridica/arquivo/edicao_janeiro2003/convidados/convidado02.doc]. Acesso em: 25.07. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Jul. 2016. *Seminário apresenta diagnóstico dos hospitais de custódia no país*, Conselho Nacional de Justiça. Disponível em: [www.cnj.jus.br/noticias/cnj/56782-seminario-apresenta-diagnostico-dos-hospitais-de-custodia-no-pais]. Acesso em: 08.07. 2016.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a Análise do Discurso em Educação. In: *Cadernos de Pesquisa*, n. 114, 2001. p. 197-223. Programa de Pós-graduação

18. SILVA, Alyne Alvarez. "*Desinstitucionalização da Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei*: partindo d(o) modelo de responsabilização" (artigo apresentado no IV Simpósio Internacional de Ciências Sociais, Goiânia, Goiás, 14.11.2015).

em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/cp/n114/a09n114.pdf]. Acesso em: 20.06.2013.

FONSECA, Márcio Alves de. *Michel Foucault e o Direito*. São Paulo: Ed. Max Limonad, 2002.

FOUCAULT, Michel. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. *Michel Foucault*: Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2012.

FOUCAULT, Michel. *A Sociedade Punitiva*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2015.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. *Dicionário Básico de Filosofia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

MACHADO, Roberto. *Foucault, a ciência e o saber*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2009.

MALCHER, Farah de Sousa. *"A dessubjetivação terapêutica*: um estudo do dispositivo criminal-punitivo dos inimputáveis por doença mental". Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito do Centro Universitário do Pará, 2014.

RANCIÈRE, Jacques. *O Desentendimento*. São Paulo: Editora 34, 1996.

RIBEIRO, Felipe F. C. *Genealogia dos homens perigosos*: o dispositivo psiquiátrico criminal na contemporaneidade. 2013. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Psicologia). Universidade Federal do Pará.

SAFATLE, Vladimir. *Grande Hotel Abismo*. Por uma reconstrução da teoria do reconhecimento. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

SAFATLE, Vladimir. *O dever e seus impasses*. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

SILVA, Alyne Alvarez. *"Desinstitucionalização da Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei*: partindo d(o) modelo de responsabilização" (artigo apresentado no IV Simpósio Internacional de Ciências Sociais, Goiânia, Goiás, 14.11. 2015).

Pesquisas do Editorial

Veja também Doutrina

- Adequação da legislação penal à lei de reforma psiquiátrica: a internação como exceção, de Alessandra Rapassi Mascarenhas Prado – *Ciências Penais* 13/87-118 (DTR\2010\627); e
- Discussão em torno do internamento de inimputável em razão de anomalia psíquica, de Maria João Antunes – *RBCCrim* 42/90-102 (DTR\2003\16).

A punição da loucura: as decisões do Supremo Tribunal Federal após a Lei da Reforma Psiquiátrica

The punishment of madness: the Brazilian Federal Supreme Court judgments post Psychiatric Law Reform

Menelick de Carvalho Netto

Doutor em Filosofia do Direito pela UFMG. Professor Associado em Direito Constitucional, Teoria da Constituição e Filosofia do Direito na Faculdade de Direito da Universidade de Brasília.
menelick@unb.br

Letícia Naves

Mestre em Direitos Humanos e Cidadania pela UnB. Analista processual em Brasília/DF.
naveslet@gmail.com

Recebido em: 31.01.2018
Aprovado em: 12.03.2018
Última versão do(a) autor(a): 26.03.2018

Área do Direito: Penal

Resumo: O objetivo deste trabalho é analisar os julgados proferidos pelo Supremo Tribunal Federal que decidiram acerca da internação em medida de segurança após a Lei 10.216/01, normativa que visou operar o modelo de cuidado em saúde mental. Medida de segurança continuou a ser a resposta jurídica dada à pessoa em sofrimento mental, considerada irresponsável pelos seus atos e que comete crime. Ao doente mental infrator caberá internação em Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, se o crime cometido for apenado com reclusão; ou tratamento ambulatorial, se a pena for de detenção. De acordo com o Código Penal Brasileiro, a medida de segurança é aplicada por prazo indeterminado. Contudo, desde 2005 o STF firmou jurisprudência no sentido de que o limite para o cumprimento da medida é de 30 anos,

Abstract: The aim of this study is to analyze the judgments of the Brazilian Federal Supreme Court (BFSC) and what they decide about the topic of hospitalization as a security measure in the post Law 10.216/2001 era, which altered the model of mental health care in the country. A security measure is the legal response to the mentally ill who commit crimes. The mentally ill offender is hospitalized in a Psychiatric Treatment and Custodial Hospital, if the crime committed is sentenced with imprisonment, or out-patient treatment, if the ruling is for detention. According to the Brazilian Penal Code, the security measure is applied for an indefinite period. However, since 2005 the BFSC has established jurisprudence in the sense that the outer limit for application of the measure is 30 years, using an analogous interpretation of the

Carvalho Netto, Menelick de; Naves, Letícia. A punição da loucura:
as decisões do Supremo Tribunal Federal após a Lei da Reforma Psiquiátrica.
Revista Brasileira de Ciências Criminais. vol. 144. ano 26. p. 183-215. São Paulo: Ed. RT, junho 2018.

em interpretação análoga ao dispositivo do CP que prevê tal teto para as penas de prisão e, sobretudo, em respeito à determinação constitucional que proíbe penas perpétuas. Todavia, o estudo dos dados revelados nas decisões do Supremo sobre aplicação da medida de segurança e da internação não acompanharam as mudanças previstas pelo novo paradigma de cuidado para com os doentes mentais. A metodologia aplicada foi a teoria fundamentada.

Palavras-chave: Medida de segurança – Internação – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – Supremo Tribunal Federal – Lei 10.216/01.

penal code which foresees the ceiling for prison sentences, and, moreover, regarding the constitutional injunction which prohibits perpetual sentences. Nevertheless, the analyses of the cases, judged by the BFSC about security measure and hospitalization showed that the decisions did not follow the new model of mental care health. The research methody chosen was Grounded Theory.

Keywords: Security measure – Hospitalization – Psychiatric Treatment and Custodial Hospital – Brazilian Federal Supreme Court – Law 10.216.

Sumário: 1. Introdução. 2. Indivíduo perigoso e vida precária. 2.1. A simbiose entre crime e loucura e o advento do indivíduo perigoso. 2.2. Vida precária: o marco hegemônico normativo e a invisibilidade dos loucos infratores. 3. A realidade brasileira: aspectos demográficos e legais. 3.1. O louco infrator no Brasil: o censo 2011 dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico e os casos julgados pelo STF. 3.2. A Constituição Federal e a Lei 10.216/01. 4. Os acórdãos julgados pelo Supremo Tribunal Federal. 4.1. Critérios e método da análise dos dados. 4.2. A desinternação progressiva. 4.2.1. Atalíbio. 4.2.2. Jorge Alberto. 4.2.3. Edenir. 4.2.4. João Carlos. 4.3. A transferência para hospital psiquiátrico e a prioridade da internação como forma de tratamento. 4.3.1. Gerson. 4.3.2. Luiz Adolfo. 4.3.3. Semelhanças e contradições entre os julgamentos de Gerson Luiz e de Luiz Adolfo. 4.4. A internação por prazo indeterminado. 4.4.1. Maria. 4.4.2. Claudionor, Elias, Gilvane, Gislene, Rodrigo e Ulisses. 4.5. Transferência para estabelecimento adequado. 5. Conclusão. 6. Referências.

1. Introdução

Medida de segurança é a resposta penal aplicada ao maior de 18 anos, que comete ato tipificado como crime, é diagnosticado com sintoma de doença mental e considerado irresponsável pelos seus atos. Constatada a sintomatologia, em procedimento denominado "incidente de insanidade mental" no qual será executada perícia por médico psiquiatra, o sujeito será absolvido no processo penal a que responder, mas compulsoriamente encaminhado ao tratamento ambulatorial ou à internação.

Em 1988, uma nova e democrática Constituição Federal dedicou uma seção exclusiva à saúde, tema não contemplado com tal destaque em nenhuma das Constituições anteriores. Em termos jurídicos, uma matéria com *status* constitucional traduz-se na máxima proteção que se pode conferir a um direito. Em 2001, foi promulgada a Lei 10.216, também conhecida como Lei da Reforma

Psiquiátrica ou como Lei Antimanicomial, que pretendeu modificar o paradigma de tratamento em saúde mental. O modelo do asilamento foi revisto, a internação deveria passar a ter caráter excepcional, podendo ocorrer somente quando outras formas de cuidado se mostrassem ineficazes e insuficientes. O foco concentrar-se-ia na reinserção social do indivíduo, priorizando-se o tratamento ambulatorial. Contudo, os direitos e as garantias previstos na Lei 10.216/01 não alcançaram os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico (DINIZ, 2013).

Em 2013, foi publicado *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil – Censo 2011*, que contabilizou pela primeira vez a população internada em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico. A partir do resultado deste estudo, surgiu a ideia de pesquisar como o STF se posicionava sobre a nova matriz de cuidado em relação ao público dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátricos. As unidades de análise propostas foram os processos julgados após a vigência da Lei 10.216/01, cujo mérito tratasse de medida de segurança e de internação em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

2. Indivíduo perigoso e vida precária

2.1. A simbiose entre crime e loucura e o advento do indivíduo perigoso

A incursão da psiquiatria no campo criminal desenvolveu-se no século XIX. Até esse período, o encontro entre direito penal e loucura ocorria em julgamentos em que essa última era explicitamente reconhecida, como em casos de furor ou demência, inexistindo necessidade de detecção por especialista. No texto "A evolução da noção de indivíduo perigoso", Foucault relata vários casos de crimes ocorridos entre 1800 e 1835, em que a loucura não é evidente. Foram crimes graves, praticados em ambiente doméstico, "sem razão", e em todos a loucura apresentou-se tão somente no momento do crime (FOUCAULT, 2010a, p. 6).

A psiquiatria do século XIX denominou de monomania homicida os casos em que a loucura se apresentava como acontecimento episódico no ato de cometimento de um crime, e apenas nessa ocasião: "um crime inteiramente louco, uma loucura que nada mais é do que um crime" (FOUCAULT, 2010a, p. 7). A monomania homicida traduzia-se na loucura que era o próprio crime, e este era cometido como consequência de um ato de loucura; havia na monomania uma latência de loucura e crime, o que significava que a loucura era sempre perigosa.

Somente o especialista seria capaz de diagnosticar a monomania homicida e prever a loucura. Dessa forma, a psiquiatria firmou-se como um saber importante na medicina: era capaz de identificar a loucura criminosa. Assim foi que esse ramo da medicina assumiu um papel de proteção contra o perigo social da loucura: somente ela seria capaz de tratá-lo. Por isso que, no século XIX, ela "foi uma medicina do corpo coletivo, tanto quanto uma medicina da alma individual" (FOUCAULT, 2010a, p. 9). Ademais, tal especialidade médica assumiu uma função sanitária, que tinha por alvo a higiene pública. A loucura era também tida como resultado da miséria, da insalubridade, das epidemias advindas da urbanização e significava perigo para o próprio louco e para quem o cercava.

Por essa via foi que psiquiatria e direito penal se cruzaram. No que concernia ao louco, a punição relacionava-se menos com o crime praticado e mais com a natureza e a identidade do infrator. Por outro lado, na França do século XIX, surgiu uma nova forma de punir – não mais pela via dos castigos e suplícios, mas por meio da vigilância, da disciplina e do controle – cujo objetivo era a transformação do indivíduo. Através do prisma da punição foi que a psiquiatria se inseriu na justiça penal: punia-se a pessoa por conta do que a tornava criminosa, ou seja, pela sua loucura. Dessa forma, inseriu-se a noção de "indivíduo perigoso", aquele que seria o principal objeto da ação punitiva desde o século XIX e do qual medicina e justiça iriam encarregar-se de forma conjunta (FOUCAULT, 2010a).

No início do século XX, também na França, o conceito de "monomania" foi deixado de lado e surgiu o de "loucura moral" e de "degeneração". A primeira era diagnosticada como doença mental que afetava o comportamento e a afetividade, mantendo-se íntegro o intelecto; a segunda, como patologia que teria graus de desenvolvimento e sintomas. A decorrência disso foi a possibilidade de identificação da loucura em qualquer tipo de crime, dos menos aos mais graves. Nesse contexto, a ideia de irresponsabilidade penal do louco infrator foi substituída pela de periculosidade. Agora, em vez de se pesquisar a existência, ou não, de "razão" para o cometimento do crime, o que se destacava era o "grau de periculosidade" do infrator. A resposta penal dada a ele, mais que uma punição, passou a constituir um "mecanismo de defesa da sociedade" (FOUCAULT, 2010a).

Foucault destaca, no entanto, que foi no direito civil que a justiça penal buscou a justificativa para o mecanismo de punição do louco infrator. Já no século XX, o conceito de "degeneração" não era mais adequado, tendo surgido o de "delinquência". Independentemente do diagnóstico e do percurso histórico da nosologia psiquiátrica, a tática de punição do louco infrator concentrou-se

na ideia de ausência de culpa, apontando-se a insanidade como a causa do crime e reconhecendo-se a necessidade de defesa da sociedade contra a loucura criminosa (FOUCAULT, 2010a).

O direito civil, a partir da segunda metade do século XIX, inaugurou um novo tipo de responsabilidade, fruto da premência de evitar acidentes e de diminuir os riscos inerentes às atividades da era industrial. Nesse modelo, desconsiderou-se o erro como fonte do dever de indenização. Partiu-se do pressuposto de que toda conduta ou empreendimento carregava um grau de risco que poderia causar acidentes. Não haveria como extinguir os riscos, mas eles poderiam ser diminuídos com a responsabilização civil (FOUCAULT, 2010a).

Tal raciocínio se implantou no mecanismo de punição do louco infrator, visto como alguém que carrega em latência a criminalidade e que, pelo fato de existir, impõe riscos ao meio e a si mesmo. A resposta penal pelo ato praticado não ocorre com fundamento na culpa, mas como forma de minimizar o risco que é inerente ao louco, uma vez que há nele uma potencialidade criminosa. A punição não se traduz em sanção a uma conduta voluntária; o objetivo da resposta é minimizar a possibilidade de risco, o qual é identificado na própria pessoa: aquela que cometeu um crime e poderá novamente fazê-lo a qualquer momento, justamente porque louca. Essa punição se dará "pela eliminação, pela exclusão, por restrições diversas, ou ainda por medidas terapêuticas" (FOUCAULT, 2010a, p. 21).

2.2. Vida precária: o marco hegemônico normativo e a invisibilidade dos loucos infratores

Em 2009, o STF julgou o *habeas corpus* impetrado em favor de Luiz Adolfo Worm.[1] Ele foi internado em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico em 1977, portanto 32 anos antes de seu pleito ser apreciado pela Corte constitucional brasileira. O crime cometido por Luiz, diagnosticado como esquizofrênico, foi ter colocado em perigo a vida e a saúde da mãe e do irmão, em mais de uma oportunidade.[2] A Defensoria Pública da União alegou que a Constituição Federal não admite pena de caráter perpétuo e que Luiz estava em restrição liberdade havia mais tempo que o máximo da pena em abstrato prevista para a infração cometida. O STF seguiu jurisprudência já pacificada e extinguiu a

1. HC 98.360/RS (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2009b).
2. Art. 132 do Código Penal (BRASIL, 1940).

medida de segurança.[3] Com isso, reiterou que o limite de duração da medida é de 30 anos, o mesmo teto legalmente previsto para as penas privativas de liberdade,[4] contudo, determinou a transferência de Luiz para um hospital psiquiátrico da rede pública comum, dada a persistência da doença mental e da periculosidade.

Luiz Adolfo foi internado em HCTP, apesar de ter cometido crime apenado com detenção, o que, segundo a lei penal, poderia remetê-lo a tratamento ambulatorial. Ele estava em regime de restrição de liberdade pela via da medida de segurança havia 32 anos, sendo que pelo menos os dois últimos foram cumpridos após a existência de precedente do STF que limitou em 30 anos o tempo máximo para cumprimento de medida de segurança.[5]

Para Judith Butler, nem todas as vidas qualificam-se como "vivíveis": há vidas cuja falta enseja o luto público e há vidas que não são enlutadas. Essa fronteira é construída por saberes e poderes difundidos socialmente, que formam uma espécie de moldura, um crivo. A vida vivível é aquela apreendida pelo marco hegemônico por meio da moldura. Há o marco de inteligibilidade e o marco de reconhecimento, e ambos são operações de poder que irão demarcar a existência de vida. O primeiro traduz-se em esquemas de cognoscibilidade, que permitem conhecer e identificar uma vida; o segundo, no valor que se dá a ela (BUTLER, 2010).

Reconhecer uma vida como "vivível" significa apreender o valor daquela vida, que somente é lamentada quando tem importância perdê-la. Segundo Butler, "a capacidade de ser chorada é pressuposto de toda vida que importe" (2010, p. 32). Pode existir uma figura morfologicamente viva, mas não merecedora de ser chorada publicamente pelo fato de sua vida não ter sido apreendida pelas normas hegemônicas de reconhecibilidade.

Personagens como Luiz Adolfo são invisíveis. O marco hegemônico apreendeu essa vida por meio da moldura da subjugação: para ele, valem as regras que o oprimem em detrimento daquelas que o protegem. Por isso, as garantias elencadas na Lei 10.216/01 são ignoradas e as regras do Código Penal são interpretadas desfavoravelmente: ele poderia ter sido tratado em ambulatório – e não internado –, justamente porque cometeu crime apenado com detenção.

3. HC 84.219/SP.
4. Art. 75 do Código Penal (BRASIL, 1940).
5. HC 84.219/SP.

Butler afirma ser precária a vida de todos. Nascemos precários porque somos passíveis de sermos eliminados, natural ou acidentalmente, e porque não temos como garantir a manutenção de nossas vidas. Portanto, qualquer vida é, em termos absolutos, precária. Contudo, não existe vida sem a observância de condições que a mantenham viva e essas condições são sociais: para existirmos e persistirmos vivos, todos dependemos de uma rede de amparo, de instituições, de pessoas que conhecemos e que desconhecemos. A precariedade é uma condição social e, como tal, pode ser maximizada ou minimizada (BUTLER, 2010).

A precariedade é minimizada para as vidas mais dignas de serem choradas pelo marco hegemônico. Para as vidas indignas e não apreendidas pela reconhecibilidade, a precariedade tende à maximização, tal qual ocorreu com Luiz Adolfo. A precariedade da vida de um indivíduo é tão maior quanto menos acesso a direitos e menos proteção social ele tiver, ou seja, quanto mais invisível socialmente alguém for, maior a maximização de sua precariedade. Isso repercute sobre o sentimento público que se desenvolve em relação a Luiz Adolfo, pois até mesmo os sentidos são socialmente provocados e condicionados pelo marco. Daí a indiferença social por que passa Luiz (BUTLER, 2010).

A exposição da vida de outrem a perigo cometida por ele é expressão de violência notada pelo marco hegemônico. Por outro lado, minimizada é a agressão representada pela clausura de Luiz em hospital psiquiátrico por 32 anos (lembrando-se que a pena máxima para a infração praticada é de um ano). A vida dele foi reduzida à morfologia do corpo, não sendo apreendida como digna de ser vivida nem chorada. Casos como esses desafiam a lógica do sistema jurídico, pois se percebe que o acesso a direitos, tutelado como igualitário, está também atrelado às normas hegemônicas.

3. A realidade brasileira: aspectos demográficos e legais

3.1. O louco infrator no Brasil: o censo 2011 dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico e os casos julgados pelo STF

As[6] medidas de segurança são de duas ordens: internação em estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico (ECTP) e tratamento ambulatorial. O art. 97 do Código Penal determina a internação de forma compulsória

6. Parte desta pesquisa foi apresentada na defesa de dissertação de mestrado da segunda autora ocorrida em 24 de novembro de 2014.

quando a infração cometida for apenada com reclusão. Se a pena for de detenção, o juiz poderá determinar tratamento ambulatorial (BRASIL, 1940).

De acordo com o primeiro censo sobre a população recolhida em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) no País, realizado em 2011, das 3.989 pessoas ali mantidas, 2.839 haviam sido internadas em razão de imposição de medida de segurança. O censo encontrou 18 pessoas segregadas em ECTPs havia mais de 30 anos. Outras 606 tinham sido recolhidas havia mais tempo do que o prescrito em lei como pena máxima para o crime cometido e, ainda, 741 já poderiam estar livres do regime de internação pelos mais variados motivos: porque já haviam obtido laudo de cessação de periculosidade, ou porque a medida de segurança havia sido extinta, por exemplo. Um número ainda maior de 1.194 indivíduos aguardava a realização de laudo psiquiátrico ou laudo de cessação da periculosidade não produzidos no prazo fixado em lei. A conclusão foi de que 47% da população contabilizada, ou seja, 1.866 pessoas não tinham a internação amparada pela legislação penal que rege o instituto da medida de segurança (DINIZ, 2013).

3.2. A Constituição Federal e a Lei 10.216/01

A Lei 10.216, de 2001, pretendeu modificar o paradigma de tratamento em saúde mental e buscou garantir direitos e proteção às pessoas com doença mental. O maior destaque foi a nominação da garantia de que a internação seria realizada como medida excepcional, autorizada somente quando outros recursos de cuidado não se mostrassem suficientes. Nesses casos extraordinários, a segregação deveria englobar "serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer", de forma a oferecer amparo integral à pessoa com sofrimento mental (BRASIL, 2001).

Não por acaso, a lei definiu a reinserção social como "finalidade permanente" do tratamento psiquiátrico e explicitou a necessidade de trabalho conjunto com os serviços de atendimento extra-hospitalar, como os Centros de Atenção Psicossocial. No tocante ao paciente hospitalizado por longo período, ou àquele em que se observa "grave dependência institucional" – como é o caso de muitos internados sob medida de segurança –, a lei previu "alta planejada e reabilitação psicossocial assistida" e assegurou a "continuidade do tratamento, quando necessário" (BRASIL, 2001).

Não houve menção expressa, na lei, à medida de segurança, embora a "internação compulsória" tenha sido listada como aquela determinada pela Justiça, inferindo-se daí a forma de segregação advinda de decisão judicial que impõe os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico como destino para o inimputável.

O estatuto da medida de segurança, tal qual previsto no Código Penal, no Código de Processo Penal e na Lei de Execução Penal, diverge do que defende a Lei 10.216 e a Constituição Federal, a começar pelo caráter compulsório e pelo prazo indeterminado da internação, que é de aplicação cogente para os inimputáveis.[7] Além disso, a própria Constituição proíbe as penas de caráter perpétuo;[8] entende-se que o termo "pena" engloba toda forma de restrição de liberdade imposta pelo Estado àquele que descumpriu texto legislativo penal, alcançando, assim, as medidas de segurança.

4. Os acórdãos julgados pelo Supremo Tribunal Federal

4.1. Critérios e método da análise dos dados

Os dados analisados neste trabalho foram obtidos no sítio eletrônico do Supremo Tribunal Federal (STF). Na página principal [www.stf.jus.br], no campo designado "jurisprudência", foi inserida a expressão "medida de segurança", tendo como limite temporal para a pesquisa a data de publicação da Lei 10.216, ou seja, abril de 2001. Essa escolha foi feita para que se abrangessem acórdãos e decisões monocráticas que tratassem de internação advinda de medida de segurança, mas analisadas já sob a vigência da lei federal que teve como norte a política antimanicomial. O marco temporal compreendeu o intervalo entre abril de 2001 (quando publicada a lei) e janeiro de 2018 (prazo para entrega do presente artigo).

Foram encontrados 41 acórdãos, além de 247 decisões monocráticas. Descartou-se, de pronto, os casos em que o tema estabelecia relação com outros campos do direito, que não o penal. Além disso, mesmo em se tratando de processos que demandavam a incursão sobre a temática criminal, não se analisaram os julgados em que se requeria revogação de prisão, modificação de regime prisional, extradição, aplicação de indulto, ou aqueles cujo mérito do pedido, seja liminar ou de fundo, não foi apreciado por impedimentos processuais.

Por fim, decidiu-se não analisar os casos que se referiam a criança e adolescente, tráfico de entorpecentes e direito penal militar. Essa escolha se deu porque se acredita que, nesses processos, há, para além da questão da internação,

7. Art. 97 do Código Penal (BRASIL, 1940).

8. Art. 5º, XLVII, *b*, da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

uma política pública ou legislação específica a reger a situação, o que deslocaria a análise da internação em medida de segurança para outra(s) seara(s).

Dos 41 acórdãos, 32 foram descartados. E, das decisões liminares, restaram sete. O corte teve como critério a seleção de julgados em que o doente mental infrator tivesse sido internado sob o regime da medida de segurança.[9] A partir daí, foi feita a análise dos dados, entendendo-se por análise a interação entre os pesquisadores e os dados e, por dados, as decisões selecionadas. A interação com o dado ocorreu de forma a buscar a teoria a partir dele. O estudo objetivou entender se haveria relação, nos julgados da Corte constitucional brasileira, entre periculosidade, perigo, internação e loucura criminosa. Se positiva a resposta, seria verificado se tal trama influenciaria eventual tomada de decisão segregadora ou limitadora da circulação do indivíduo no mundo. A metodologia aplicada, portanto, foi a teoria fundamentada (STRAUSS; CORBIN, 2008).

São "vidas de homens infames", banais, marcadas pela violência, pela miséria ou pelo infortúnio. Esses indivíduos não seriam lembrados se não houvesse esse encontro com o poder, desvendado pelos registros dos arquivos. A tática do poder que os apreendeu opera ferramentas judiciais e psiquiátricas em nome de um dito perigo que elas – loucas criminosas – podem gerar para si e para a sociedade, pelo fato de serem insanas e de já terem praticado fato descrito como crime (FOUCAULT, 2012).

Vale ressaltar, por fim, que todos os casos são públicos, o inteiro teor das decisões pode ser acessado livremente no sítio eletrônico do STF e não houve a imposição do caráter sigiloso a nenhum deles, por isso, os nomes das pessoas segregadas foram mantidos da forma que se apresentaram nos votos.

4.2. A desinternação progressiva

A desinternação progressiva foi aplicada pelo STF em quatro dos nove acórdãos analisados. Todos se referiram a casos de longa internação. Em dois, o crime cometido foi o de lesão corporal, com medida de segurança restritiva de liberdade prolongando-se por 28 e 23 anos;[10] em outro, tentativa de homicídio,

9. Acórdãos analisados: HC 84.219/SP; HC 97.621/RS; HC 98.360/RS; HC 107.432/RS; RHC 100.383/SP; HC 107.777/RS; HC 107.157/RS (este último resgatado pelo serviço de jurisprudência do STF); HC 122.670/SP e RHC 125.389/SP. Decisões monocráticas: AI 851.441/DF; RE 628.646/DF; RE 631.927/DF; RE 699.524/DF; RE 925.415/DF; RE 759.151/DF e HC 151.523/SP.

10. HC 97.621/RS e RHC 100.383/RS (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2009a, 2011).

com internação por 28 anos;[11] e no quarto caso, não há informação quanto à tipificação do crime cometido, mas a internação durava 31 anos na data do julgamento pelo STF.[12] Em três dos quatro casos em que se decidiu pela desinternação progressiva, o STF fez menção ao laudo psiquiátrico, que, por sua vez, utilizou-se da expressão "periculosidade" como elemento de análise, seja para corroborar a manutenção da internação, seja para justificar a concessão do benefício. Em nenhum dos casos em que se fez menção ao laudo, a perícia médica reconheceu a periculosidade como cessada.

Em quatro julgados, o Supremo registrou: "o caso não é mais um caso penal. O caso é de saúde pública e como tal deve ser tratado". Todavia, nos acórdãos não há a indicação do que sejam casos de saúde pública, tampouco revelaram explicitamente o conceito de "periculosidade", não houve indicação de como se detecta o "perigo", tampouco se explicou o que seria um caso "penal" ou se distinguiu deste os casos de "saúde pública". Mas as decisões deixaram pistas. Iremos percorrê-las.

4.2.1. Atalíbio

Atalíbio foi internado em HCTP, em 1981. Semanas antes, havia agredido sua mãe com socos e pontapés. No mesmo dia, atirou pedras em uma pessoa que passou em frente à sua casa. O fato a ele imputado foi o de lesão corporal simples, cuja pena pode variar de 3 meses a 1 ano de detenção.[13] No acórdão, não há menção à classificação médica da doença.[14] O ministro relator, no entanto, registrou que a infração havia sido cometida em um "acesso de loucura". O trecho do laudo psiquiátrico realizado em 2007 e transcrito no voto apontou que Atalíbio apresentava "alguns elementos determinantes de sua periculosidade social, tais como sintomatologia psicótica paranoide pouco responsiva à medicação antipsicótica e ausência de suporte sociofamiliar efetivo".

Fundado na "permanência de fatores da periculosidade social", o acórdão revelou que o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJRS) optou pela internação em regime de medida de segurança, o que foi ratificado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ). O STF, por sua vez, resgatou o entendimento do juiz monocrático para determinar a alta planejada com desinternação

11. HC 107.777/RS (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2012b).
12. HC 107.157/RS (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2012a).
13. Art. 129 do Código Penal (BRASIL, 1940).
14. HC 97.621-2/RS (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2009).

progressiva.[15] Referindo-se à decisão de primeiro grau, o STF qualificou a periculosidade como "controlada" e ressaltou que a medida de segurança estava sendo cumprida desde 1992 sob o regime de alta progressiva, graças ao qual Atalíbio pôde frequentar curso fora do HCTP, tendo apresentado "bom desempenho".

Motivo de estranhamento é o fato de Atalíbio ter sido beneficiado pelo regime de alta progressiva desde 1992, mas, mesmo assim, o laudo psiquiátrico, em 2007, ter atestado que ele apresentava sintomas de "periculosidade social". Se por mais de 8 anos circulou entre o território do HCTP e o do ambiente familiar e não cometeu novo fato típico, infere-se que a persistência da periculosidade social "controlada" se reduza à presença de sintomas da doença mental. Desta maneira, a periculosidade é revelada pela persistência da loucura e confundida com ela.

Para Foucault, o laudo pericial é um gênero do discurso que, inserido na burocracia judicial, serve de fundamento para a decisão acerca da liberdade ou da custódia de uma pessoa, ou seja, tem o poder "de vida ou de morte". A perícia carrega também um "discurso de verdade" porque elaborado por um saber que se apresenta com estatuto de cientificidade (FOUCAULT, 2011, p. 7). Há, portanto, a verdade do laudo, realizada e inaugurada pela psiquiatria.

Contudo, aquilo que se inscreve no laudo pericial não é passível de confrontação. No caso estudado, a persistência da psicose paranoide – depois de mais de duas décadas de internamento e de medicação – atrelada à ausência da família foram as evidências médicas apontadas na perícia para a verdade sobre o que se classificou como periculosidade social identificada em Atalíbio. Além de ser discurso de vida ou de morte, Foucault também qualifica a perícia médica como "discursos de verdade que fazem rir" (FOUCAULT, 2011, p. 7).

O enunciado de verdade e de morte – traduzido em avaliação médica cujos dispositivos são a doença mental e a ausência de família, a resultar na periculosidade social –, é chamado por Foucault de discurso "ubuesco" ou "grotesco". Não há aqui um sentido injurioso, como afirma o filósofo, mas uma maneira de definir uma categoria, qual seja, o "ubuesco" e o "grotesco", que adere à engrenagem do poder político para que este transmita seus efeitos

15. Alta progressiva ou alta planejada é o benefício concedido pelo juiz da vara de execução penal ao interno sob medida de segurança que permite saídas do Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico por períodos breves ou prolongados, a depender da avaliação da equipe terapêutica e do laudo de cessação de periculosidade (PACHECO, 2006).

(FOUCAULT, 2011, p. 11-13). Por meio do discurso que faz rir – e acoplado a ele – o poder político se disfarça para difundir seus efeitos. Segundo Foucault, tal mecanismo tem sido utilizado pela burocracia administrativa desde o século XIX, como também foi um meio de propagação da soberania arbitrária (FOUCAULT, 2011, p. 12). Assim, ao revelar um discurso de verdade com caráter de cientificidade, a perícia médica revela-se como mecanismo de poder político. Avaliar a periculosidade de alguém se torna grotesco e ubuesco à medida em que, para uma pergunta irrespondível – "esta pessoa é perigosa?" –, somente uma resposta ridícula: "a psicose persiste e o louco não tem família".

Além disso, o laudo pericial, como gênero do discurso, produz um duplo que acompanha o crime, mas não é o crime: é o comportamento do sujeito periciado. Foucault denomina esse duplo também de "dublê"; a perícia faz dele o seu objeto e cria um dobramento entre crime e comportamento. O duplo ou dublê são qualificações de ordem moral ou parâmetros de conduta que fogem do campo penal. São apresentados como causa do cometimento do crime, como também serão o alvo daquilo que se espera corrigir no infrator. Tendo a infração penal como suposto, a perícia cria um duplo sobre o qual recairá a técnica da normalização, ou seja, uma tecnologia de poder cuja pretensão é de transformação e correção (FOUCAULT, 2011, p. 14).

Atalíbio cometeu lesão corporal e o dublê do seu crime no discurso médico-penal traduziu-se na "personalidade psicótica paranoide" travestida de periculosidade. A punição não incidiu sobre a lesão corporal, a qual acarretaria, no máximo, um ano de detenção. A permanência da periculosidade, mesmo que controlada – mas sempre atrelada à "sintomatologia psicótica paranoide" – resultou em quase três décadas de internação. A medida de segurança não teve como objetivo tratar a doença mental crônica diagnosticada em Atalíbio. O que se percebeu com a internação duradoura foi uma pretensão de suspensão, não da doença, mas do comportamento: a transformação do indivíduo por meio de sua readaptação a um padrão normalizador hegemônico.

Tanto é assim que o acórdão recorreu à seguinte fundamentação para justificar a desinternação progressiva: indicação de periculosidade controlada; alta progressiva desde 1992; frequência a aulas e bom desempenho; "histórico criminal pouco relevante" e "inequívoca melhora", embora tenha ressaltado que, segundo os laudos, a periculosidade persistia. Tal periculosidade – que se atenua, mas não cessa – não se identifica com uma ameaça à segurança individual ou coletiva. Sua persistência, verificada nos laudos médicos, indica a permanência da doença mental.

O laudo de cessação, exigido pela lei como requisito para a declaração da extinção da medida de segurança, tem relação com a permanência da doença

mental. No caso de Atalíbio, o STF concedeu-lhe o direito de desfrutar da desinternação progressiva, mesmo havendo laudo pericial a constatar a periculosidade, entendida aqui como persistência da doença mental.

O que mudou? As técnicas disciplinares de docilização do corpo surtiram efeito sobre Atalíbio, operando-se uma correção na maneira de ele agir: do louco que fere a mãe e atira pedras àquele que frequenta aulas e se beneficia de saídas controladas sem perturbar a ordem social. Atalíbio foi domesticado pelas estratégias de docilização do corpo empregadas pelo poder psiquiátrico no HCTP. Mas não foi somente isso, pois a imposição da disciplina sobre Atalíbio surtiu efeito já em 1992, época em que primeiro se beneficiou do regime da alta planejada.

Se os dispositivos normalizadores estavam operando sobre Atalíbio havia décadas, por que a desinternação progressiva não foi aplicada antes? Uma hipótese é que, talvez, Atalíbio não tivesse quem o abrigasse ou quem reclamasse por sua liberdade, por isso a citação da "falta de suporte familiar" no laudo pericial. A outra, que não descarta a primeira, é a de que uma nova economia de poder estivesse atuando sobre Atalíbio. O alvo dessa nova forma de controle é a população, não o indivíduo, então, manter Atalíbio internado significa controlar a população formada pelos loucos infratores. A tecnologia de poder disciplinar e normalizador opera sobre o corpo; a outra tecnologia de poder tem como alvo o conjunto da população, e ela não é "individualizante, mas [...] massificante" (FOUCAULT, 2010b, p. 204).

Na França do final do século XVIII, emergiu uma técnica de controle investida não sobre o corpo, mas sobre a população. No âmbito de uma sociedade que se industrializou, migrou do campo para a cidade e eclodiu em número, uma nova economia de poder entrou em funcionamento, "biopolítica" foi como Foucault a denominou. Ela funciona paralelamente aos mecanismos disciplinares e suas tecnologias de poder têm como objetivo a regulamentação dos eventos que ocorrem sobre a massa, o eventual controle desses eventos e a compensação dos seus efeitos. Segundo Foucault, "é uma tecnologia que visa, portanto, não o treinamento individual, mas, pelo equilíbrio global, algo como uma homeostase: a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos" (2010b, p. 209).

Atalíbio faz parte da população dos loucos infratores, que representa um dos "perigos internos" à sociedade. No caso dos doentes mentais que infringiram a lei, o controle é realizado por meio da internação em medida *de segurança*. A internação não é terapêutica, não tem o objetivo de tratar ou curar o doente mental; o propósito é a segurança do coletivo em relação aos loucos.

A Lei 10.216/01 não prevê condição temporal para a desinternação. A diretriz norteadora da legislação é a que visa à reinserção social. Em se tratando de

doente mental em situação de "dependência institucional", a lei determina "política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial", sem condicionantes. As residências terapêuticas são o local destinado ao cuidado para com os egressos de hospitais psiquiátricos internados em longa permanência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). As regras protetivas não alcançaram Atalíbio, no entanto. O caso dele não é penal, tampouco de saúde; é de segurança e circulação para a defesa do território onde transitam os não-loucos-criminosos. Atalíbio faz parte de uma população que representa "perigo interno" à sociedade e, portanto, seu espaço de circulação foi controlado e reduzido. A disciplina operou sobre seu corpo, que foi docilizado e acalmado, tendo-se tornado alvo do biopoder, cuja estratégia de atuação é regulamentar a circulação do louco infrator.

4.2.2. Jorge Alberto

O acórdão do STF proferido no *habeas corpus* impetrado em favor de Jorge Alberto Rohloff é sucinto: o voto tem duas laudas. Na primeira delas, o relator enumera os antecedentes sobre os casos de medida de segurança já julgados pelo tribunal e o resultado das respectivas decisões. Na segunda, há a afirmação de que Jorge foi internado em HCTP em 1984 e está sob o regime de alta progressiva desde 1986, informação esta mencionada depois do registro de que laudos médicos (no plural) apontavam para o "controle medicamentoso dos sintomas manifestados" pelo paciente. Não há menção à classificação da doença, tampouco são reportados os sintomas eventualmente apresentados em Jorge. Antes de decidir pelo regime da desinternação progressiva, recuperando-se a solução concedida em primeira instância, o STF repete o que havia citado no julgado de Atalíbio: "o caso não é mais um caso penal. O caso é de saúde pública e como tal deve ser tratado" (p. 7).

Jorge nasceu em 1962, foi internado em 1984 e teve seu *habeas corpus* julgado pelo STF em 2012. Passou mais tempo sob o regime de medida de segurança do que fora dele. Entre os casos de Atalíbio e de Jorge, não se consegue traçar homogeneidade de pensamento nos votos dos ministros. O primeiro deles cometeu um crime tido como menos grave pelo Código Penal, com pena de detenção de, no máximo, um ano; entretanto, ficou mais tempo internado e levou dez anos para que lhe fosse concedido o benefício da alta progressiva. Jorge praticou infração mais grave, mesmo considerando que tenha sido tentativa de homicídio, descartando-se crime consumado.[16] Ocorre que, dois anos

16. O acórdão não é claro em relação ao crime praticado: se homicídio consumado ou tentado.

depois da internação, estava em alta progressiva e, no total, ficou menos tempo internado. Em ambos, há a indicação de que os sintomas da doença estavam acalmados quando da concessão do benefício. Não se sabe, porque não explícito nos julgados, se o sucesso do controle medicamentoso dos sintomas foi a condição para o deferimento da alta progressiva, mas se observa que a natureza menos grave da conduta não implica em decisão sobre menos perigo.

No entanto, nos dois eventos, a conclusão do STF foi a de que o "caso era de saúde pública" e não mais "um caso penal". Esse entendimento, sim, revela um padrão de argumento do qual se depreendem os motivos pelos quais o STF justificou a transformação da natureza penal em de saúde pública no caso de Ataíbio. Os 30 anos figuraram como o marco divisório entre o que é e o que deixa de ser um caso penal. Manter alguém internado em medida de segurança por 30 anos, ou mais, fere a Constituição Federal, como decidiu o STF ao julgar o HC 84.219/SP, afinal, ela garante que não haverá pena de caráter perpétuo.

Passado aquele tempo, o que fazer com o sujeito, já que ele não pode continuar sob medida de segurança? Transferi-lo para outra alçada de vigilância. Jorge chegou perto dos 30 anos de internação, não estava no limite, mas quase lá. Ele foi disciplinado e normalizado, a ponto de estar integrado à comunidade de origem em 2009 – e o julgamento pelo STF ocorreu em 2012. Nesses três últimos anos, e também naqueles em que esteve sob alta progressiva, não houve notícia de cometimento de crime ou de qualquer conduta tida por indevida pela norma hegemônica. Então, resguardando-se da proibição da medida de segurança de caráter perpétuo, o STF transferiu a gestão de Jorge a outra instituição de controle.

Dos 30 anos de internação em diante, ou perto de chegar a esse termo, o domínio sobre o louco infrator pertencerá a outra autoridade, a qual o STF denominou de "saúde pública". Não se sabe onde Jorge está, se acolhido em residência terapêutica ou transferido da "saúde pública" para a assistência social, mas, ao contrário do que afirmou o STF, o caso nunca foi penal. Se fosse, alguma coerência deveria haver entre o crime praticado e o tempo de segregação da liberdade. Se penal fosse, um sujeito que praticou lesão corporal, mesmo considerado inimputável, não deveria ter a liberdade segregada por mais tempo do que um outro que, nas mesmas condições de inimputabilidade previstas em lei, praticara tentativa de homicídio.

Por isso, acredita-se que a economia de poder que movimenta as decisões sobre o louco infrator tem relação com a necessidade de controle sobre a circulação dele, importando menos os meios pelos quais tal tarefa será realizada, se pelos funcionários da Justiça, da saúde ou da assistência social. No contexto das decisões judiciais, o último sentinela da biopolítica, tendo como alvo

Jorge, foi o STF. Talvez outra autoridade tenha se encarregado dele, mas, como se desconhece seu paradeiro, ou o que de fato significou a desinternação progressiva, o que se sabe é que o Supremo deu por encerrado o seu papel: 28 anos depois da internação em HCTP, não havia mais o que o Poder Judiciário pudesse fazer para Jorge. Então, que ele fosse transferido para os cuidados da saúde pública.

4.2.3. Edenir

Edenir Xavier esfaqueou uma pessoa, em 1988, e sua conduta foi tipificada como "lesão corporal com incapacidade para o trabalho por mais de 30 dias", cuja pena é de reclusão, entre um e cinco anos.[17] A psicose esquizofrênica, na forma paranoide, foi constatada em perícia médica e Edenir foi internado em HCTP pelo prazo mínimo de três anos. À época do ocorrido, ele tinha 26 anos e, em 2011, no momento do julgamento pelo STF, o tempo de internação era de 23 anos. Em 2007, o juiz de primeiro grau determinou a desinternação progressiva, mas o Ministério Público recorreu da decisão e o TJRS acatou os argumentos da acusação, impondo a Edenir a internação. O STJ manteve a medida de segurança e a defesa recorreu ao STF. Parcialmente transcrito no voto do ministro relator, o último laudo pericial firmou: "Edenir Xavier, por persistirem os elementos psicopatológicos determinantes de sua periculosidade social não se encontra em condições de pleno retorno ao convívio social. Porém, pode continuar a beneficiar-se do regime de Medida de Segurança com Alta Progressiva".

No mesmo trecho do voto, há o registro de que Edenir usufruía de alta progressiva. Há, portanto, uma ambiguidade na maneira como se considera Edenir: constatado em perícia como alguém detentor de "periculosidade social", ele circulava no território comum. Ora, se transitava havia 20 anos entre o HCTP e sua casa, embora o acórdão não revele como isso ocorria; e se somente por "curtos períodos" a sintomatologia psicótica se deflagrava, conclui-se, outra vez, que a "periculosidade social" – de que fala o laudo – tem relação com a persistência dos sintomas da doença nele diagnosticada (p. 11).

Mais uma vez, a persistência do diagnóstico da doença é identificada com a periculosidade. Na lógica penal, o sujeito é internado sob medida de segurança porque comete uma infração penal e possui um diagnóstico de loucura. À luz da racionalidade penal-psiquiátrica, há na manutenção dos sintomas da doença a persistência da periculosidade, e enquanto não houver laudo de

17. Decreto-Lei 3.914/1941. Art. 129, § 1º, I e II (BRASIL, 1941b).

cessação desta última, não há extinção da medida de segurança. A periculosidade, portanto, está atrelada ao diagnóstico de doença mental e tem seus moduladores ligados ao procedimento jurídico-penal-psiquiátrico.

Para além da periculosidade, contudo, uma outra categoria acompanha a loucura: o perigo. A primeira pode eventualmente cessar ou mesmo ser controlada, caso também se controle a sintomatologia da doença mental – seja por meio de medicamento e/ou por meio de adestramento do corpo. O acoplamento entre loucura e perigo, por sua vez, é uma "decisão administrativa" (FOUCAULT, 2011, p. 121). Oriundo do estigma da constante possibilidade de eclosão, o perigo é constatado no louco independentemente da gravidade da conduta praticada.

O que se percebe da comparação entre os casos de Atalíbio e Edenir é que a pena, de reclusão ou detenção, pouco importou; os dois foram segregados e mantidos sob vigilância, mesmo com os sintomas da doença controlados.

4.2.4. João Carlos

Este acórdão é sucinto: cinco parágrafos de relatório e seis de voto. Não há menção ao crime praticado, tampouco aos sintomas diagnosticados em João Carlos, internado sob medida de segurança em HCTP em 1981. Em 2012, o Supremo entendeu, corroborando a decisão de primeiro grau, que o "caso não é mais um caso penal". Antes disso, mencionou que João estava em alta progressiva desde 1988 e transcreveu trecho do laudo psiquiátrico, o qual relatou que ele participara, a partir daquele ano, "de atividades ocupacionais, não registrando qualquer intercorrência, agressão ou fuga".

A decisão determinou a desinternação progressiva, sem condicionantes, seguindo o que já havia designado o juiz singular; porém, não é revelado por quanto tempo ele era mantido internado quando lhe foi concedido o benefício. O fato é que, em 2012, quando o STF julgou o mérito do *habeas corpus*, havia mais de 30 anos da data em que João Carlos fora submetido à medida de segurança de internação. O relator, ao transcrever parte do despacho liminar, registrou: "não posso deixar de observar que o paciente se acha internado desde 22.10.1981". Todavia, o tribunal não extinguiu a medida por decurso de prazo e, portanto, não seguiu sua própria jurisprudência firmada em 2005.[18]

A notícia que se tem de João Carlos é que, em 1988, foi-lhe determinada a "lotação em unidade aberta", ou seja, sete anos após cometer o crime, ter sido

18. HC 84.219/SP (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2005).

diagnosticado com sintomas de loucura e internado em HCTP, João tinha tido seu comportamento docilizado e lhe foi permitido transitar no mundo. O acórdão não esclarece "unidade aberta", por isso, não se sabe se essa denominação limitava-se a um abrigo ou se já se apresentava como embrião do serviço de residência terapêutica que, 12 anos mais tarde, seria criado por meio da Portaria 106/2000, do Ministério da Saúde.[19]

Independentemente de saber em que consistia a unidade aberta para João Carlos, o acórdão afirmou que, após sete anos de HCTP, ele iniciou sua circulação fora do espaço geográfico do estabelecimento hospitalar, embora ainda se mantivesse sob medida de segurança, que nunca foi extinta. O julgado não mencionou o crime praticado, nem a doença mental diagnosticada, mas acentuou a conclusão dos vários laudos médicos, segundo os quais havia sido atingido o "controle medicamentoso dos sintomas manifestados" em João Carlos, ou seja, seu comportamento estava disciplinado.

Para a tomada de decisão pelo Supremo, o crime cometido por João Carlos foi irrelevante, como também a nosologia médica da doença mental porventura nele diagnosticada, pois não houve menção, no relatório ou no voto, à infração penal praticada, tampouco à patologia justificadora da imposição de medida de segurança. Silêncio sobre o crime e sobre a doença, silêncio também sobre a periculosidade de João Carlos. Nos outros casos estudados, percebe-se um liame entre a manutenção dos sintomas da doença e a conclusão sobre a permanência da periculosidade. No caso de João Carlos, nada se fala sobre a doença, tampouco sobre a existência de periculosidade.

O fundamento que amparou a decisão tomada pelo STF foi transcrito do laudo pericial e consistiu em dois fatores: o controle dos sintomas e o fato de João Carlos não ter agredido alguém, nem praticado crime, nem fugido, ao longo dos 24 anos em que transitou dentro e fora do HCTP. No presente caso, evidencia-se que a maneira de João ser e se comportar tomou o lugar da infração penal, a qual o STF sequer citou, nem ao menos no relatório, como forma de descrição dos fatos. Ainda, e novamente, houve o atraso na determinação da

19. "O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, […] resolve: Art. 1º. Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

desinternação progressiva. O comportamento de João Carlos foi suficientemente bem avaliado já em 1988, a ponto de ele poder circular em unidade aberta.

Todavia, a desinternação foi decidida somente quando se julgou o mérito do *habeas corpus* pelo STF, em 2012, 11 anos depois da vigência da Lei 10.216/01 e 24 após o saber penal-psiquiátrico ter constatado que João Carlos poderia transitar pelo mundo. Aparentemente, essa foi uma decisão que promoveu, ao menos do ponto de vista formal, o regime de cuidado para com João. Entretanto, se a medida de segurança não pode ultrapassar 30 anos, a engrenagem jurídica não funcionou. Mesmo se concluindo que não mais se tratava de uma questão penal, a medida de segurança, após 30 anos de internação, deveria ter sido extinta por decurso de prazo. Talvez nada se modificasse na rotina de João, estivesse ele instalado em residência terapêutica ou ainda lotado em unidade aberta. Todavia, a extinção da medida de segurança de internação teria, ao menos, um caráter simbólico: não haveria mais subjugação a internamento, além de se impedir eventual determinação de retorno ao HCTP.

4.3. A transferência para hospital psiquiátrico e a prioridade da internação como forma de tratamento

4.3.1. Gerson

Gerson matou seu pai em 08 de março de 1985. Esquizofrenia paranoide e transtorno de personalidade foram diagnosticados quando realizado exame de insanidade mental, determinado no curso do processo criminal. Em 1987, Gerson foi internado em HCTP pelo prazo mínimo de dois anos. Em 1992, foi autorizada a alta progressiva, benefício suspenso em 1994, depois que ele retornou atrasado ao estabelecimento hospitalar, após um passeio. Tendo sido verificada a "estabilidade do quadro", novamente foi concedida a Gerson a alta progressiva, em janeiro de 1995.

O *habeas corpus* chegou ao Supremo acionado pela Defensoria Pública da União, depois que o TJRS e, em seguida, o STJ não reconheceram a extinção da medida de segurança. O STF manteve essa orientação, todavia entendeu que o caso de Gerson não era "mais um caso penal", mas "de saúde pública". Assim, determinou a transferência dele "para hospital psiquiátrico que disponha de estrutura adequada ao seu tratamento, nos termos da Lei 10.216/2001 [...]" (p. 7). Esse julgamento ocorreu em maio de 2011.

4.3.2. Luiz Adolfo

Luiz Adolfo Worm, diagnosticado como esquizofrênico, foi internado sob medida de segurança em 1977, também em HCTP. Seu crime foi colocar em perigo

a vida ou a saúde mental da mãe e de um irmão. Em 1991, recebeu alta progressiva, mas, por ter ameaçado a integridade física dos pais, retornou ao HCTP em 1992, onde permanecia quando foi julgado seu *habeas corpus* pelo STF, em agosto de 2009. Não há notícias de que tenha recebido o benefício novamente.

Da mesma forma do que ocorreu com Gerson, o juiz da Vara de Execução Penal reconheceu a extinção da medida de segurança. O TJRS reverteu a decisão e o STJ ratificou-a. No STF, diferentemente do caso anterior, a medida de segurança foi extinta com fundamento no decurso do prazo, pois Luiz Adolfo estava internado havia aproximadamente 31 anos. Seguiu-se a jurisprudência fixada desde o julgamento do HC 84.219/SP, em agosto de 2005: não pode persistir a medida de segurança por 30 anos ou mais.

Pelo que se percebe da leitura do trecho do voto do relator, acompanhado à unanimidade, a extinção da medida não significou a liberdade de Luiz Adolfo. Apesar de a ementa ser quase idêntica à do caso de Gerson e de o STF ter determinado a transferência de ambos para hospital psiquiátrico com "[...] estrutura adequada ao seu tratamento, nos termos da Lei 10.216/2001", observam-se, no julgado, diferenças significativas quanto à compreensão de quem pode ou deve "ser colocado na rua", segundo as palavras do ministro relator.

4.3.3. Semelhanças e contradições entre os julgamentos de Gerson Luiz e de Luiz Adolfo

Ambos Gerson e Luiz Adolfo foram diagnosticados com sintomas de esquizofrenia, cometeram crimes contra pessoas da família, foram internados sob medida de segurança em HCTP e tiveram a persistência da periculosidade registrada nos laudos psiquiátricos. Além disso, o STF determinou a transferência tanto de Gerson quanto de Luiz Adolfo para hospital psiquiátrico da rede pública. O tempo de internação em HCTP foi parecido e o fato de o segundo ter cometido crime considerado menos grave, ou seja, com previsão de pena de detenção não repercutiu na escolha do regime de internação, tampouco na duração da medida de segurança. Gerson, que cometeu homicídio, estava internado havia 27 anos à época do julgamento de seu *habeas corpus*, ao passo que Luiz Adolfo, que havia exposto a vida ou a saúde de seus pais a perigo, estava sob medida de segurança havia mais de 30, ressaltando-se que os inimputáveis que cometem crimes apenados com detenção, segundo o Código Penal, são passíveis de receber tratamento ambulatorial.[20]

20. Decreto-Lei 3.914/41: Art. 121. Homicídio simples. Matar alguém. Pena – reclusão, de 6 e 20 anos; Art. 121, § 2º. Homicídio qualificado. Pena – reclusão, de 12 a 30 anos;

O marco temporal de 30 anos é importante, uma vez que, ultrapassado esse limite, a medida de segurança é extinta e não há mais justificativa legal para que o indivíduo seja mantido internado. Há mais de 30 anos em HCTP, Luiz Adolfo não voltou a circular no mundo, apesar de o STF ter extinguido sua medida de segurança. Com ele, aconteceu um fato que não se percebeu na trajetória de Gerson. Os dois receberam o benefício da alta progressiva, mas Luiz Adolfo voltou a cometer crime: ameaçou a vida dos pais, o que o levou a ser reinternado sem que jamais voltasse a receber o benefício. Gerson foi também reinternado, mas devido a uma questão disciplinar: chegou atrasado ao HCTP ao retornar de uma saída. Um ano depois, foi agraciado com a alta progressiva, permaneceu em unidade aberta e não registrou "agudização da sintomatologia psicótica, conduta agressiva ou atuação grave".

Ao longo das 31 laudas do acórdão que julgou o *habeas corpus* 98.360, percebe-se um debate preocupado entre os ministros na tentativa de justificar a manutenção do controle sobre Luiz Adolfo, além da equivocada abordagem a respeito do conteúdo da Lei 10.216/01. Após a verificação de que a medida de segurança extrapolara o prazo de 30 anos e, portanto, deveria ser extinta, o relator, em um primeiro momento, optou pela desinternação progressiva: "o paciente, todavia, deve continuar sob a custódia do Estado, tendo em conta que o último laudo psiquiátrico informa que a sua periculosidade ainda persiste, embora de forma atenuada, o que indica ser cabível, na espécie, a adoção da desinternação progressiva, prevista na Lei 10.216/01" (p. 1103). Contudo, na parte dispositiva do voto, concluiu: "desta forma, pelo meu voto, concedo em parte a ordem, para extinguir a medida de segurança, determinando-se a transferência do paciente para hospital psiquiátrico que disponha de estrutura adequada ao seu tratamento, nos termos da Lei 10.216/01, sob supervisão do Ministério Público e do órgão judicial competente" (p. 1106).

A desinternação progressiva é prevista na Lei 10.216/01, inclusive para casos de longa internação, em que a pessoa necessita de auxílio para voltar a conviver socialmente, ou quando não há quem cuide dela. Todavia, a referida legislação não prevê transferência de HCTP para hospital psiquiátrico, até porque as normas protetivas dos doentes mentais têm foco na desinternação: o retorno ao convívio social é o objetivo. Extinguir a medida de segurança,

art. 132. Perigo para a vida ou saúde de outrem. Pena – detenção, de 3 meses a 1 ano; art. 97. Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime foi punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial (BRASIL, 1941b).

mas determinar a transferência para outro hospital significa apenas alterar a localização de Luiz Adolfo: de uma instituição penal-psiquiátrica para uma psiquiátrica.

Os direitos e a proteção das pessoas com sintomas de doença mental são, segundo a legislação, incompatíveis com a hospitalização de longa duração. O que se percebe, no voto, é a preocupação com a defesa do corpo social em detrimento da livre circulação do louco, aquele considerado uma potencialidade de perigo iminente. Questionado sobre a extinção da medida de segurança, o relator afirmou: "afastamos. Podemos afastar [a medida de segurança], mas nós o colocamos sob a custódia do Estado num hospital psiquiátrico" (p. 1116). Ainda, ao responder sobre a forma como se daria a internação, o relator consignou: "não. Nos termos da Lei 10.216, porque amanhã deixamos aí um paciente dessa natureza solto e ele comete um desatino, o Supremo Tribunal Federal será responsabilizado. Eu não quero assumir essa responsabilidade" (p. 1124).

A doença diagnosticada em Luiz Adolfo foi a mesma percebida em Gerson. Nos dois casos, os sintomas persistiram, tanto é que os laudos citados em ambos os acórdãos registram a manutenção da "periculosidade" por permanência da esquizofrenia, considerada crônica. Ou seja, doença mental identificada como periculosidade. O crime cometido por Luiz Adolfo é apenado com, no máximo, 1 ano de detenção, ao passo que o crime cometido por Gerson foi homicídio. Então, não se pode afirmar que a gravidade do crime foi o fator a justificar o rigor da decisão do STF sobre Luiz Adolfo. Não se percebe coerência ou homogeneidade de interpretação ao cotejar os dois julgados, mas uma decisão administrativa a respeito do perigo, o que leva a uma arbitrariedade no entendimento de quem seja perigoso e, ainda, a utilização equivocada da Lei 10.216/01.

São muitas discrepâncias e ambiguidades entre os dois acórdãos, relatados pelo mesmo ministro. O fato de Luiz Adolfo ter praticado outro crime quando beneficiado com a alta progressiva poderia ser apontado como a justificativa para a diversidade da argumentação, mas tal fundamento parece frágil diante da desproporção dos crimes praticados: aquele que cometeu o mais grave deles teve direito a alta planejada e o que praticou infração apenada com, no máximo, um ano de detenção mereceu continuar internado, mesmo que não mais sob o regime de medida de segurança. A conduta de matar alguém, pelos parâmetros do Código Penal, é mais grave do que aquela que expõe a risco a saúde ou a vida de outrem, mas o dublê do crime, nos dois casos, mostrou-se mais relevante do que a conduta delituosa.

As divergências apontadas nesses julgados demonstram, mais uma vez, que a punição dos loucos infratores ultrapassa o âmbito penal. Gerson e Luiz

Adolfo foram penalizados por conta do dublê apontado no laudo psiquiátrico – o comportamento psicótico e a maneira louca de ser foram alvo da disciplina no HCTP. Luiz Adolfo, no entanto, apesar de ter cometido crime menos grave, que não deveria sequer acarretar internação, demonstrou, ao sair em alta planejada, que as táticas de domesticação do seu corpo não haviam surtido o efeito desejado, tanto é que cometeu novo crime.

Gerson, por sua vez, ao sair em alta planejada, não praticou crime, mas voltou atrasado e, verificada a falta disciplinar, perdeu o benefício. Porém, retomada a estabilidade do seu comportamento, recebeu nova chance e, mantendo-se domesticado, entre 1995 e 2011, ano de seu julgamento, o STF entendeu ser possível lhe conceder a desinternação progressiva. Não se pode confirmar qual foi o regime aplicado a Gerson, em razão da ambiguidade do acórdão, que decidiu pela desinternação, mas, na parte dispositiva, como também na ementa, determinou a transferência para hospital psiquiátrico comum.

O perigo, então, é um elemento construído. Comparativamente, nesses dois acórdãos, o perigo não foi relacionado com a gravidade do crime nem com os sintomas da doença, os quais, mantidos, significaram a impossibilidade de reconhecimento, pelo laudo, da periculosidade cessada. Essa, entendida como manutenção da doença, estava presente tanto em Gerson como em Luiz Adolfo. O perigo, no entanto, mostrou-se como categoria fluida, não identificável pela conduta criminal cometida ou pelos sintomas da doença diagnosticada.

4.4. A internação por prazo indeterminado

4.4.1. Maria

Maria de Lourde Figueiredo, Maria de Loudes Figueiredo ou Maria das Graças da Silva é uma pessoa com três nomes, pelo menos dois deles adquiridos ao longo de mais de três décadas de internação no HCTP de Franco da Rocha, em São Paulo. Os registros cartorários não conseguiram identificar o nome verdadeiro, mas o acórdão relata o caso da mulher nascida em 1930 e internada em 1970 porque matou, por afogamento, dois filhos. O relator informa que Maria foi submetida a oito laudos psiquiátricos, de 1994 a 2001, e todos concluíram pela persistência da "periculosidade capaz de colocar em risco a integridade de outras pessoas".

Esse foi o precedente que inaugurou o entendimento do STF de que são 30 anos o prazo máximo para o cumprimento da medida de segurança. Valendo-se do disposto no art. 97, § 1º, do Código Penal, o relator transpôs, para a internação, o limite fixado para as penas privativas de liberdade. Fundamentou-se,

ainda, no dispositivo da Constituição Federal que veda, no rol das garantias e dos princípios fundamentais, a pena de caráter perpétuo. Então, a medida de segurança de internação de Maria foi extinta pelo decurso de prazo superior a 30 anos. Depois de pedir vista, um ministro vogal expôs seu voto no sentido de que, verificada a "incontroversa persistência da periculosidade", Maria deveria ser internada em hospital psiquiátrico da rede pública de saúde, efetivando-se, em primeiro grau de jurisdição, o início dos procedimentos para a sua interdição civil.

Contudo, diante da inexistência de vaga no hospital psiquiátrico comum, determinou-se que Maria fosse mantida no HCTP de Taubaté, não se sabendo, pelo andamento processual ou por referências no acórdão, se ela chegou a ser transferida ou se continua internada no hospital psiquiátrico mesmo após a extinção da medida de segurança. Essa decisão foi unânime e em momento algum a Lei 10.216/01 foi citada, apesar de já estar em vigor há mais de quatro anos quando do julgamento do *habeas corpus* pelo STF, cujo resultado foi proclamado unanimemente.

O voto não mencionou os sintomas da doença de Maria, nem seu diagnóstico, mas ressaltou que a periculosidade social persistia e que o histórico criminal dela limitava-se ao homicídio dos dois filhos. A interdição civil, no presente caso, consistiu no meio encontrado para legitimar a manutenção da segregação de Maria. Uma vez ultrapassado o limite dos 30 anos, a partir do qual a medida de segurança seria considerada inconstitucional, em razão da proibição da pena de caráter perpétuo, encontrou-se outra forma de manter Maria apartada.

A persistência na restrição da liberdade de Maria, segregada no mesmo hospital de custódia onde cumpriu a medida de segurança por mais de 30 anos, revelou que a internação-interdição funcionou como uma decisão sobressalente e justificadora para maquiar a ilegitimidade da internação-medida de segurança por tempo indeterminado. A proibição de manter alguém sob o regime da segregação por mais de 30 anos parece valer para o STF quando a restrição de liberdade está sob a rubrica da medida de segurança. A internação de Maria, mesmo que por tempo indeterminado, mas sob o regime da legislação civil, parece não ferir as mesmas garantias e princípios que proíbem a pena em caráter perpétuo.

Maria, mais de 30 anos depois da internação, carrega o estigma do perigo, além do que, a periculosidade, entendida como a permanência dos sintomas da doença mental, nunca deixou de ser apontada nos laudos médicos a que Maria foi submetida. O STF, neste julgado, não registrou a transformação da natureza penal em "caso de saúde pública" pelo decurso do tempo. Apesar

de extinta a medida de segurança, Maria foi mantida internada pela Corte constitucional brasileira.

Não houve discussão sobre direito à saúde e à liberdade, sobre respeito à dignidade da pessoa, sobre internação como meio de tratamento excepcional. Maria foi segregada em 1970 e passou mais tempo dentro do que fora do manicômio judiciário. Perdeu a vida, o convívio social e a identidade: mais de 30 anos depois de internada no HCTP de Taubaté, Maria também poderia ser de Lourde, de Loude ou das Graças. Se não tivesse sido submetida à medida de segurança, mas respondesse pela infração cometida com pena privativa de liberdade, já poderia ter sido beneficiada com a progressão de regime, ao menos.

4.4.2. Claudionor, Elias, Gilvane, Gislene, Rodrigo e Ulisses

Nestes[21] seis casos, o STF, ao analisar os feitos em decisão monocrática, reafirmou a jurisprudência inaugurada no HC 84.219/SP.

Nos processos de Claudionor e Gilvane, o Ministério Público recorreu pleiteando a aplicação de medida de segurança "sem limitação temporal", ao que o Supremo entendeu incabível, diante da impossibilidade de prisão de caráter perpétuo. Chama a atenção, nesses dois casos, que os julgamentos no STF ocorreram em 2014 e 2016, respectivamente, quase uma década depois do precedente de Maria. Todavia, o Ministério Público recorreu para que a internação não fosse limitada no tempo, ignorando-se a jurisprudência e todas as garantias legais pelas quais deveria zelar, na qualidade de *custus legis*.

Os outros julgados seguiram a mesma linha de entendimento, ratificando-se a impossibilidade de internação por prazo indeterminado. Todos os casos foram decididos pelo relator, em decisões singulares, não colegiadas.

4.5. Transferência para estabelecimento adequado

Os casos de Jorge e Ary têm enredo parecido: ambos foram denunciados pela prática de crimes apenados com reclusão, receberam diagnóstico de doença mental e foram considerados, por isso, inimputáveis. O tratamento indicado para Jorge, na perícia psiquiátrica a que foi submetido, foi o ambulatorial "por tempo indeterminado", o que foi acatado pelo juízo originário. Para Ary, por outro lado, foi destinada a internação em HCTP.

21. RE 759.151/DF; RE 699.524/DF; RE 952.415/DF; AI 851.441/DF; RE 628.646//DF e RE 631.927/DF.

Ocorre que Jorge, durante todo o curso da ação penal, foi mantido em Centro de Detenção Provisória, não tendo tal situação se modificado mesmo após a prolação da sentença. Já no caso de Ary, o que ocorreu foi a extinção da punibilidade, pelo reconhecimento da prescrição da pretensão punitiva. No entanto, o Ministério Público requereu – e obteve – a interdição civil dele, que contava, à época do julgamento liminar pelo STF, com quase 80 anos de idade. Ary, apesar de extinta a punibilidade, fora mantido em HCTP com fundamento na ausência de vaga em estabelecimento adequado.

Em ambos os casos, o Supremo Tribunal Federal prestigiou o pedido da defesa e determinou que os pacientes fossem encaminhados a tratamento, ou ao ambulatorial, no primeiro, ou ao assistencial, em CAPES ou equipamento similar, no segundo. O argumento principal foi a verificação de constrangimento ilegal pelo fato de eles estarem submetidos a regime mais gravoso do que permitido em lei ou decretado em decisão judicial. Em nenhum dos casos, a restrição da liberdade tinha respaldo legal, mas nos dois, a perícia – transcrita nas decisões – não identificava "periculosidade", apesar de constatar e confirmar o diagnóstico de doença mental.

No caso de Jorge, o relatório, ao transcrever trecho da sentença, assim pontuou: "ele é portador de uma doença incurável e, salvo um milagre, jamais vai haver um laudo que constate sua cura. Por outro lado, não foi a periculosidade o fato que determinou a sua permanência no presídio, tendo em vista que a perícia não constatou ser o recorrente perigoso".[22] Percebe-se, portanto, mais uma vez a relevância do laudo psiquiátrico na fundamentação da decisão judicial e na determinação do destino do sujeito louco e criminoso, bem como a relevância da constatação do perigo – ou a ausência dele – para a tomada de decisão. Não se pode afirmar que, se não existisse a apuração da ausência de periculosidade, as decisões do STF teriam sido outras, mas o fato é: o laudo apresenta-se nos julgados como elemento de convicção, nenhum dos dois foi considerado perigoso, em ambos havia, ainda, o diagnóstico de doença mental e os dois receberam o que pediram suas defesas: a transferência para local adequado e apropriado, afastada a restrição de liberdade.

Na visão de Hannah Arendt, Adolf Eichmann apoiou e executou a política segundo a qual os judeus não poderiam "habitar o mundo". Assim também opera a biopolítica em relação aos loucos infratores, cujo sentinela-mor, nos casos estudados, foi o STF: ao decidir sobre a apartação social indeterminada para os perigosos escolhe quem pode e quem não pode compartilhar da existência social, fazendo as vezes do guardião do território dos sãos (ARENDT, 2013).

22. RHC 125.389/SP.

Pela tática de poder da biopolítica, opera a racionalidade de não deixar que certas pessoas "partilhem a Terra" com outras. A circulação no território comum é decidida pelos guardiões do poder de causar a morte – ou a invisibilidade – do outro. Maria e Luiz Adolfo foram apartados do convívio social e o STF, a cada decisão de manutenção da segregação, fundado no perigo ou na manutenção dos sintomas da doença, exerce o poder de deixar morrer os loucos criminosos, em prol da segurança dos não loucos. Os casos, portanto, não são penais, tampouco se metamorfoseiam, transformando-se em questões de saúde pública. O que se decide – e o que está em disputa – é a circulação dos loucos criminosos no território comum (ARENDT, 2013).

5. Conclusão

A Lei 10.216, em vigor desde abril de 2001, pretendeu modificar o paradigma de tratamento em saúde mental. A internação foi nominalmente revista, devendo ser aplicável em caráter excepcional e somente quando outras formas de cuidado não se mostrarem eficientes. Em 2005, o STF firmou jurisprudência no sentido de que a medida de segurança, tal qual a pena privativa de liberdade, não poderia alcançar 30 anos. A Constituição Federal, anteriormente, já elencava a dignidade da pessoa humana e a cidadania como fundamentos do Estado Democrático de Direito Republicano, bem como a igualdade como princípio e garantia fundamental.

Os ensinamentos de Judith Butler – sobre vidas precárias – e os de Michel Foucault – sobre indivíduo perigoso e biopolítica – nortearam o pensar sobre o *corpus* do trabalho: os casos julgados pelo Supremo Tribunal Federal após o advento da Lei 10.216 e que tiveram como objeto o tema da medida de segurança e da internação em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

Apesar de todo o rol de direitos firmados na Constituição e na lei, em três, do total de 16 casos analisados, as pessoas estavam internadas havia mais de 30 anos quando seus pleitos chegaram ao Supremo Tribunal Federal.

Maria foi quem teve o primeiro *habeas corpus* julgado, no ano de 2005. A determinação do STF foi a de que ela permanecesse internada, não mais sob o regime da medida de segurança – que foi extinta, porque excedia os 30 anos –, mas sob o fundamento da interdição civil. Em 11 casos, o STF teve de ratificar o precedente de que não era possível se manter um indivíduo internado por mais de 30 anos, em dois deles o pedido de que fosse mantida a internação por tempo indeterminado foi apresentado pelo Ministério Público, mesmo depois de haver o precedente proibindo tal prática. Nos outros casos, as internações variavam entre 28 e 23 anos.

Os casos analisados são de pessoas invisibilizadas pelo marco normativo hegemônico. A precariedade de suas vidas tende à maximização porque pouco – ou nenhum – acesso a direitos eles têm. Suas vidas não são reconhecidas como dignas de serem vividas e choradas publicamente. Por isso, suas existências são esquecidas e os julgados do STF refletem a precariedade da vida dessas 15 pessoas.

A precarização da existência tangencia outro ponto: o perigo e a periculosidade. Nenhum dos julgados noticiou laudo pericial a constatar a extinção da periculosidade, condição imposta pelo Código Penal para a extinção da internação ou do tratamento ambulatorial (§ 1º do art. 97). Os trechos dos exames periciais transcritos nos julgados apontam a periculosidade como uma categoria relacionada à presença de sintomas da doença mental. Controlados os sintomas, abrandada a periculosidade. Ela não está relacionada, portanto, à gravidade do fato cometido: Gerson foi diagnosticado com sintomas de esquizofrenia paranoide – tal qual Luiz Adolfo. Gerson matou seu pai, enquanto Luiz Adolfo colocou em perigo a vida e a saúde de sua mãe. O primeiro fato considerado mais grave pelo Código Penal e, assim, apenado com reclusão. O segundo tem prevista pena de detenção. Contudo, apesar de extinta a medida de segurança de Luiz pelo decurso do tempo, os ministros decidiram que ele não poderia voltar ao convívio social porque perigoso. Assim, deveria ser transferido a hospital psiquiátrico.

Gerson também foi transferido para hospital psiquiátrico comum, mas o debate em torno do seu caso se deu em outros parâmetros: não mais considerado um caso penal, mas de saúde pública, a preocupação dos julgadores mostrou-se ligada ao fato de a internação estar na iminência de tangenciar o prazo proibido. Por isso, a necessidade de transferi-lo ao controle da saúde.

O perigo traduziu-se como uma categoria vazia de conteúdo e plástica o suficiente para ser modulada de forma arbitrária. Não teve relação com a gravidade do crime cometido, tampouco com a presença dos sintomas da doença mental. O perigo foi produto do juízo que se faz sobre o dobramento do crime: recaiu sobre o comportamento e sobre a maneira de ser dos loucos infratores. Uma vez perigoso, o doente mental que comete o ato qualificado como crime é submetido à apartação social e será alvo de um poder que regulamentará a sua circulação no mundo – o biopoder.

O estudo desses casos demonstrou que o acesso a direitos, no campo da loucura criminosa, não é igualitário. O regime de reconhecibilidade é distinto para a população de loucos que cometem crimes. Para esses, a medida cabível é *de segurança*, não de tratamento, traduzida em apartação social, muitas vezes por prazo indeterminado. Tal engrenagem apresenta-se justificada por

malabarismos jurídicos que revelam a estrutura de poderes e saberes que têm como objetivo deixar o louco morrer e fazer viver o não louco, o que revela a distância entre a realidade de quem foi apreendido pelo marco hegemônico e de quem não foi.

6. Referências

ARENDT, Hannah. *Eichmann em Jerusalém*. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Promulgada em 5 de out. 1988. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm]. Acesso em: 20.08.2013.

BRASIL. Decreto-lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, 31.12.1940. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto- lei/del2848.htm]. Acesso em: 08.08.2013.

BRASIL. Decreto-lei 3.689, de 3 de outubro de 1941a. Código de Processo Penal. *Diário Oficial da União*, 13 out. 1941. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm]. Acesso em: 01.09.2013.

BRASIL. Decreto-lei 3.914, de 9 de dezembro de 1941b. Lei de Introdução do Código Penal (Decreto-lei 2.848, de 07.12.1940) e da Lei das Contravenções Penais (Decreto-lei 3.688, de 3 outubro 1941). *Diário Oficial da União*, 9 dez. 1941. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3914.htm]. Acesso em: 12.09.2014.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm]. Acesso em: 08.08.2013.

BRASIL. Lei 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 jul. 1984. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1980- 1988/L7209.htm]. Acesso em: 01.09.2013.

BUTLER, Judith. Vida precaria, vida digna de duelo. In: _____. *Marcos de guerra:* las vidas lloradas. Buenos Aires: Paidós, 2010.

DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*: censo 2011. Brasília: Letras Livres, 2013.

FOUCAULT, Michel. A evolução da noção de "indivíduo perigoso" na psiquiatria legal do século XIX. In: _____. *Ditos e escritos V:* ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010a.

FOUCAULT, Michel. A vida de homens infames. In:_____. *Ditos e escritos IV*: estratégia, poder, saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010b.

FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. São Paulo: *WMF* Martins Fontes, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000. *Diário Oficial da União*, 24 fev. 2000. Disponível em: [www.lex.com.br/doc_19975_PORTARIA_N_106_DE_11_DE_FEVEREIRO_DE_2000.aspx]. Acesso em: 11.06.2014.

PACHECO, Sérgio. Alta progressiva. In: SOUZA, Carlos Alberto Crespo de; CARDOSO, Rogério Gottert (Org.). *Psiquiatria forense*: 80 anos de prática institucional. Porto Alegre: Sulina, 2006.

STRAUSS, Ancelm; CORBIN, Juliet. *Pesquisa qualitativa*: métodos e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2008.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). HC 84.219-4/SP. *DJ*, 23 set. 2005. Disponível em: [http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=79519]. Acesso em: 10.10.2013.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). HC 97.621-2/RS. *DJe 118*, 26.06.2009a. Disponível em: [http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=597914]. Acesso em: 19.11.2013.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). HC 98.360/RS. *DJe 200*, 23.10.2009b. Disponível em: [http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=604609]. Acesso em: 19.11.2013.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). RHC 100.383/RS. *DJe* 210, 03.11.2011. Disponível em: [http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=629266]. Acesso em: 12.10.2013.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). HC 107.157/RS. *DJe*, 18.06.2012a. Disponível em: [http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=-TP&docID=2187336]. Acesso em: 12.10.2013.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). HC 107.432/RS. *DJe* 110, 11.06.2011. Disponível em: [http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=-TP&docID=1223082]. Acesso em: 20.11.2013.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). HC 107.777/RS. *DJe* 103, 13.04.2012b. Disponível em: [http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=-TP&docID=1909953]. Acesso em: 20.01.2014.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). HC 122.670/SP. *DJe*, 15.08.2014. Disponível em: [http://stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28HC%24%2ESCLA%2E+E+122670%2ENUME%2E%29+OU+%28HC%2EACMS%2E+ADJ2+122670%2EACMS%2E%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/pbokxbr]. Acesso em: 11.01.2018.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). RHC 125.389/SP. *DJe* 37, 26.02.2015. Disponível em: [http://stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28RHC%24%2ESCLA%2E+E+125389%2ENUME%2E%29+OU-

+%28RHC%2EACMS%2E+ADJ2+125389%2EACMS%2E%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/nqtsyh2]. Acesso em: 11.01.2018.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). HC 151.523/SP. Disponível em: [[http://stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=5331001]. Acesso em: 24.01.2018.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). RE 628.646/DF, *DJe* 166, 08.09.2010. Disponível em: [http://stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28RE%24%2ESCLA%2E+E+628646%2ENUME%2E%29+-NAO+S%2EPRES%2E&base=baseMonocraticas&url=http://tinyurl.com/ldzx53o]. Acesso em: 28.01.2018.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). RE 631.927/DF, *DJe* 22, 01.02.2013. Disponível em: [http://stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28RE%24%2ESCLA%2E+E+628646%2ENUME%2E%29+-NAO+S%2EPRES%2E&base=baseMonocraticas&url=http://tinyurl.com/ldzx53o]. Acesso em: 29.01.2018.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). RE 699.524/DF. *DJe* 194, 03.10.2012. Disponível em: [http://stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28RE%24%2ESCLA%2E+E+628646%2ENUME%2E%29+-NAO+S%2EPRES%2E&base=baseMonocraticas&url=http://tinyurl.com/ldzx53o]. Acesso em: 29.01.2018.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). RE 759.151/DF. *DJe* 101, 28.05.2014. Disponível em: [http://stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28RE%24%2ESCLA%2E+E+759151%2ENUME%2E%29+-NAO+S%2EPRES%2E&base=baseMonocraticas&url=http://tinyurl.com/om7wnvj]. Acesso em: 24.01.2018.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). AI 851.441/DF. *DJe* 176, 14.09.2011. Disponível em: [http://stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28AI%24%2ESCLA%2E+E+851441%2ENUME%2E%29+-NAO+S%2EPRES%2E&base=baseMonocraticas&url=http://tinyurl.com/y6ucaxuv]. Acesso em: 28.01.2018.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). RE 925.415/DF. *DJe* 40, 03.03.2016. Disponível em: [http://stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28RE%24%2ESCLA%2E+E+628646%2ENUME%2E%29+-NAO+S%2EPRES%2E&base=baseMonocraticas&url=http://tinyurl.com/ldzx53o]. Acesso em: 29.01.2018.

Pesquisas do Editorial

Veja também Doutrina

- A argumentação do STF e do STJ acerca da periculosidade de agentes inimputáveis e semi-imputáveis, de Claudia Rosane Roesler e Leonardo Almeida Lage – *RBCCrim* 105/13-58 (DTR\2013\11616);
- A medida de segurança como a pior opção: por que os neurocientistas não devem dizer sobre como punir?, de Regina Geni Amorim Juncal – *RBCCRim* 130/399-426 (DTR\2017\666);
- Adequação da legislação penal à Lei de reforma psiquiátrica: a internação como exceção, de Alessandra Rapassi Mascarenhas Prado – *Ciências Penais* 13/87-118 (DTR\2010\627); e
- Medida de segurança: estudo sobre a possibilidade de um modelo único de responsabilidade penal, de Regina Geni Amorim Juncal – *RBCCrim* 142/47-77 (DTR\2018\10710).

A (dis)funcionalidade da medida de segurança no paradigma da reforma psiquiátrica

The (dis)functionality of the safety measure in the psychiatric reform paradigm

Soraia da Rosa Mendes

Pós-Doutora em Teorias Jurídicas Contemporâneas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Doutora em Direito, Estado e Constituição, Universidade de Brasília – UnB. Mestre em Ciência Política pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Professora Associada do PPG Mestrado e Doutorado em Direito do Centro de Ensino Unificado de Brasília – UniCeub. Professora Visitante do PPG Mestrado em Direito e Políticas Públicas da Universidade Federal de Goiás – UFG. Advogada.
professorasoraiadarosamendes@gmail.com

Gustavo Dalul Faria

Mestre em Direito Constitucional pelo Instituto Brasiliense de Direito Público – IDP. Juiz de Direito em Goiânia, Goiás.
gustavodalul@hotmail.com

Recebido em: 29.01.2018
Aprovado em: 12.03.2018
Última versão do (a) autor (a): 26.03.2018

Área do Direito: Penal

Resumo: O objetivo deste artigo é demonstrar que a internação, que deveria ser utilizada como medida excepcional de acordo com a reforma psiquiátrica, é utilizada como opção regular para o tratamento do indivíduo sujeito ao controle penal, o que demonstra que os princípios da criminologia positivista, de que determinados indivíduos ou grupos possuam uma periculosidade inerente, encontram-se presentes e atuantes, dificultando a superação do que convencionamos chamar de *paradigma do Código Penal*. A estratégia investigatória escolhida foi traçar um perfil socioeconômico da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, por meio de

Abstract: The objective of this article is to demonstrate that hospitalization, which should be used as an exceptional measure according to the psychiatric reform, is used as a regular option for the treatment of the individual subject to criminal control, which demonstrates that the principles of positivist criminology, that certain individuals or groups have an inherent danger, are present and active, making it difficult to overcome what we call the *paradigm of the Penal Code*. The research strategy chosen was to draw a socioeconomic profile of the person with mental disorder in conflict with the law, through an empirical research that consisted of the data

pesquisa empírica que consistiu no levantamento de dados junto ao Programa de Atenção ao Louco Infrator – PAILI, do Estado de Goiás, objetivando reunir subsídios para respaldar as questões desenvolvidas no presente artigo. A pesquisa nos propiciou concluir que a população submetida à medida de segurança está sujeita às mesmas regras de criminalização secundária da pena, que adotam critérios de seletividade, proporcionando uma desigual distribuição da criminalização e de imunização. Ou seja, a medida de segurança possui finalidades declaradas que não são observadas na prática, seja no paradigma do Código Penal, seja no paradigma da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica – Medida de Segurança – Louco Infrator – Seletividade – Periculosidade.

collection with the Program of Attention to the Crazy Offender – PAILI, of the State of Goiás, aiming at gathering subsidies to support the issues raised in this article. And what the research has led us to conclude is that the population subjected to the security measure is subject to the same rules of secondary criminalization of the penalty, which adopt criteria of selectivity, providing an unequal distribution of criminalization and immunization. That is, the security measure has stated purposes that are not observed in practice, either in the paradigm of the Penal Code or in the paradigm of Psychiatric Reform.

Keywords: Psychiatric Reform – Security Measure – Crazy Offender – Selectivity – Dangerousness.

Sumário: 1. Introdução. 2. Controle social e medida de segurança. 2.1. O sistema penal e a lógica da seletividade. 2.2. A inversão ideológica do discurso de proteção. 2.3. Medida de Segurança. 3. Saber médico e hospitais de custódia e de tratamento psiquiátrico. 3.1. Influência do saber médico na categorização da pessoa com transtorno mental. 3.2. A realidade percebida nos Hospitais de Custódia e de Tratamento Psiquiátrico. 4. Reforma psiquiátrica e a mudança de paradigma. 4.1. A reforma como a mudança de paradigma. 4.2. Dados obtidos junto ao PAILI. 4.3. Comparação dos dados do PAILI com dados do INFOPEN 2016. 4.4. Comparação dos dados do PAILI com dados do Censo Psiquiátrico 2011. 4.5. Comparação dos dados do PAILI com dados do IPEA/CNJ 2015. 4.6. Comparação dos dados do PAILI com dados do Relatório Brasil 2015. 5. Considerações finais. 6. Referências.

1. Introdução

A Reforma Psiquiátrica de 2001 introduziu um regime jurídico de direitos e garantias fundamentais à pessoa com transtorno mental, que fomentou a discussão acadêmica quanto à aplicação da medida de segurança, que até então seguia o modelo do Código Penal, permitindo a abertura de novo debate quanto à funcionalidade dessa modalidade de resposta jurídica penal.

O objetivo deste artigo é demonstrar que a internação, que deveria ser utilizada como medida excepcional de acordo com a reforma psiquiátrica, é utilizada como opção regular para o tratamento do indivíduo sujeito ao controle penal, o que demonstra que os princípios da criminologia positivista, de que determinados indivíduos ou grupos possuam uma periculosidade inerente,

encontram-se presentes e atuantes, dificultando a superação do que convencionamos chamar de *paradigma do Código Penal*.

A estratégia investigatória escolhida foi traçar um perfil socioeconômico da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, por meio de pesquisa empírica que consistiu no levantamento de dados junto ao Programa de Atenção ao Louco Infrator – PAILI, do Estado de Goiás, objetivando reunir subsídios para respaldar as questões desenvolvidas no presente trabalho.

Para a análise do tema proposto, consideraremos a medida de segurança em dois paradigmas: o primeiro como sendo o do Código Penal e o segundo, o da Reforma Psiquiátrica, introduzida pela Lei 10.216/2001.

Na primeira parte do artigo tratamos da influência do controle social geral sobre as instâncias de controle formal e informal que a compõe em relação à pessoa com transtorno mental, da medida de segurança como resposta jurídica imposta pelo Estado em desfavor do inimputável, praticante de fato tipificado com crime, para então verificarmos se a medida de segurança, como instrumento de controle social, é capaz de cumprir suas funções declaradas no paradigma do Código Penal.

Na segunda parte do artigo nos dedicamos a verificar a influência do saber médico na categorização da pessoa com transtorno mental, ressaltando a união entre a psiquiatria e direito, para suprir a *deficiência moral* do indivíduo *louco e perigoso*. Dentro desse ponto, desenhamos um quadro da realidade percebida nos hospitais de custódia e de tratamento psiquiátrico no Brasil, de forma a verificar como a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei é tratada, bem como se houve a superação do paradigma do Código Penal nesse espaço de tratamento.

Na terceira parte lançamos olhar sobre a reforma psiquiátrica e da mudança paradigmática que esta pretende implementar, buscando superar o modelo anterior definido pela legislação penal. Veremos que a reforma psiquiátrica, contemplou um regime jurídico de direitos fundamentais em favor da pessoa com transtorno mental, redirecionando o modelo de atenção à saúde mental, proporcionando a mudança de foco da doença para a pessoa, da periculosidade para a reinserção social, visando interromper a lógica manicomial promotora de segregação e exclusão.

Uma vez apresentado o suporte teórico necessário para o desenvolvimento do presente artigo, apresentaremos e analisaremos os dados levantados junto ao PAILI, que nos permitirá traçar o perfil socioeconômico da pessoa com transtorno mental sujeito à medida de segurança, na Comarca de Goiânia – GO.

O levantamento realizado ocorreu no período de 16 a 30 de maio de 2016, na sede da Coordenação do PAILI, e consistiu em pesquisa junto aos dossiês dos indivíduos que iniciaram o cumprimento da medida de segurança no ano de 2015 e que estavam vinculados à 1ª Vara de Execução Penal da Comarca de Goiânia. Os dados colhidos não fazem parte de prontuários médicos, mas de registros de acompanhamento de medida de segurança pelo programa do PAILI que estão à disposição da Vara de Execução Penal da Comarca de Goiânia. Houve uma preocupação ética em não identificar ou expor os indivíduos cujos dossiês foram utilizados para a coleta de dados para a pesquisa.

Foi necessária uma delimitação do universo da pesquisa, tendo em vista que o PAILI acompanha as medidas de segurança de todas as comarcas do Estado de Goiás, sem prejuízo, contudo, para a obtenção dos dados necessários para as verificações pretendidas nesta pesquisa. Assim, de um universo de 329 situações acompanhadas pelo PAILI, foi realizado um recorte para compreender apenas os casos que foram recebidos pelo programa durante o ano de 2015 e que estavam vinculados à 1ª Vara de Execução Penal da Comarca de Goiânia, totalizando 28 dossiês estudados.

Para a coleta das informações necessárias foram utilizados formulários com questões a serem respondidas por meio dos dados colhidos junto aos dossiês das pessoas sujeitas à medida de segurança.

Foram colhidos dados como nacionalidade, naturalidade, idade, sexo, escolaridade, renda, cor de pele, adesão ao programa PAILI, reiteração de conduta criminosa no curso da medida de segurança, crime cometido que ensejou a medida de segurança, projeto terapêutico elaborado e diagnóstico verificado pela junta médica.

Traçado este perfil, nos dedicamos a compará-lo com os dados disponíveis mais recentes sobre os apenados/imputáveis, com as estatísticas do censo psiquiátrico 2011 (sobre o perfil da população dos estabelecimentos de custódia e de tratamento psiquiátrico no Brasil), com os dados do Relatório Brasil 2015 (colhidos pelo Conselho Federal de Psiquiatria, referente a mais recente inspeção em manicômios no Brasil 2015) para, ao final, respondermos ao problema que aqui nos colocamos, qual seja: se a medida de segurança é capaz de atender as finalidades que justificam sua imposição, dentro do novo paradigma da reforma psiquiátrica.

2. Controle social e medida de segurança

Historicamente a sociedade desenvolve e utiliza recursos no intuito de conformar conduta de seus integrantes com os quais busca garantir observância

de regras e princípios elegidos, "assim como as formas organizadas com que a sociedade responde a suas transgressões"[1].

Desse modo, além de atuar na formação dos indivíduos que a compõe, as mais diversas organizações sociais desenvolveram mecanismos de reação, por meio de sanção, sempre que a prevenção não se mostrar suficiente para o respeito aos princípios e regras estabelecidos[2]. A esses mecanismos de conformação da conduta e de manutenção da ordem social damos o nome de controle social, presente nos mais diversos setores da sociedade[3], tais como na religião, na escola, na família, no trabalho etc. Cada um com sua função específica e com mecanismos próprios de controle, que integram um controle maior[4], um controle social geral.

O controle social assume tanto a forma preventiva como a forma reativa. Contudo, nem sempre é possível, através dos recursos disponíveis na sociedade, sejam preventivos ou de reação, obter a conformação das condutas no sentido do respeito às regras e princípios estabelecidos. Quando isso acontece, o Estado é acionado, passando a exercer a coerção mediante o sistema penal que, por seu turno, alcança o indivíduo que ofende bens jurídicos definidos com relevantes, aplicando-lhe uma sanção, com a qual objetiva não só sua punição, mas o desestímulo da prática da conduta por todos.

2.1. O sistema penal e a lógica da seletividade

O sistema penal é, assim, um subsistema do controle social geral, responsável pela assimilação dos conflitos sociais mais graves pelos meios mais severos[5]. É ele o responsável pela aplicação da lei penal aos indivíduos que ofendem bens jurídicos penalmente tutelados e que são submetidos ao processo penal com a consequente resposta, que pode ser uma pena ou uma medida de segurança[6].

1. RAMÍREZ, Juan J. Bustos; MALARÉE, Hernán Hormazábal. *Lecciones de derecho penal*. Madrid: Trotta, 1997. p. 15. v. 1.
2. RAMÍREZ, Juan J. Bustos; MALARÉE, Hernán Hormazábal. Op. cit., p. 16.
3. BERGALLI, Roberto. A instância judicial. In: BERGALLI, Roberto; RAMÍREZ, Juan Bustos (Org.). *O pensamento criminológico II*. Estado e Controle. Rio de Janeiro: Revan, 2015. p. 108.
4. RAMÍREZ, Juan J. Bustos; MALARÉE, Hernán Hormazábal. Op. cit., p. 15.
5. HASSEMER, Winfried. *Direito penal libertário*. Belo Horizonte: Del Rey, 2007. p. 213.
6. RAMÍREZ, Juan J. Bustos; MALARÉE, Hernán Hormazábal. *Lecciones de derecho penal*. Madrid: Trotta, 1997. p. 19. v. I.

Em princípio, amparando-se no ordenamento jurídico vigente para justificar a utilização de mecanismos de coerção para a manutenção da ordem social, a criminalização primária, ou seja, a criminalização de condutas e não de pessoas, e a aplicação das normas, por meio da resposta penal, deveriam ser a lógica do sistema penal. Contudo, não é o que se verifica no âmbito dessa instância de controle social.

Pelo contrário, o que se verifica, de acordo com a criminologia da reação social e crítica, é a "lógica da seletividade como lógica estrutural de operacionalização do sistema penal"[7], a qual pode ser empiricamente verificada pelo perfil das pessoas que estão presas ou sujeitas à medida de segurança, em sua maioria pertencentes aos estratos mais baixos e vulneráveis da população.

Essa seletividade decorre não só da constatação da clientela da prisão e da regularidade da criminalização dos estratos sociais mais baixos, como também pelo fato de que o sistema penal não se caracteriza pela criminalidade da maioria, mas pela criminalização de uma minoria. Daí porque falarmos na existência da cifra negra,[8] conceito pelo qual podemos compreender que a realidade da criminalidade é muito maior do que a refletida nas estatísticas oficiais[9].

O exercício do poder punitivo, assim, coaduna-se à lógica estruturante do controle social geral, compartilhando "suas aspirações e defeitos"[10], promovendo e intensificando a seletividade e a violação de garantias de direitos fundamentais, mantendo a estrutura de dominação dos grupos detentores do poder, isto é, reproduzindo as relações sociais desiguais de poder e riqueza, por meio de uma violência institucional[11]. Acaba por desempenhar, como função real, a reprodução material e ideológica da desigualdade social.

---

7. ANDRADE, Vera Regina Pereira de. *Sistema penal máximo x cidadania m*ínima. Códigos da violência na era da globalização. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2016. p. 57.
8. "(...) por cifra negra designa-se, em sentido lato, a criminalidade oculta, não qualificada estatisticamente, que inclui a 'criminalidade de colarinho branco' mas a transcende". (ANDRADE, Vera Regina de. Op. cit., p. 58).
9. ANDRADE, Vera Regina Pereira de. *Sistema penal máximo x cidadania mínima.* Códigos da violência na era da globalização. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2016. p. 58.
10. RUSCHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto. *Punição e estrutura social.* 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2004. p. 282.
11. ZAFFARONI, Eugenio Raúl. *Em busca das penas perdidas:* a perda de legitimidade do sistema penal. 5. ed. Rio de Janeiro: Revan, 1991. p. 15; e ANDRADE, Vera Regina

2.2. A inversão ideológica do discurso de proteção

No que concerne à pessoa com transtorno mental, na prática, ao se analisar a programação penal normativa, o que se verifica é a inversão ideológica do discurso de respeito aos direitos humanos. Basta citar, por exemplo, que a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, recebe uma medida de segurança, na modalidade internação, de acordo com o estabelecido pelo Código Penal e não de acordo com suas particularidades, podendo permanecer internada, mesmo que sem necessidade (no caso de não ter cumprido o tempo mínimo da medida) ou de forma perpétua, desde que não cessada sua periculosidade[12].

O discurso de tratamento e de reinserção, de respeito aos direitos humanos, acaba ideologicamente invertido na medida em que a programação penal normativa impõe ao indivíduo, um tratamento que não corresponde à sua condição, que não respeite a evolução de seu tratamento e que lhe impõe uma sanção de caráter aflitivo por tempo indeterminado. Em verdade, como afirma Basaglia:

> (...) em todos os países do mundo (a prisão) tem como finalidade (oficial) a reabilitação do preso, como, por outro lado, o manicômio tem como finalidade (declarada) a cura do doente mental. No entanto, (...) tanto o manicômio quanto a prisão são instituições de Estado que servem para manter limites aos desvios humanos, para marginalizar o que está excluído da sociedade (funções reais). É muito difícil dizer com precisão o que é a marginalização ou o que é a doença mental, como é muito difícil compreender a presença dessas pessoas nestas instituições, porque o manicômio ou prisão são situações intercambiáveis: podemos tomar um preso e colocá-lo no manicômio ou tomar um louco e metê-lo na prisão[13].

Pereira de. *A ilusão de segurança jur*ídica. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015. p. 283.

12. O Superior Tribunal de Justiça sumulou entendimento quanto ao tempo máximo de duração da medida de segurança para evitar sua perpetuidade. Súmula 527/STJ: "O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado". STJ. 3ª Seção. Aprovada em: 13.05.2015.

13. BASAGLIA, Franco. *A psiquiatria alternativa:* contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferências no Brasil. São Paulo: Brasil Debates, 1979. p. 45, *apud* CARVALHO, Salo de. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro:* fundamentos e aplicação judicial. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 517.

Enquanto o sistema penal tem como finalidade declarada a proteção de bens jurídicos universais, o que se verifica é a proteção seletiva de bens jurídicos; declarada função instrumental de controle e redução da criminalidade através da pena, quando o que se verifica é a reiteração de condutas e a reincidência; declarada função ressocializadora da pena, quando, na realidade, contribui para acentuar a criminalidade, consolidando carreiras criminosas, potencializando os dados estatísticos de reincidência e reiteração de condutas e cumprindo uma função oposta à declarada,[14]além da reprodução das relações sociais[15] (com a criminalização das classes sociais mais vulneráveis e a imunização das classes dominantes)[16].

Tais falácias do sistema penal, assim como vigentes quando aplicada a pena, se repetem quando o instrumento de máximo de coação é a medida de segurança que, ao seguir uma lógica manicomial preconizada pelo Código Penal, acaba por promover a exclusão e a estigmatização por meio da internação, ao invés da reinserção social, bem como a reprodução das relações sociais, na medida em que reproduz, quanto aos indivíduos sujeitos ao controle penal, o perfil populacional das cadeias.

2.3. Medida de Segurança

A medida de segurança, instrumento de controle social, é a resposta jurídica dada pelo Direito Penal ao inimputável[17], considerado, pela legislação brasileira, como aquele ou aquela 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, tal como estabelece o artigo 26 do Código Penal.

---

14. ANDRADE, Vera Regina Pereira de. *A ilusão de segurança jurídica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015. p. 289.
15. CIRINO DOS SANTOS, Juarez. *A criminologia radical*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006. p. 70.
16. ANDRADE, Vera Regina Pereira de. Op. cit., p. 289.
17. O imputável, por sua vez, é o indivíduo capaz de entender o caráter ilícito do fato e dos seus efeitos, ou de determinar-se, de forma livre e consciente, de acordo com esse entendimento. A "maturidade em função da idade" (maior de 18 anos) é exigida tanto para o imputável, quanto para o inimputável. O Código Penal no artigo 26 adotou o critério biopsicológico para a aferição da inimputabilidade do agente. Enquanto imputabilidade é a regra, a inimputabilidade é a exceção.

A resposta jurídica cabível ao imputável é diversa da estabelecida ao inimputável. Ao imputável, a lei penal brasileira estabelece a aplicação de pena, como mecanismo retributivo-punitivo pela conduta ilícita praticada. Ao inimputável, por ser inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito ou de determinar-se por esse entendimento, não é adequada a aplicação de pena. Daí porque, nesse caso, a previsão legal ser a aplicação de medida de segurança, que tem finalidade terapêutica.

A pena aplicada ao autor da conduta ilícita, no sistema da culpabilidade, é a retribuição decorrente da prática de um fato passado e previamente definido como crime. No sistema de periculosidade, não há aplicação de pena, e sim de medida de segurança, que visa, através de tratamento médico-psiquiátrico, conter a periculosidade do agente, de modo a evitar ocorrências de futuros delitos.

De acordo com o Código Penal, em seu art. 96, são modalidades de medida de segurança a internação (para crimes punidos com reclusão) e o tratamento ambulatorial (para crimes punidos com detenção), pelo período mínimo entre um a três anos e com duração por tempo indeterminado, até cessada sua periculosidade.

Assim, no paradigma do Código Penal, a medida de segurança tem como foco a cessação de periculosidade e sua modalidade é determinada de acordo com a gravidade penal do fato tipificado como crime. A periculosidade[18] é um conceito presente no instituto da medida de segurança, de acordo com paradigma assentado na legislação penal em uma confluência dos campos do saber médico e jurídico.

3. Saber médico e hospitais de custódia e de tratamento psiquiátrico

3.1. Influência do saber médico na categorização da pessoa com transtorno mental

A psiquiatria, como área do saber, contribuiu sobremaneira para a categorização do louco como um indivíduo perigoso. Buscou-se, desde o século XIX[19],

18. A periculosidade de acordo com Anibal Bruno, "é o estado de perigoso do indivíduo, aquele potencial de criminalidade, que se define, de maneira mais breve, como a probabilidade de delinquir". BRUNO, Anibal. *Perigosidade criminal e medidas de segurança*. Rio de Janeiro: Editora Rio. 1977. p. 133.

19. ANITUA, Gabriel Ignacio. *Histórias dos pensamentos criminológicos*. Rio de Janeiro: Revan, 2015. p. 379.

por meio da medicina, a resolução de problemas e a tomada de decisões de cunho moral[20] que deveriam ser assumidas pelo político, mas que, sob a legitimação da ciência, permitia o controle social da parcela da população excluída e não detentora de poder político e social.

A psiquiatria nasce no Brasil inserida no contexto da medicina social que "incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações"[21]. Segundo Machado et al., "o louco faz seu aparecimento como um perigoso em potencial e como atentado à moral pública, à caridade e à segurança. A loucura é perigo a ser evitado nas ruas da cidade. Liberdade e Loucura são antônimas"[22].

A psiquiatria no Brasil se assume como um instrumento de prevenção, com conhecimento científico capaz de detectar os "diversos perigos que podem ameaçar a existência da sociedade em vias de normalização", cabendo-lhe, assim, "a tarefa de isolar preventivamente o louco com o objetivo de reduzir o perigo e impossibilitar o efeito destrutivo que ela viu caracterizada na doença".[23]

Como saber e poder no interior do domínio geral da higiene pública da proteção do corpo social, para se consolidar, a psiquiatria passou a estabelecer a pertinência essencial e funcional da loucura ao crime e do crime à loucura. A psiquiatria procurou, no interior do manicômio, diagnosticar a loucura e vinculá-la a um perigo possível e, simultaneamente, procurou, fora do manicômio, detectar o perigo que a loucura traz consigo, que somente a psiquiatria poderia detectar[24]. Nesse contexto, Félix, citado por Szasz, definia o dever do psiquiatra como o de proteção da sociedade "o Psiquiatra de amanhã será, como seu correspondente atual, um dos guardiães da sociedade"[25].

---

20. FOUCAULT, Michel. *História da loucura:* na idade clássica. 10. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014. p. 86.
21. MACHADO, Roberto *et al*. *Danação da norma:* a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. p. 376.
22. MACHADO, Roberto *et al*. Op. cit., p. 377.
23. MACHADO, Roberto *et al*. Op. cit., p. 380.
24. FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 102-103.
25. FELIX, R. H. *The image of the Psychiatrist:* past, present and future. Amer. J. Psychiatry, 121:318-22 (out.), 1964. p. 320 *apud* SZASZ, Thomas. *Ideologia e doença mental:* ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. p. 112.

O psiquiatra passa a se constituir em uma "instância anexa", em um "juiz paralelo" capaz de definir, por meio do saber médico, se um indivíduo era imputável ou não no momento do cometimento do crime; se se constituía em um indivíduo perigoso para a sociedade e, por meio de sua doença e do desenvolvimento do tratamento terapêutico, decidir se o indivíduo ainda teria ou não potencial delitivo para evitar ou retardar seu retorno ao meio social[26].

Para que o indivíduo pudesse ter "êxito" em seu tratamento, necessitava aderir à ideologia psiquiátrica, sem poder de participação ou de responsabilização por seu tratamento[27], sob pena de, "inabilitado" para o retorno ao convívio social, permanecer interno, sob controle (social), pelo resto da vida.

O processo de normalização a que era submetido impedia o indivíduo de ser diferente. Ele era categorizado, classificado como louco, com potencial delitivo dentro da instituição manicomial. Para que fosse socialmente aceito, necessitava ser o *mesmo* que todos, ser igual ao *eu* da modernidade[28], pensar e agir como aquele socialmente conformado de acordo com as regras e valores aceitos. Do contrário, permaneceria incluído em uma instituição excludente.

O casamento entre o direito e a psiquiatria criminal culminou com a criação de uma medida de proteção social específica para as pessoas com transtorno mental que cometeram fatos tipificados como crime, qual seja, a medida de segurança. Como aponta Ibrahim:

> O *princípio da presunção da periculosidade* penaliza, portanto, o louco-criminoso *pelo o que* é, *e não pelo crime que ele cometeu*. A medida tem como seu principal objetivo dominar o indivíduo e não apenas o seu ato: é a loucura que é julgada e condenada. No entorno da noção de periculosidade pode-se observar, com clareza, uma rede de relações que envolvem saberes e práticas *que acabam por atuar no sentido da formação de determinadas subjetividades*, a saber, *o sujeito perigoso*[29]. (Destaques nossos)

26. FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*: nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 25.
27. GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015. p. 20.
28. RUIZ, Castor B. Emmanuel Levinas. Alteridade & alteridades: questões da modernidade e a modernidade em questão. In: SOUZA, Ricardo Timm de *et al*. *Alteridade e ética*. Porto Alegre: Editora EdiPUCRS, 2008. p. 133.
29. IBRAHIM, Elza. *Manicômio judiciário:* da memória interrompida ao silêncio da loucura. Curitiba: Appris, 2014. p. 58.

O estigma de perigoso traz consequências para a pessoa com transtorno mental, dificultando sua aceitação no meio social. As dificuldades a acompanham ao longo da vida, desde a identificação de sua condição mental, nas diversas instâncias de controle social – na escola, na família, no trabalho –, interferindo em suas oportunidades sociais.

3.2. A realidade percebida nos Hospitais de Custódia e de Tratamento Psiquiátrico

Assim como as prisões, os hospitais de custódia e de tratamento psiquiátrico – HCTP's constituem-se em instâncias de controle social formal. São espaços destinados à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, sujeita à medida de segurança na modalidade internação, para que possa se submeter, por imposição do Estado, ao tratamento terapêutico adequado.

Tanto as prisões como os manicômios judiciários e hospitais de custódia são instituições totais[30], normalmente não permitindo o contato do indivíduo custodiado com o mundo externo, caracterizando-se por um esquema físico que inclui uma estrutura com portas fechadas, muros altos, arame farpado etc.

O paradigma do Código Penal mantém a lógica manicomial, que privilegia a internação como principal terapêutica para o tratamento da pessoa com transtorno mental, o que acaba por promover a "cronificação" do paciente, como lembra Birman[31] (pelo tempo indeterminado de internação), fazendo-o cada vez mais dependente da assistência hospitalar, a ponto de a reinserção ao meio social tornar-se difícil, senão, impossível.

A preferência pelo modelo de internação, bem como a evidência empírica de que a medida de segurança é imposta à parcela da população pertencente aos estratos sociais mais vulneráveis, acaba permitindo que essa ferramenta de controle social, cumpra funções diversas das declaradas.

A reforma psiquiátrica, por sua vez, procurou afastar-se do modelo asilar, predominante no paradigma do Código Penal, para um modelo de tratamento ambulatorial e de práticas extra-hospitalares. Sem embargo, apesar do abandono do modelo asilar, a nova lei não veio acompanhada de mudança da política de

30. GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015. p. 16.

31. BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 70.

internação, visto que novos hospitais de custódia chegaram a ser instalados após a Lei antimanicomial entrar em vigor, no ano de 2001, destaca Diniz[32].

Passados 16 anos da edição da Lei de Reforma Psiquiátrica, convivemos atualmente com 26 estabelecimentos de custódia e de tratamento psiquiátrico, sendo 23 hospitais de custódia e três alas de tratamento psiquiátrico pertencentes a presídios, de acordo com o Censo 2011. A prática asilar ainda é corrente no Brasil como mecanismo de controle penal das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Ainda, conforme o censo de 2011, o perfil das pessoas que estavam internadas em estabelecimentos de custódia e de tratamento psiquiátrico para o cumprimento de medida de segurança, revela questões preocupantes relativas a injustiças e a violação de direitos fundamentais das pessoas sob controle penal. Além disso, foram encontradas pessoas com mais de 30 anos de internação, pessoas com tempo de internação superior ao correspondente ao máximo da pena em abstrato do fato tipificado como crime praticado, pessoas com decisão para desinternação e que permaneciam internadas, pessoas com medidas de segurança extintas, pessoas que permaneciam internadas mesmo com exame atestando a ausência de periculosidade, pessoas aguardando a realização ou resultado de exame por tempo excessivo, enfim, uma gama de violações que demonstram um quadro permanente de desrespeito às pessoas, impondo a estas uma restrição de liberdade desnecessária, afastando-as do convívio social de forma injustificada[33].

Em síntese, permanece atual a observação feita por Barros, referindo-se ao processo de desinstitucionalização italiana, ocorrido na segunda metade do século XX: "é a instância custodial que prevalece através da justificativa de medida de segurança social"[34].

No cenário nacional, as pessoas com transtorno mental sujeitas ao controle penal fazem parte de um contingente de invisíveis aos olhos da sociedade e do Estado – omisso na elaboração e execução de políticas públicas voltadas para a concretização de direitos e garantias fundamentais para essas pessoas –, o que acaba evidenciando que "a invisibilidade [existente no paradigma anterior]

32. DINIZ, Débora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil.* Censo 2011.Brasília: UNB, 2013.

33. DINIZ, Débora. Op. cit., p. 13.

34. BARROS, Denise Dias. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Periculosidade social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 180.

não foi rompida com as conquistas da Lei da Reforma Psiquiátrica"[35]. De fato, como já apontou Diniz:

> (...) os manicômios abriram as portas, e o tratamento em regime asilar passou a ser descrito como inumano. A sequestração do louco foi contestada não apenas pelos saberes biomédicos e jurídicos, mas principalmente pela comunidade de indivíduos em sofrimento mental. Mas nem todos os loucos foram incluídos neste amplo regime de revisão da legislação[36].

A periculosidade ainda conserva, no cenário nacional, a centralidade da política penal-psiquiátrica, com a manutenção da internação como uma opção de tratamento terapêutico da pessoa com transtorno mental e não como medida excepcional, para ser utilizada apenas quando não existir alternativas extra-hospitalares. A medida de segurança ainda segue com o foco direcionado para a cessação da periculosidade e não para a reinserção da pessoa ao meio social, como preconiza o paradigma da reforma psiquiátrica.

A periculosidade, mesmo não havendo evidência científica de que o diagnóstico de doença mental esteja relacionado com uma suposta potência delitiva, ainda constitui em um "dispositivo de poder e de controle de indivíduos, um conceito em permanente disputa entre os saberes penais e psiquiátricos"[37]. Barros adverte que "quando a periculosidade é reconhecida como a única expressão possível do sujeito, as múltiplas facetas de sua existência não encontram condições para sua expressão, fator esse que, por ser essencialmente redutor, impede o equacionamento de suas necessidades"[38].

O estigma de que as pessoas com transtorno mental são perigosas ainda domina a condução da política penal-psiquiátrica brasileira, uma vez que opta por um modelo de tratamento – internação, que no fundo, apenas atende fins de exclusão e de defesa social. "Não se pode segregar pessoas e ao mesmo tempo pretender sua reintegração"[39], ou seja, a internação como prática cor-

35. DINIZ, Débora. Op. cit., p. 13.

36. DINIZ, Débora. Op. cit., p. 13.

37. DINIZ, Débora. Op. cit., p. 15.

38. BARROS, Denise Dias. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Periculosidade social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 182.

39. BARATTA, Alessandro. *Ressocialização ou controle social:* uma abordagem crítica da "reintegração social" do sentenciado. Universidade de Saarland, R.F.A. Alemanha Federal. Disponível em: [www.juareztavares.com].

rente não possibilita a reintegração da pessoa. Apenas a isola no espaço hospitalar, do espaço social. Como lembra Silva, a vida nos estabelecimentos de custódia e de tratamento psiquiátrico vai sendo mantida, "quando muito, à custa de condições razoáveis de higiene, de medicação forçada, de laborterapia, de psicoterapia, mas que não têm como objetivo a liberdade futura. Pois esta nunca chega."[40]

As consequências desse processo de institucionalização promovido pelos hospitais de custódia e de tratamento psiquiátrico seriam, dentre outros: a acentuação do processo de estigmatização da pessoa com transtorno mental; acentuação do seu assujeitamento, retirando qualquer participação ou responsabilidade pela condução de sua vida ou de seu tratamento; impossibilidade de alcance dos fins ressocializadores; e o reforço do processo de exclusão.

4. Reforma psiquiátrica e a mudança de paradigma

4.1. A reforma como a mudança de paradigma

A Lei 10.216/2001, também conhecida como Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica, veio contemplar:

> (...) o modelo humanizador historicamente defendido pelos militantes do Movimento Antimanicomial tendo como diretriz a reformulação do modelo de atenção à saúde mental, transferindo o foco do tratamento que se concentrava na instituição hospitalar para uma rede de atenção psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos.[41]

A Lei da Reforma Psiquiátrica estabelece a possibilidade de acompanhamento da pessoa com transtorno mental por equipe multidisciplinar, nas duas espécies de medida de segurança – internação e tratamento ambulatorial. Ela avança no sentido de vedar a internação de pacientes em instituições com características asilares, tais como manicômios e hospitais de custódia e de tratamento psiquiátrico (HCTPs), priorizando o tratamento ambulatorial e somente admitindo a internação, em quaisquer de suas modalidades, quando recursos

40. SILVA, Haroldo. Sobre violência, prisões e manicômios. In: SILVA, Denival Francisco da *et al* (Org.). *Violência ...exclusão social...e mídia...* Goiânia: Kelps, 2014.

41. SILVA, Haroldo Caetano da. *PAILI:* programa de atenção integral ao louco infrator. 3. ed. Goiânia: MP/GO, 2013.

extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Busca-se a desospitalização, mas sem se afastar da ideia de assistência[42].

Independentemente de estarem ou não em conflito com a lei, as pessoas com transtorno mental deverão receber tratamento e acompanhamento terapêutico nas mesmas unidades de saúde[43], sob pena de ofensa ao princípio da não discriminação. O tratamento em regime de internação deverá ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa com transtorno mental, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros.

O tratamento oferecido à pessoa com transtorno mental terá como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio, visando seu resgate como cidadão, sujeito de direitos e deveres. A mudança de perspectiva com a reforma psiquiátrica objetiva uma maior integração e participação do paciente na condução de seu tratamento, afastando-se da ideia de assujeitamento[44] comumente vista nos estabelecimentos de características asilares. O foco passa da doença para a pessoa.

Formalmente, a pessoa com transtorno mental passou a contar, a partir da Lei Antimanicomial, com um regime jurídico de proteção de direitos fundamentais, que lhe garante um tratamento com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde. Além disso, busca alcançar a recuperação pela sua inserção na família, no trabalho e na comunidade.

---

42. GIOVANELLA, Ligia; AMARANTE, Paulo. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 145.

43. CARVALHO, Salo de. *Antimanual de criminologia*. 5. ed. São Paulo: Saraiva. 2013. p. 304-305.

44. Fernanda Barros descreve o cenário do indivíduo segregado em instituições asilares ao afirmar que "não se trata ao se segregar, sabemos que o abandono, o isolamento, a privação do movimento não caminham no sentido das saídas civilizadoras, ao contrário, é uma entrega à morte, o encontro com um resto radical sem condição de engajamento. (...). Sabemos dos efeitos catastróficos da privação do movimento, privação da liberdade de fazer laços: a entrada em qualquer hospício, manicômio, prisão, manicômio judiciário nos faz imediatamente perceber os efeitos da privação da liberdade, pois ali encontramos nos corpos a descrição das consequências clínicas do encarceramento". (BARROS, Fernanda Otoni de. Alternativas ao modelo prisional e manicomial: metodologia/política/ampliação subjetividade e inclusão. A experiência do PAI-PJ. In: OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres; MATTOS, Virgílio (Org.). *Estudos de execução criminal direito e psicologia Belo Horizonte Tribunal de Justiça de Minas Gerais 2009*).

A reforma psiquiátrica provocou a mudança de paradigma quanto ao tratamento dispensado à pessoa portadora de transtorno mental, bem como permitiu, uma nova interpretação dos dispositivos penais que regulam a aplicação da medida de segurança, que afasta seu caráter retributivo-punitivo-segregatório.

Através da Lei 10.216/2001 foi possível perceber o quão excludente era a lei penal, ao relacionar a espécie de medida de segurança cabível ao regime prisional previsto no tipo penal, ao invés de permitir que o indivíduo recebesse a terapêutica adequada. Assim, de acordo com o Código Penal, nos crimes punidos com reclusão, a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei estaria sujeita à internação, enquanto que nos crimes punidos com detenção, poderia ser submetida à espécie menos gravosa, que seria o tratamento ambulatorial[45].

A reforma psiquiátrica ainda permitiu a mudança de objetivo com relação à medida de segurança. Antes, o foco era a cessação de periculosidade, sendo, agora, a reinserção do indivíduo no meio social. Busca-se, com a reforma migrar de um modelo excludente para um modelo inclusivo.

A mudança de foco proporcionada pela reforma psiquiátrica evidencia a presença da alteridade reclamada por Levinas[46], na relação com o outro, na medida em que muda o ponto de partida da relação, antes, a partir da sociedade, visando a contenção da periculosidade, e agora, a partir da pessoa, visando sua reinserção ao meio social.

A psiquiatria moderna *buscava* a inclusão do indivíduo, através do tratamento da doença, através da correção de seu déficit orgânico e moral, buscando a conformação do *outro*, como se fosse o *mesmo*, para que fosse uma pessoa normal – deixando se ser o *anormal* de Foucault[47], deixando de ser diferente. Não é possível, a relação de alteridade, sem o respeito à diferença.

Levinas desenvolve a questão do *outro*, invertendo a forma de pensar o *eu* da modernidade, passando a pensar a relação com o *outro*, a partir deste, relação essa, sem a qual o *eu* não existiria. Assim, o *eu* (sociedade) só existe a partir do *outro* (pessoa com transtorno mental). Inverte-se o ponto de partida e abandona-se o pensamento do *eu* da cultura ocidental, como um dado natural

45. MATTOS, Virgílio de. *Crime e psiquiatria.* Uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Editora Revan: 2006. p. 24.

46. LEVINAS, Emmanuel. *Humanismo do outro homem*. Petrópolis: Editora Vozes, 1993.

47. FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

e racional. Sua existência agora decorre de sua relação com o *outro*, tendo este como ponto de partida[48].

Os fundamentos da ordem constitucional se concretizam através de uma sociedade plural, inclusiva, o que se constitui, na contemporaneidade, um grande desafio a ser superado. Na visão levinasiana, a sociedade (o *eu*) somente existe a partir do *outro*. Nessa inversão de perspectiva, somente a partir da inclusão do *outro* é que a sociedade se constitui no prisma constitucional, em uma relação de alteridade.

Trata-se de uma busca pela desconstrução da lógica manicomial, que em nada permitia a reinserção social do indivíduo, e que levava à exclusão da pessoa com transtorno mental, promovendo sua coisificação, por meio da sua institucionalização[49]. Segundo Mattos:

> (...) a operação que faz a "inclusão" manicomial, hospitalocêntrica, excludente em si, baseia-se na gravidade dos sintomas, tanto da doença quanto do fato definido como crime pelo doente praticado. Se a doença não é de possível remissão, se a periculosidade é também um estado "incurável", o portador de sofrimento mental é o irrecuperável que deve ser "incluído" para sempre. Incluído em um tipo de modelo que permita a exclusão para sempre.[50]

A solução para o portador de transtorno mental em conflito com a lei não pode ser a pena, ou mesmo o tratamento, que muitas vezes tem implicado em maior exclusão, "mas prevenir que o portador de sofrimento mental passe ao ato e transforme, transformando, sua própria vida e a daqueles que lhes são mais próximos"[51]. Para Mattos, ao falar de tratamento, a lei de reforma psiquiátrica, na verdade só pode estar falando de prevenção – só pode ser o cuidado e o acompanhamento, de forma a promover a inserção social da pessoa com transtorno mental[52].

---

48. Um *eu* como um dado natural seria, de acordo com Ruiz, um eu existente em si e por si, "a partir do qual deveriam pensar-se as relações com o outro e o conjunto das significações sociais". RUIZ, Castor B. Emmanuel Levinas, Alteridade & alteridades: questões da modernidade e a modernidade da questão. In: SOUZA, Ricardo Timm de; FARIAS, André Brayner de; FABRI, Marcelo (Org.). *Alteridade e* ética. Obra comemorativa dos 100 anos de nascimento de Emmanuel Levinas. Porto Alegre: Edipucrs, 2008. p. 133.
49. MATTOS, Virgílio de. Op. cit., p. 185.
50. MATTOS, Virgílio de. Op. cit., p. 161.
51. MATTOS, Virgílio de. Op. cit., p. 153.
52. MATTOS, Virgílio de. *Crime e psiquiatria*. Uma Saída. Preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2006. p. 153.

4.2. Dados obtidos junto ao PAILI

Tomando como referência o paradigma da reforma psiquiátrica, apresentaremos agora dados obtidos durante a pesquisa realizada junto ao PAILI, em relação às pessoas que iniciaram a execução da medida de segurança no ano de 2015, junto à Vara de Execuções Penais da Comarca de Goiânia.

Convém esclarecer ao leitor e à leitora que o Programa de Atenção ao Louco Infrator – PAILI, foi instituído pelo Estado de Goiás, por ocasião da Lei 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), estabelecendo um novo paradigma na política de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Por meio de convênio firmado com o Tribunal de Justiça de Goiás, o PAILI elabora um projeto terapêutico individualizado para a pessoa sujeita à medida de segurança, de forma a contemplar suas necessidades, visando seu tratamento e reinserção social, afastando-se do modelo asilar e da associação do conceito de periculosidade à doença mental, presente no paradigma do Código Penal. A condução da execução, contudo, continua nas mãos do juiz, competente por força da Lei de Execução Penal.

O PAILI utiliza-se da rede conveniada do SUS para realizar as internações necessárias. Os casos de tratamento ambulatorial são realizados pela rede de saúde básica – CAPS ou por ambulatório psiquiátrico. Atualmente 89 municípios possuem pessoas com transtorno mental cumprindo medida de segurança, recebendo atenção pelo serviço de saúde pública. Nas cidades que não possuem CAPS, o serviço de saúde pública é realizado pelo programa de atenção à família. Atualmente, 329 pessoas em medida de segurança recebem o acompanhamento do PAILI, encaminhados pelas varas de execução penal de todo o Estado de Goiás.

De acordo com a metodologia utilizada e apresentada na introdução do artigo, foram levantadas referências relativos à escolaridade, situação econômica, cor da pessoa, atividade laboral, estado civil, sexo, idade em que começou a cumprir a medida de segurança, crime praticado, diagnóstico apresentado, projeto terapêutico individualizado, adesão ao PAILI e reiteração de conduta criminosa.

Pudemos observar que 60,7% das pessoas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei, que iniciaram a execução da medida de segurança no ano de 2015, sob a supervisão do PAILI, possuem o ensino fundamental incompleto ou completo (do 1º ao 9º ano do 1º grau). Já as pessoas com ensino médio incompleto ou completo (1º ao 3º ano do 2º grau) representam 25% dos indivíduos sujeitos à medida de segurança. Não foram encontrados analfabetos, bem como também não verificamos ninguém que fosse portador de curso superior, mesmo que incompleto.

Os elementos verificados na amostra estudada revelam que a medida de segurança alcança em sua maioria, pessoas com baixa escolaridade (ensino fundamental). Não houve uma investigação, por não ser objeto dessa pesquisa, das causas dessa baixa escolaridade. Apenas nos preocupamos em identificar qual o grau de escolaridade dos indivíduos sujeitos à medida de segurança, durante o seu cumprimento.

Quanto à situação econômica, observamos que 50% das pessoas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei, que iniciaram a execução da medida de segurança no ano de 2015, sob a supervisão do PAILI, não possuem renda. Já as pessoas com renda de até um salário mínimo representam 32,15% dos indivíduos sujeitos à medida de segurança. Apenas 3,57% possuem renda entre um a dois salários mínimos.

Os dados levantados na amostra estudada revelam que a medida de segurança alcança em sua quase totalidade, pessoas sem renda ou com situação econômica fragilizada. Não houve uma investigação, por não ser objeto dessa pesquisa, da situação econômica da família. Apenas nos preocupamos em identificar qual a situação econômica dos indivíduos sujeitos à medida de Segurança, durante o seu cumprimento.

Sobre a raça/etnia, observamos que 42,85% das pessoas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei, que iniciaram a execução da medida de segurança no ano de 2015, sob a supervisão do PAILI, possuem a cor de pele declarada como branca. Já as pessoas com pele declarada de cor parda representam 28,57% dos indivíduos sujeitos à medida de segurança, enquanto que os que se declararam de cor negra, representam 17,85%.

Os resultados obtidos na amostra estudada revelam que a medida de segurança alcança em maior proporção as pessoas que se declararam de pele de cor branca. Essa maior proporção, contudo, é superada com a somatória dos que se declararam pardos e negros, que representam 46,42% das pessoas sujeitas à medida de segurança.

Relativamente à atividade laboral, notamos que 21,4% das pessoas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei, que iniciaram a execução da medida de segurança no ano de 2015, sob a supervisão do PAILI, estão desempregadas ou não possuem capacidade laboral. Apenas uma das pessoas possui renda vitalícia, decorrente de aposentadoria.

Os dados levantados na amostra estudada revelam que a medida de segurança alcança em sua quase totalidade, pessoas que, quando empregadas, realizam *bicos* ou atividades com baixa remuneração, correspondendo a 32,14%. Na categoria *desempregado*, foram reunidos os moradores de rua, sem atividade

laboral, correspondendo a 17,85%. Aqueles que estavam em situação de rua, mas eventualmente trabalhavam como *flanelinha*, foram incluídos na categoria *bico*.

Em relação ao estado civil, registramos que 82,14% das pessoas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei, que iniciaram a execução da medida de segurança no ano de 2015, sob a supervisão do PAILI, são solteiras. Tanto as pessoas casadas quanto as vivendo em união estável, representam cada categoria, 7,14% dos indivíduos sujeitos à medida de segurança. Apenas uma pessoa é separada.

Os resultados obtidos em nosso estudo revelam que a medida de segurança alcança em sua maioria, pessoas solteiras. Apenas 14,28% vivem com esposa ou companheira, revelando um baixo índice de constituição de novas famílias.

Anotamos também que 92,85% das pessoas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei, que iniciaram a execução da medida de segurança no ano de 2015, sob a supervisão do PAILI, são do sexo masculino. Apenas duas pessoas, 7,15% são do sexo feminino.

Sobre a faixa etária, especificamente quanto à idade de início da execução da medida de segurança, observamos que 57,15% das pessoas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei, que iniciaram a execução da medida de segurança no ano de 2015, sob a supervisão do PAILI, possuem idade entre 20 a 30 anos. Já a faixa entre 31 a 40 anos representa 17,85% das pessoas sujeitas à medida de segurança, enquanto que a faixa entre 41 a 50 anos representa 14,28%. Somente duas pessoas apresentaram idade entre 51 e 70 anos.

Ou seja, os dados encontrados na amostra estudada revelam que a medida de segurança alcança em sua maioria, pessoas jovens, com idade entre 20 a 30 anos. A quantidade de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, sujeitas à medida de segurança reduz com o acréscimo da idade.

De acordo com os dados relativos ao crime praticado, observamos que 42,5% das pessoas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei, que iniciaram a execução da medida de segurança no ano de 2015, sob a supervisão do PAILI, cometeram crimes patrimoniais (furto e roubo). Já as pessoas que cometeram homicídio consumado ou tentado e lesão de natureza gravíssima representam 35,71% das pessoas sujeitas à medida de segurança. Em terceiro lugar, 14,28% encontram-se as pessoas que praticaram tráfico de drogas.

Os dados levantados na amostra estudada revelam que a medida de segurança alcança em sua maioria, pessoas que praticaram crimes contra o patrimônio, seguidas de perto pelas pessoas que cometeram crimes contra a pessoa. Devido ao fato da possibilidade de estabelecimento, em sentença, de medida

de segurança em decorrência de semi-imputabilidade, em crime de tráfico de drogas, temos este tipo de crime como a terceira categoria de infrações cometidas, por diagnóstico de dependência química, associada ou não a transtorno mental.

Observamos que 78,57% das pessoas, que iniciaram a execução da medida de segurança no ano de 2015, sob a supervisão do PAILI, possuem doença ou transtorno mental, incluindo esquizofrenia, associadas ou não a outras patologias. Já 21,42% as pessoas que estão sujeitas à medida de segurança, receberam diagnóstico de dependência química ou etílica.

Os elementos encontrados na amostra estudada revelam que a medida de segurança alcança em sua maioria, pessoas inimputáveis que foram diagnosticadas com doença ou transtorno mental, incluindo a esquizofrenia, associadas ou não a outras patologias.

Também foram colhidos dados buscando retratar qual projeto terapêutico foi estabelecido para as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, que iniciaram a execução da medida de segurança no ano de 2015, sob a supervisão do PAILI. Apesar das sentenças absolutórias em sua esmagadora maioria estabelecerem a internação como a espécie de medida de segurança para os casos estudados, observado o regime prisional definido no tipo penal (internação para reclusão e tratamento ambulatorial para detenção), é possível perceber que na ocasião da elaboração do projeto terapêutico, somente um único caso necessitou de internação por período maior, sendo outros quatro, com o estabelecimento de internação para estabilização do quadro psicótico e em seguida, a progressão para o tratamento ambulatorial junto ao CAPS. Por meio das referências pesquisadas, verificamos que 53,57% dos projetos terapêuticos definiram como mais adequado o tratamento ambulatorial, seja em ambulatório de psiquiatria ou diretamente no CAPS.

De acordo com a amostra estudada, apesar da internação ser a medida de segurança imposta na sentença, ao se definir o projeto terapêutico de maneira individualizada, respeitando-se as necessidades da pessoa, 53,57% dos pesquisados iniciaram o cumprimento da medida de segurança já no tratamento ambulatorial. Se excluirmos do cálculo os presos (por outros fatos tipificados como crime) e foragidos, temos um percentual ainda maior, de 71,42% de opção pelo tratamento ambulatorial. Esses dados dizem respeito ao momento inicial de atuação do PAILI, na definição do projeto terapêutico individualizado.

Foram ainda reunidas informações referentes à adesão ao PAILI, que representam as pessoas que estavam participando e recebendo atenção da equipe

multidisciplinar de saúde no momento da coleta de dados da pesquisa e que iniciaram a execução da medida de segurança no ano de 2015, sob a supervisão do PAILI. Por essa razão, encontramos disparidade no comparativo dos dados obtidos quanto à elaboração do projeto terapêutico (presos, foragidos e não adesão), com os dados obtidos na categoria *não adesão*. Os momentos são distintos.

Registramos também que 64,3% das pessoas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei, sujeitas à medida de segurança aderiram ao projeto terapêutico estabelecido pelo PAILI. Já 35,7% não aderiram ao PAILI, seja por estarem presos acusados da prática de nova conduta delitiva, seja por estarem foragidos, ou mesmo por não adesão voluntária ao programa.

Com relação aos indivíduos presos por outros fatos, o PAILI aguarda a definição da situação processual dos mesmos para então elaborar um projeto terapêutico. Com relação aos foragidos, o PAILI realiza busca constante com o intuito de localização desses indivíduos. No caso de não adesão voluntária, o PAILI comunica o juiz da execução, que realizará uma audiência de justificação para que a pessoa sujeita à medida de segurança apresente as razões para sua não adesão.

Os dados levantados na amostra estudada revelam que a maioria das pessoas sujeitas à medida de segurança aderiram ao PAILI e que em apenas um caso, excetuando os foragidos e presos, houve recusa voluntária em adesão ao programa.

Sobre a reiteração[53] de conduta criminosa após a adesão ao PAILI, observamos que 10,71% das pessoas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei, que iniciaram a execução da medida de segurança no ano de 2015, sob a supervisão do PAILI, praticaram novas condutas delitivas no curso da execução da medida de segurança. Conforme pudemos observar também, 89,29% das pessoas sujeitas à medida de segurança não voltaram a prática de novos delitos, não foram surpreendidos praticando novos delitos ou se praticaram, não foram notificados junto à autoridade policial.

Através do perfil encontrado é possível verificar que a medida de segurança alcança pessoas com baixa escolaridade, sem renda ou com renda de até um salário mínimo, solteira, do sexo masculino, jovem, com idade entre 20 a 30 anos e que desempenha atividade laboral com baixa remuneração. O perfil

53. Os dados são classificados como reiteração de conduta criminosa e não reincidência, visto que os novos processos não receberam sentença definitiva, de maneira a caracterizar tal instituto.

traçado permite concluir que a medida de segurança incide sobre uma parcela da população com maior vulnerabilidade social, justamente aquela em que as instâncias de controle social atuam em maior proporção na criminalização.

Ainda não há uniformidade nas decisões judiciais, no âmbito da execução penal do judiciário goiano, quanto à incorporação dos princípios e valores da reforma psiquiátrica. Contudo, na vara de execução penal da Comarca de Goiânia – GO, espaço de realização da pesquisa, verificamos que as decisões que determinam a execução da medida de segurança, conferem autonomia para o PAILI, na elaboração do projeto terapêutico, para a definição da modalidade adequada de tratamento (internação ou tratamento ambulatorial) que a pessoa com transtorno mental sujeita ao controle penal se submeterá, afastando-se, assim, a tarifa retributiva da medida de segurança.

O rompimento com a lógica manicomial também é percebido, através da pesquisa realizada, diante da constatação de que o estabelecimento da terapêutica adequada respeitou as necessidades da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, com 71,42% de opção pela modalidade de tratamento ambulatorial, demonstrando a excepcionalidade da escolha pelo tratamento hospitalar (internação), tal como preconiza a reforma psiquiátrica.

A internação, na forma da lei antimanicomial somente pode ocorrer quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. A internação, através do PAILI, se tornou uma exceção, mesmo considerando o universo de pessoas sob medida de segurança. Na ocasião da pesquisa, de 329 pessoas acompanhadas pelo PAILI, apenas 31 encontravam-se internadas (por estarem cumprindo a medida de segurança na modalidade internação ou por estarem internadas até se estabilizem, em decorrência de um surto psicótico), permanecendo as demais em tratamento ambulatorial ou em liberação condicional.

O índice de reiteração de prática delitiva, em torno de 10%, no perfil traçado pela pesquisa, revela que a atenção e o cuidado dispensados à pessoa sujeita a medida de segurança, podem impedir a passagem ao ato e o cometimento de um novo delito. Ao mesmo tempo desassocia o rótulo de perigoso da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, abrindo caminho para um ainda longo percurso de desconstrução do discurso da criminologia positivista do louco criminoso perigoso.

4.3. Comparação dos dados do PAILI com dados do INFOPEN 2016

Uma vez obtidos os dados junto ao PAILI, do perfil da pessoa sujeita à medida de segurança e que iniciaram a execução no ano de 2015, realizaremos uma comparação com os dados obtidos junto ao INFOPEN 2016 – Levantamento

nacional de informações penitenciárias, realizado pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), junto às unidades prisionais brasileiras.

Mesmo se tratando de pessoas imputáveis, presas provisoriamente ou em virtude de condenação definitiva, a comparação é importante para observarmos se o perfil do preso se identifica com o perfil da pessoa sujeita à medida de segurança, para fins de verificação da incidência do controle penal sobre determinado estrato social e a consequente seletividade na criminalização. Os dados envolvendo a faixa etária da população sujeita ao controle penal, a cor/raça, o crime praticado, o sexo, escolaridade, remuneração podem ser comparados.

Comparando os dados relativos ao sexo, faixa etária, cor/raça, crime praticado, sexo, escolaridade e remuneração, verificamos uma semelhança de perfil entre imputáveis e inimputáveis sujeitos ao controle penal, senão vejamos:

De acordo com os dados levantados[54], a maioria da população carcerária é constituída por homens (91,57%, contra 92,85%*), jovens com idade até 29 anos (55% contra 57,15**), de cor negra (64% contra 46,42***), com precário acesso à educação – com até o ensino fundamental completo (65% contra 60,7%*), percebendo uma remuneração (apenas 15% dos presos desenvolvem atividade laboral, sendo que 33% nada recebem) de até um salário mínimo (66% contra 32%*). A maioria dos crimes cometidos é contra o patrimônio (44,92% contra 42,5%*), relacionados às drogas (28,47% contra 14,28%*) e contra a pessoa (13,64% contra 33,71*), sendo essas condutas responsáveis por 87,03% (contra 90,49%*) do total de encarceramento[55].

Importante registrar que os crimes verificados como praticados, necessariamente, não revelam uma tendência, mas sim, as condutas registradas, investigadas, denunciadas, processadas e que receberam uma resposta penal (pena ou medida de segurança), enfim, que passaram pelos diversos filtros de criminalização que compões o sistema penal.

Os dados comparados demonstram uma identidade entre as pessoas sujeitas a pena e à medida de segurança, como pertencentes a um estrato social

54. Brasil. Departamento penitenciário nacional – DEPEN. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN, 2016.

55. *Dados obtidos junto ao PAILI referentes às pessoas sujeitas à medida de segurança. ** Dados obtidos junto ao PAILI referentes às pessoas sujeitas à medida de segurança correspondem à faixa etária entre 18 a 30 anos – um ano a mais do que os dados colhidos pelo INFOPEN 2016. *** Dados obtidos junto ao PAILI referentes às pessoas sujeitas à medida de segurança compreendendo a somatória de pardos e pretos, considerados como cor negra, mesmo critério utilizado no INFOPEN 2016.

mais vulnerável, constituído por jovens, com baixa escolaridade, do sexo masculino, percebendo baixa remuneração e criminalizados pelas mesmas condutas.

4.4. Comparação dos dados do PAILI com dados do Censo Psiquiátrico 2011

O censo psiquiátrico de 2011 foi realizado em 26 Estabelecimentos de Custódia e de Tratamento Psiquiátrico (23 Hospitais de Custódia e de Tratamento Psiquiátrico e três Alas de Tratamento Psiquiátrico ligadas a presídios) em 19 Estados mais o Distrito Federal, em um período de 11 meses. Foram examinados 3.989 dossiês de indivíduos que estavam sob a custódia desses estabelecimentos de tratamento. Os Estados do Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins não participaram do levantamento por não possuírem estabelecimentos dessa natureza. São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro possuem três estabelecimentos de custódia e de tratamento psiquiátrico cada um.

Mesmo possuindo um objeto maior do que a pesquisa realizada com o PAILI, os dados verificados pelo censo 2011 poderão ser comparados, visto que se trata de informações a respeito do perfil das pessoas sujeitas à medida de segurança. Interessante ainda o confronto de informações, visto que no censo 2011 não constam as informações relativas ao Estado de Goiás, o que nos permitirá, agora, uma verificação do quadro estadual diante do contexto nacional, mesmo que em períodos de avaliação distintos.

Segundo o censo 2011, a população sob custódia de estabelecimentos de tratamento psiquiátrico no Brasil é majoritariamente do sexo masculino (92% contra 92,85*), com idade média de 38 anos (sendo 58% com idade entre 20 a 39 anos contra 75%**), solteira (77% contra 82,14%*), com baixa escolaridade – até o ensino fundamental completo (66% contra 60,7%*) e com predominância de pessoas de cor negra ou parda (44% contra 42,85%*)[56].

O censo 2011 também verificou uma população custodiada em estabelecimentos de tratamento psiquiátrico, que exercia sua profissão em atividades que demandam pouco ou nenhum conhecimento técnico ou educacional, a mesma constatação verificada na pesquisa junto ao PAILI, mas utilizando categorias de classificação diferentes.

56. *Dados obtidos junto ao PAILI referentes às pessoas sujeitas à medida de segurança. ** dados obtidos junto ao PAILI referentes às pessoas sujeitas à medida de segurança correspondem à faixa etária entre 31 a 40 anos.

Os dados estatísticos levantados nas duas pesquisas revelam uma identificação quanto ao perfil das pessoas com transtorno mental sujeitas à medida de segurança. Da mesma forma, e agora comparando com os dados do INFOPEN 2014, percebemos uma identidade de perfil entre pessoas sujeitas ao controle penal, seja na modalidade de pena, seja na de medida de segurança.

4.5. Comparação dos dados do PAILI com dados do IPEA/CNJ 2015

O Conselho Nacional de Justiça – CNJ celebrou convênio como Instituto de Pesquisas Avançadas – IPEA para elaboração de uma pesquisa a respeito da reincidência criminal no Brasil[57]. Foram coletados dados relativos a quatro Estados – Rio de Janeiro, Alagoas, Minas Gerais e Paraná. Para efeitos de pesquisa, foi definindo como reincidência, o conceito legal, estabelecido nos artigos 63 e 64 do Código Penal.

Assim, somente foram considerados os casos em que há condenações de um indivíduo em diferentes ações penais, ocasionadas por fatos diversos, desde que a primeira pena e a determinação da nova sentença seja inferior a cinco anos. Casos outros de ingresso no sistema penitenciário, diversos da reincidência (legal) não foram levantados nessa pesquisa, como a prisão provisória e condenação após o período de cinco anos do cumprimento da pena (que não configura reincidência).

Em nossa pesquisa junto ao PAILI, foram levantados dados de reiteração de conduta delitiva e não de reincidência legal, visto que a sentença que impõe medida de segurança não é condenatória e sim absolutória imprópria. Assim, não seria possível coletar dados de reincidência legal em medida de segurança. De qualquer forma, a comparação permite analisar a eficácia da medida de segurança inserida dentro do modelo do PAILI com a reincidência legal, em relação ao apenado.

De acordo com os resultados obtidos, a reiteração de conduta delitiva junto ao PAILI é de aproximadamente 10% enquanto que a reincidência legal é de 24,4% junto à pesquisa do IPEA. Não houve, no período levantado da pesquisa junto ao PAILI, casos de imposição de nova medida de segurança, durante o cumprimento da anterior.

Importante destacar que, normalmente, os levantamentos envolvendo uma compreensão mais ampla de reincidência, como a reiteração de conduta

57. BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. IPEA. Reincidência Criminal no Brasil. Rio de Janeiro, 2015.

delitiva ou reingresso ao sistema penitenciário, revelam dados mais expressivos do que os resultantes apenas do levantamento envolvendo a reincidência legal.

4.6. Comparação dos dados do PAILI com dados do Relatório Brasil 2015

O Conselho Federal de Psicologia, no ano de 2015, realizou uma inspeção em Hospitais de Custódia e de Tratamento Psiquiátrico, manicômios judiciários, alas psiquiátricas e similares, em 17 estados do país e no Distrito Federal, buscando avaliar as condições que se encontravam as pessoas internadas, sujeitas à medida de segurança, avaliar as condições físicas, materiais e de recursos humanos, bem como a incorporação na prática jurídico-psiquiátrica, dos princípios regentes da reforma psiquiátrica.

Mesmo compreendendo um objeto mais amplo do que a pesquisa realizada junto ao PAILI, os dados verificados pelo Relatório de Inspeção aos manicômios poderão ser comparados, visto que trazem informações sobre o sexo da pessoa sujeita ao controle judicial nos estabelecimentos inspecionados, quanto à realização e desenvolvimento de projeto terapêutico individual, bem como o atendimento aos princípios da reforma psiquiátrica, na opinião dos psicólogos que atendem nesses estabelecimentos.

O Relatório Brasil 2015[58], como também é denominado, encontrou 2.864 pessoas internadas em estabelecimentos com características asilares, sujeitas a controle judicial. Desse total, 2.303 pessoas eram do sexo masculino e 142 do sexo feminino. Importante destacar, contudo, que o Relatório Brasil 2015 constatou que parte das pessoas internadas ainda não haviam sido julgadas e, portanto, não estavam sujeitas à medida de segurança, mas estavam internadas compulsoriamente, por determinação judicial, aguardando a conclusão de laudo de exame de insanidade mental para um pronunciamento judicial final.

Esses dados não são comparáveis, visto que o Relatório Brasil 2015 compreende pessoas sujeitas a um controle judicial penal mais amplo (medidas de segurança e internações compulsórias) do que o das pessoas integrantes do programa PAILI. Contudo, em ambas as pesquisas, percebemos uma indiscutível maioria de pessoas do sexo masculino sujeitas ao controle penal, o que também foi constatado nas outras pesquisas comparativas utilizadas na presente dissertação.

58. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Inspeção aos manicômios*. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015.

O cenário nacional percebido pelo Relatório Brasil 2015 diverge do verificado na pesquisa junto ao PAILI, quanto à realização de projeto terapêutico individual, uma das premissas da reforma psiquiátrica constante da Lei 10.216/01. Pela pesquisa nacional, 70% dos estabelecimentos inspecionados não realizam um projeto terapêutico individual contra 18% que realizam[59]. Na pesquisa realizada junto ao PAILI, apenas 28,58% das pessoas sujeitas à medida de segurança não possuíam um projeto individualizado, mas não por prática do programa, mas por uma situação impeditiva de sua elaboração – pessoa presa aguardando julgamento por outro fato tipificado como crime; pessoa foragida; não adesão ao programa terapêutico.

Quanto ao desenvolvimento de programa terapêutico individual pelos estabelecimentos inspecionados pelo Relatório Brasil 2015, verificou-se que 30% eram desenvolvidos, contra 41% de projetos individuais não desenvolvidos[60]. Esse dado é comparável aos dados de adesão ao PAILI – desenvolvimento do projeto individual elaborado –, onde 64,3% aderiram ao projeto contra 35,7% de não adesão[61].

A inspeção realizada pelo Conselho de Psicologia ouviu os psicólogos ligados aos estabelecimentos inspecionados quanto ao atendimento aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Segundo a opinião colhida, 53% dos profissionais relataram que o estabelecimento a que está vinculado não atende aos princípios da reforma psiquiátrica contra 18% que relatam o atendimento[62]. Tal constatação revela o quão distante, no cenário nacional, ainda estamos da implantação dos princípios regentes do estatuto de direitos e garantias das pessoas com transtorno mental no Brasil.

O Relatório Brasil 2015 constata a preferência pela internação como modalidade de tratamento terapêutico, nas instituições inspecionadas, bem como o desrespeito aos direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental em

59. 12% dos estabelecimentos de custódia e de tratamento não responderam a esse quesito da pesquisa do Relatório Brasil 2015.

60. 29% dos estabelecimentos de custódia e de tratamento não responderam a esse quesito da pesquisa do Relatório Brasil 2015.

61. A não adesão é motivada pelo fato da pessoa sujeita à medida de segurança estar presa acusada da prática de nova conduta delitiva, por estar foragida ou por não adesão voluntária ao programa.

62. 23% dos psicólogos ligados aos estabelecimentos inspecionados não responderam a esse quesito da pesquisa, enquanto 6% dos estabelecimentos não contam com esse profissional em seu quadro.

conflito com a lei, que permanece inserida em um modelo asilar incapaz de proporcionar o cuidado e atenção devidos, bem como de promover a reinserção social do indivíduo.

5. Considerações finais

Realizadas as abordagens teóricas propostas para subsidiar a presente pesquisa e permitir a proposição de uma reflexão crítica a respeito do tema, entendemos que a medida de segurança, enquanto um instrumento de concretização de finalidades específicas do sistema penal, está inserida dentro do controle social global e sujeita à influência de sua lógica de seletividade e desigual tratamento.

De fato, o que a pesquisa nos propiciou concluir é que a população submetida à medida de segurança está sujeita às mesmas regras de criminalização secundária da pena, que adotam critérios de seletividade, proporcionando uma desigual distribuição da criminalização e de imunização. A medida de segurança possui finalidades declaradas que não são observadas na prática, seja no paradigma do Código Penal, seja no paradigma da Reforma Psiquiátrica.

A internação deveria ser utilizada como medida excepcional, de acordo com a reforma psiquiátrica, mas é utilizada como opção regular para o tratamento do indivíduo sujeito ao controle penal, o que demonstra que os princípios da criminologia positivista, de que determinados indivíduos ou grupos possuam uma periculosidade inerente, encontram-se presentes e atuantes, dificultando a superação do que convencionamos chamar de *paradigma do Código Penal*. A medida de segurança é um instrumento de controle social disfuncional, ou seja, não cumpre suas funções declaradas e acaba servindo como mecanismo de alcance de outros fins – estigmatização das pessoas com transtorno mental e sua exclusão social.

O paradigma do Código Penal não permite que a pessoa com transtorno mental receba o adequado tratamento terapêutico, e sim, tão somente uma sanção de caráter retributivo, ao determinar que a modalidade de tratamento (internação ou tratamento ambulatorial) seja definida de acordo com o regime prisional previsto para o fato tipificado como crime. Além disso, exige um tempo mínimo de cumprimento da medida, por exemplo, de internação, o que permitiria que, em alguns casos, a pessoa receba o tratamento terapêutico indevido, violando direitos fundamentais e promovendo uma indevida restrição de liberdade. O paradigma da Reforma Psiquiátrica, de outra banda, muda o foco da medida de segurança que antes estava na doença e agora, na pessoa; antes na cessação da periculosidade e agora, na reinserção social.

Contudo, ao verificarmos se a medida de segurança nesse novo paradigma consegue cumprir suas finalidades, percebemos que a resposta, em uma

perspectiva nacional, é negativa. Ainda prevalece no país a internação como opção de tratamento e não como medida de exceção, quando não houver possibilidades de tratamento extra-hospitalares. Os hospitais de custódia e de tratamento psiquiátrico continuaram a ser inaugurados mesmo após a edição da Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001, revelando uma resistência de mudança do modelo asilar para o de tratamento ambulatorial. A internação, longe de alcançar suas finalidades terapêuticas, acaba por acentuar um processo de exclusão do convívio social, sob o fundamento de tratar a doença e de cessar a periculosidade da pessoa com transtorno mental, que apenas justifica um discurso de defesa social.

Existem ilhas, como o PAILI e o PAI-PJ (apesar de conviver com três hospitais de custódia e de tratamento psiquiátrico) que procuram introduzir as práticas preconizadas pela reforma psiquiátrica. O PAILI se constitui em um programa de atenção à pessoa com transtorno mental que consegue se desenvolver incorporando os princípios e valores da reforma psiquiátrica, principalmente pela preferência pelo tratamento ambulatorial e pela utilização da internação apenas nos casos excepcionais. Como vantagem para assimilação do novo modelo, o Estado de Goiás não possui hospitais de custódia e de tratamento psiquiátrico, que poderia dificultar a implementação da reforma psiquiátrica. Houve, assim, um fechamento da porta de entrada de pessoas em estabelecimentos com características asilares, o que permitiu a interrupção do fluxo que alimentava a lógica manicomial.

No cenário nacional, como verificado no Censo Psiquiátrico 2011, a situação é de abandono e descaso, de violação de direitos e garantias fundamentais, não só pela opção pela internação (abandonada pela reforma psiquiátrica), mas pela restrição de liberdade desnecessária de inúmeras pessoas, que não deveriam mais permanecer internadas, seja por excederam o prazo de 30 anos, seja por estarem internadas por prazo superior ao máximo da pena em abstrato para o fato tipificado como crime praticado, seja por terem sido beneficiados por decisões de desinternação ou de extinção da medida de segurança.

Esse quadro ainda se repete com outra parcela de pessoas internadas que aguardam por prazo superior ao previsto em lei ou que tem agendados exames de cessação de periculosidade em prazo médio de 32 meses (enquanto a lei fala em um ano), aguardando a possibilidade de mudança de situação, conforme revelou o censo 2011. A identidade de perfil da população sujeita a medida de segurança e das pessoas presas no Brasil mostra que a resposta penal recebida pelos imputáveis e pelos inimputáveis obedece a uma lógica de seletividade e de desigual tratamento perante a lei penal, que acaba punindo pessoas com as mesmas características – jovens, solteiros, com baixa escolaridade, desempenhando

atividades que demandam pouca ou nenhuma qualificação, com situação econômica precária e que pertencem ao estrato social mais vulnerável.

A mudança de paradigma decorrente da reforma psiquiátrica necessita de uma maior abertura da sociedade para a questão da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, em uma relação de alteridade. A responsabilização da sociedade pelo *outro*, respeitando-o em sua diferença, sem a preocupação em promover apenas sua correção moral, respeitando sua subjetividade, sua individualidade, sem submetê-lo à violência do rótulo, do estigma de perigoso, permitirá trilharmos o longo caminho para a construção de maiores oportunidades sociais ao *outro*.

Assim, podemos concluir que a medida de segurança, no paradigma da reforma psiquiátrica e em âmbito nacional, não é capaz de cumprir suas finalidades declaradas de tratamento terapêutico adequado e de reintegração social da pessoa com transtorno mental, se consubstanciando em um cenário de permanente de violação de direitos fundamentais da pessoa. Mesmo as *ilhas* (PAILI e PAI-PJ), que procuraram incorporar os valores e princípios da reforma psiquiátrica (no tratamento terapêutico dispensado), não conseguiram superar definitivamente o paradigma anterior e ainda necessitam percorrer um longo caminho para a reinserção social, principalmente diante das dificuldades de se vencer o pensamento criminológico positivista junto à sociedade, que estigmatiza a pessoa com transtorno mental como um indivíduo perigoso.

6. Referências

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. *A ilusão de segurança jurídica*. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. *Sistema penal máximo x cidadania mínima*. Códigos da violência na era da globalização. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2016.

ANITUA, Gabriel Ignácio. *História dos pensamentos criminológicos*. Rio de Janeiro: Revan, 2015.

BARATTA, Alessandro. *Ressocialização ou controle social*. Uma abordagem crítica da "reintegração social" do sentenciado. Universidade de Saarland, R.F.A. Alemanha Federal. Disponível em: [www.juareztavares.com]. Acesso em: 16.10.2016.

BARROS, Denise Dias. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Periculosidade social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BARROS, Fernanda Otoni de. Alternativas ao modelo prisional e manicomial: metodologia/política/ampliação subjetividade e inclusão: a experiência do

PAI-PJ. In: OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres; MATTOS, Virgílio (Org.). *Estudos de execução criminal direito e psicologia Belo Horizonte Tribunal de Justiça de Minas Gerais 2009*. Disponível em: [http://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/713/1/ISBN_9788598923024.pdf]. Acesso em: 15.03.2016.

BASAGLIA, Franco. *A psiquiatria alternativa:* contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferências no Brasil. São Paulo: Brasil Debates, 1979 *apud* CARVALHO, Salo de. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro:* fundamentos e aplicação judicial. São Paulo: Saraiva, 2013.

BERGALLI, Roberto. A instância judicial. In: BERGALLI, Roberto; RAMÍREZ, Juan Bustos (Org.). *O pensamento criminológico II*. Estado e Controle. Rio de Janeiro: Revan, 2015.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BRANDÃO, Cláudio. A culpabilidade na dogmática penal. In: MENDES, Gilmar *et. al*. *Direito penal contemporâneo*: questões controvertidas. São Paulo: Editora Saraiva, 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário nacional – DEPEN. *Levantamento nacional de informações penitenciárias* – INFOPEN 2016. Disponível em: [www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/documentos/INFOPEN_dez14.pdf]. Acesso em: 20.01.2017.

BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. IPEA. *Reincidência criminal no Brasil*. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/150611_relatorio_reincidencia_criminal.pdf]. Acesso em: 20.06.2016.

BRUNO, Anibal. *Perigosidade criminal e medidas de segurança.* Rio de Janeiro: Editora Rio, 1977.

CARVALHO, Salo de. *Antimanual de criminologia.* 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

CIRINO DOS SANTOS, Juarez. *A criminologia radical*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Inspeção aos manicômios*. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015.

DINIZ, Débora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*. Censo 2011. Brasília: UNB, Brasília, 2013.

FELIX, R. H. *The image of the psychiatrist:* past, present and future. Amer. J. Psychiatry, 121:318-22 (out.), 1964. p. 320 *apud* SZASZ, Thomas. *Ideologia e doença mental*. Ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura:* na idade clássica. 10. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir:* nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

GIOVANELLA, Ligia; AMARANTE, Paulo. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

HASSEMER, Winfried. *Direito penal libertário*. Belo Horizonte: Del Rey, 2007.

IBRAHIM, Elza. *Manicômio judiciário:* da memória interrompida ao silêncio da loucura. Curitiba: Appris, 2014.

LÉVINAS, Emmanuel. *Humanismo do outro homem*. 2. ed. rev. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

MACHADO, Roberto *et al*. *Danação da norma*: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MATTOS, Virgílio de. *Crime e psiquiatria*. Uma saída. Preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

RAMÍREZ, Juan J. Bustos; MALARÉE, Hernán Hormazábal. *Lecciones de derecho penal*. Madrid: Trotta, 1997. v. I.

RUIZ, Castor B. Emmanuel Levinas. Alteridade & alteridades: questões da modernidade e a modernidade em questão. In: SOUZA, Ricardo Timm de *et al*. *Alteridade e* ética. Porto Alegre: Editora EdiPUCRS, 2008.

RUSCHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto. *Punição e estrutura social*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2004.

SILVA, Haroldo Caetano da. *PAILI:* programa de atenção integral ao louco infrator. 3. ed. Goiânia: MP/GO, 2013.

SILVA, Haroldo. Sobre violência, prisões e manicômios. In: SILVA, Denival Francisco da *et al*. (Org.). *Violência ...exclusão social...e mídia...* Goiânia: Kelps, 2014.

ZAFFARONI, Eugenio Raul. *Em busca das penas perdidas:* a perda da legitimidade do sistema penal. 5. ed. Rio de Janeiro: Revan, 1991.

Pesquisa do Editorial

Veja também Doutrina

- Internações psiquiátricas involuntárias e compulsórias apontamentos sobre as responsabilidades do sistema de justiça e do sistema de saúde, de Flávio Américo Frasseto e Julia Hatakeyama Joia – *RBCCrim* 109/227-256 (DTR\2014\15126).

Do silenciamento e segregação à responsabilidade: por um tratamento renovado para o psicótico em conflito com a lei

Of silencing and securing responsibility: for a renewed treatment for the psychotict in conflict with the law

Aline Reis da Silva

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional – PPGPSI, UFES (2016). Especialização em Filosofia (2003) pela Universidade Federal do Espírito Santo. Graduada em História (2001) e Psicologia (2013).
alinereis04@gmail.com

Bruno da Silva Campos

Mestre em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES . Especialista em Dependência Química pela EMESCAM. Professor do curso de Psicologia da Multivix – Serra/ES. Membro do Observatório de direitos humanos do Espírito Santo/ODHES – UFES. Psicólogo na secretaria do Estado de Justiça do Espírito Santo – SEJUS – ES.
brunocampos1@gmail.com

Raquel Fabris Moscon

Mestre em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Trabalhou como professora substituta no Departamento de Terapia Ocupacional/Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Pesquisadora integrante do observatório de direitos humanos do Espírito Santo/ODHES – UFES. Terapeuta Ocupacional e Psicóloga. Psicanalista Membro da Escola Lacaniana de Psicanálise de Vitória (ELPV).
mosconraquel@yahoo.com.br

Renata Costa-Moura

Pós-Doutorado em Teoria e Clínica Psicanalítica pela UERJ (2003-2004). Doutorado em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise pela Université de Paris 7 – Denis Diderot (1996-2001). Mestrado (1994) e graduação (1990) em Psicologia Clínica pela PUC-Rio. Professora Adjunta II do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Presidente de honra da AFBDP – Associação Franco-Brasileira de Direito e Psicanálise. Coordenadora do observatório de direitos humanos e justiça criminal do Espírito Santo/ODHES – UFES.
costamourarenata@gmail.com

Recebido em: 31.01.2018
Aprovado em: 12.03.2018
Última versão do (a) autor (a): 28.03.2018

Silva, Aline Reis da; Campos, Bruno da Silva; Moscon, Raquel Fabris; Costa-Moura, Renata. Do silenciamento e segregação à responsabilidade: por um tratamento renovado para o psicótico em conflito com a lei. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. vol. 144. ano 26. p. 251-277. São Paulo: Ed. RT, junho 2018.

Área do Direito: Penal

Resumo: Problematiza as políticas direcionadas aos psicóticos em conflito com a lei e constata a insuficiente adequação das práticas à uma política renovada, repercutindo na segregação institucional e no silenciamento subjetivo. Através da Psicanálise de Freud e Lacan, apresenta elementos que sustentam o trabalho clínico com a psicose, buscando contribuir para repensar as formas de atenção e cuidado em Saúde Mental na assistência a esses indivíduos. Nessa perspectiva, argumenta que a fala pode permitir ao sujeito responsabilizar-se subjetivamente diante das consequências do ato cometido. Como contraponto, destaca a inegável violência a que ainda estão submetidos os psicóticos em conflito com a lei, no silenciamento de cada dia, seja nos hospitais de custódia, onde cumprem a medida de segurança, seja pelo não acolhimento de seu testemunho nos dispositivos jurídicos e clínicos. Assim, o artigo alerta para o problema da foraclusão, não apenas psíquica, mas institucional e discursiva do sujeito psicótico infrator no campo da Justiça e da Saúde Mental. Embasa a problematização através de dois casos coletados durante a pesquisa acadêmica de um dos autores, enfatizando como a violência se acentua quando não há uma política de assistência própria, como é o caso do Estado do Espírito Santo.

Palavras-chave: Psicose – Inimputabilidade – Responsabilidade – Justiça – Psicanálise.

Abstract: It problematizes policies aimed at psychotics in conflict with the law and notes the insufficient adaptation of practices to a renewed policy, affecting institutional segregation and subjective silencing. Through the Psychoanalysis of Freud and Lacan, presents elements that support the clinical work with psychosis, seeking to contribute to rethink the forms of attention and care in Mental Health directed to the psychotic in conflict with the law. In this perspective, he argues that speech can allow the subject to be held subjectively accountable to the consequences of the act committed. As a counterpoint, it highlights the undeniable violence to which psychotics are subjected in conflict with the law, in the silence of each day, either in the custody hospitals, where they comply with the security measure, or by the non-acceptance of their testimony in the legal and clinical trials. Thus, the article warns of the problem of forbidding, not only psychic, but institutional and discursive psychotic subject offender in the field of Justice and Mental Health. It embodies the problematization through two cases collected during the academic research of one of the authors, emphasizing how violence is accentuated when there is no support assistance policy, as is the case of the State of Espírito Santo.

Keywords: Psychosis – Unimputability – Justice – Responsibility – Psychoanalysis.

Sumário: 1. Introdução. 2. Razões de controle sobre a loucura: análise a partir de uma perspectiva histórica na confluência da psiquiatria com a justiça. 3. Elementos da psicanálise para uma clínica de responsabilidade junto ao psicótico infrator. 4. A realidade da política para o psicótico em conflito com a Lei no Estado do Espírito Santo. 5. Considerações finais. 6. Referências bibliográficas.

1. Introdução

O questionamento acerca das políticas direcionadas para as pessoas diagnosticadas com alguma doença mental que estejam em cumprimento de medida de segurança vem, gradativamente, adquirindo espaço nas discussões que acontecem no entrecruzamento dos campos da saúde mental e da justiça.

Todavia, trata-se ainda de um tema que permanece conflituoso no jogo de responsabilidades distribuídas entre as esferas envolvidas na elaboração de estratégias para atendimento desse tipo de demanda, repercutindo em constantes embates decorrentes de interpretações nem sempre unívocas por parte destas duas instâncias. Observamos que os permanentes entraves ocorridos em meio a esse campo diverso de forças, recaem violentamente sobre a situação a que é exposto o indivíduo cumprindo medida de segurança, em decorrência de ter cometido ato considerado ilícito.

Dentre o universo de proposições e avanços decorridos no âmbito das políticas de saúde mental direcionadas à pessoa com transtorno mental, salienta-se a importância da Lei 10.216, que entre outras coisas indica a restrição de liberdade consequente de internação em hospitais psiquiátricos apenas circunscrita às ocasiões em que os recursos extra- hospitalares se mostrarem insuficientes e, ainda assim, por períodos determinados (BRASIL, 2001).

Assim, é evidente que essa lei, desde então, vem desencadeando significativos avanços no tocante aos direitos civis daqueles considerados pela medicina "doentes mentais", inclusive por serem dela decorrentes as portarias do Ministério da Saúde que criam e regulamentam serviços substitutivos, como os CAPS, que juntamente a outros dispositivos de cuidado em Saúde Mental compõem a Rede de Atenção Psicossocial, no intuito de promover uma progressiva substituição ao modelo manicomial (BRASIL, 2001).

O ponto de partida da referida legislação provém da constatação de que os antigos e usuais mecanismos de ação, habitualmente operados através das práticas de asilamento, passaram a ser considerados como respostas ineficazes perante a expectativa de tratar. Ademais, verificou-se que internação com caráter tutelar não apenas deixava a desejar em relação às intenções clínicas, como também consiste em um verdadeiro atentado à dignidade e à liberdade humana, assim como impede o exercício de cidadania desses sujeitos (RELATÓRIO, 2015).

Outrossim, essa lei promoveu uma franca reformulação no que tange ao direcionamento das políticas de saúde mental e tem como base de sustentação a ética postulada sobre a definição de sujeito biopsicossocial, como tentativa de ultrapassamento das noções psiquiatrizantes calcadas na doença e no tratamento pelo viés estrito da medicalização.

Dessa maneira, o conteúdo implicado nas (re)formulações que se estabelecem no contexto da lei, pretende fomentar práticas (a um só tempo políticas, jurídicas, clínicas e institucionais) em conformidade com o teor do pensamento sobre a qual ela repousa. Por conseguinte, sugere, no lugar do abrigamento institucional,

a comunidade como meio privilegiado para o atendimento das necessidades sociais, de saúde e outras condições requeridas pelos sujeitos, sendo os serviços e redes de suporte de base comunitária os aparatos mais adequados para contribuir com tal finalidade.

Não custa perceber como a modalidade asilar é basicamente amparada em um pensamento inverso do posicionamento que prioriza a existência do sujeito no seio da sociedade, visto que, no primeiro caso, o que impera é um corte radical do indivíduo com os seus laços, rompendo definitivamente com seus enraizamentos até chegar, como em muitos casos, a uma situação de grave abandono e desligamento da vida.

Contudo, cabe notar que apesar dos efeitos notáveis desdobrados a partir da vigência desse marco legal oriundo das lutas instauradas em prol da reforma psiquiátrica, percebe-se que, passados quase 17 anos após a publicação da referida legislação, sua eficácia ainda é em parte incipiente no que concerne às práticas dirigidas para esses sujeitos que, além do sofrimento psíquico, apresentam-se em conflito com a lei e, por essa razão, passaram a ser englobados também nos domínios das intervenções jurídicas, no caso em questão, sendo passíveis da consequência penal denominada medida de segurança (RELATÓRIO, 2015, p. 160).

Nesses casos, em particular, o mecanismo da internação asilar até o momento persiste como a estratégia mais corriqueira, conforme atesta o relatório produzido pelo Conselho Federal de Psicologia após inspeção nos estabelecimentos do tipo hospitais de custódia nos diferentes estados do país que confirma não só essa informação, mas também denuncia a ineficiência desse dispositivo como método de tratamento, pelas mais variadas razões, seja pela estrutura física, seja pela lógica que as sustenta (RELATÓRIO, 2015, p. 148).

Contudo, ainda que seja francamente conflitante com o teor dessa legislação postulada no contexto da saúde mental, conforme os aspectos que acima mencionamos, a utilização da aplicação da medida de segurança mediante internação em hospital de custódia como forma de tratamento por tempo indeterminado, encontra legitimidade em certas partes da argumentação jurídica.

Dando aporte a essa decisão, o artigo 96 do Código Penal estabelece as condições para o encaminhamento das medidas de segurança, contemplando dentre essas a opção do internamento. Segue a norma:

Art. 96. "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" (Cf. Código Penal Brasileiro).

Essa normativa, como vemos, define o tratamento obrigatório, em hospital de custódia ou instituição similar, como instituições propícias para viabilizar

o propósito de reabilitação. A partir disso, é possível deduzir que ela mantém acesa a correlação entre internação e tratamento, ao considerar a institucionalização como meio passível de empreender um trabalho terapêutico, permitindo-nos, desde já, entrever o início das contradições com os planos de uma política de saúde mental reformada. Fica patente o completo descompasso em que se encontra em relação às novas formas de tratamento e responsabilização da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, amparadas nos pressupostos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, além de outras legislações atinentes ao campo. De igual modo, a defasagem em relação aos novos modelos assistenciais inovadores e já comprovadamente exitosos, como os programas PAI-PJ, ligado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais e PAILI, vinculado à Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (RELATÓRIO, 2015, p. 14).

Com efeito, se do ponto de vista da saúde mental a Lei 10.216 define que a pessoa diagnosticada, a partir do DSM com "transtorno psiquiátrico" tem direito de ser tratada na comunidade e que, aliás, essa forma é a que mais pode favorecer sua reabilitação, temos, por outro lado, a categoria jurídica da medida de segurança, que em vários de seus aspectos parece não fazer eco com o conteúdo e premissas presentes nos ideais da reforma psiquiátrica e com os novos padrões de tratamento pressupostos nos programas de Minas e Goiás, ao menos na forma como vem sendo aplicada na maior parte do território nacional.

Assim, a utilização do recurso asilar como via prioritária acaba concebendo como exceções ao direito de liberdade os casos em que há, concomitante à presença de uma doença mental, uma dimensão penal, visto que são indivíduos que cometeram ato contra a lei e que, por isso, são compreendidos como casos à parte ao livre direito de acesso à cidadania.

Segundo esse entendimento, passam a receber um tratamento "especial" que ao mesmo tempo os diferencia do "doente mental" e também do "transgressor". Observa-se que tal manejo se dá por meio de instituições e respostas jurídicas supostamente apropriadas para abranger a peculiaridade desses indivíduos, considerados a partir de uma dupla inscrição, qual seja: doentes mentais e, a um só tempo, criminosos. Ou seja, congregando, a um só tempo, dois dos piores insuportáveis para a sociedade, a loucura e o crime e, junto a isso, sendo designados à vida nos hospitais de custódia que, por sua vez, são lócus do pior do pior, por recolherem simultaneamente o pior do estigma com o pior da segregação.[1]

1. A expressão pior do pior faz menção à campanha lançada no ano de 1999 pelo Conselho Federal de Psicologia com a finalidade de denunciar as péssimas condições dos manicômios judiciários brasileiros.

Dessa maneira, a situação da pessoa com transtorno mental autora de delito agrega uma série de complexos problemas, começando pela estigmatização e terminando pelo tratamento penal que recebem, sem deixar de levar em conta a influência do elemento periculosidade que incide sobre a imagem desses sujeitos e agrava ainda mais as conduções que lhe serão ministradas, já que essa atribuição produz também consequências jurídicas e clínicas, inclusive no tocante ao rigor do tratamento e da penalização, que por consequência disso não tem prazo definido para encerrar (LEMOS, 2016; RELATÓRIO, 2015, MATTOS, 2006).

Em paralelo, em decorrência dessa conjunção de fatores (o diagnóstico psiquiátrico somado ao crime cometido), esses sujeitos ficam situados no umbral entre a saúde e a justiça, não sendo reconhecidos como portadores dos mesmos direitos garantidos por lei à pessoa considerada doente mental que não tenha cometido um ato contra a lei, tampouco são considerados, do ponto de vista jurídico, como criminosos que não apresentam uma condição psicótica.

Assim, considerando as peculiaridades concernentes aos elementos jurídicos da questão, observa-se o seguinte: quando uma pessoa diagnosticada com "transtorno" mental pratica um ato criminoso, diferentemente de um outro indivíduo, não recai sobre ela uma penalidade propriamente dita, mas sim uma sanção específica, a medida de segurança. Essa forma de aplicação da lei restringe-se, portanto, às ocasiões daqueles sujeitos que cometem atos previstos como crime sob a influência de um quadro clínico específico apresentado na denominação do "transtorno mental", isto é, nos eventos em que a pessoa, no instante em que se efetivou a conduta, não é capaz de consciência e discernimento do caráter ilícito de sua ação.

Eis o artigo que apresenta essa orientação:

> 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. (*Redação dada pela Lei n. 7.209, de 11.7.1984*)

Assim, a medida de segurança surge como um direcionamento jurídico exclusivo a esses casos onde se verifica a presença do diagnóstico de "transtorno mental", que, justamente por ser expressão de uma condição de sofrimento psíquico, exige uma resposta singular. Tendo em consideração a peculiar condição psiquiátrica da pessoa que veio a cometer o ato contra a lei, essa medida visa estabelecer, no lugar de uma penalidade de fato, a necessidade de

um tratamento tendo como horizonte o "transtorno mental", já que se subentende que foi a doença que precipitou a passagem ao ato criminoso e, assim, a pessoa não pode ser condenada, devendo ser "curada" do "transtorno" que lhe acomete.

No entanto, embora pressuponha a necessidade de um tratamento orientado para a condição psíquica da pessoa que cometeu o ato, a própria legislação que baliza a decisão sobre as medidas de segurança concebe como possível mais de uma alternativa para a forma que se efetuará o cumprimento da sanção, autorizando sua aplicação, seja por intermédio de dispositivo ambulatorial ou então regulamenta o cumprimento de medida de segurança em sistema fechado, a saber: mediante internação nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (CARNEIRO, 2001, p. 23).

Porém, o que nos chama a atenção nesses casos é perceber a forte predominância da estratégia das medidas de segurança cumpridas segundo o modelo de internação nos hospitais de custódia, em detrimento do tratamento efetuado em rede de atenção psicossocial. Cabe lembrar que à luz do conteúdo vigente na Lei 10.216, a ideia de tratamento torna-se sinônimo de cidadania sendo desse modo referida ao acompanhamento realizado nos dispositivos da rede de atenção psicossocial. A complementaridade dessa orientação constante na política de saúde mental quando ajuntada à indicação do tratamento ambulatorial no Código Penal, são instrumentos que norteiam a interpretação de certos autores e também do MPF, ao entenderem sobre a inviabilidade do cumprimento do propósito de tratamento em espaços asilares, como é o caso dos hospitais de custódia, visto atentarem-se para a contradição existente entre esse formato manicomial com os preceitos balizadores da atual política de saúde mental. Todavia, vale comentar que essa fundamentação que associa tratamento ambulatorial com serviços da rede de atenção psicossocial é utilizada por alguns autores que recorrem à Lei 10.2016 para constituir esse entendimento, mas cumpre ressaltar que o Código Penal, por si só, e apesar de indicar o tratamento ambulatorial como uma das modalidades admissíveis para o cumprimento da medida, não explicita em que consiste tal tratamento e onde deve ser feito, daí a persistência das numerosas decisões que encaminham ao internamento.

Tendo isso em vista, nota-se que, à revelia das disposições que orientam a política de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, previstas na referida Lei 10.216, a grande maioria dos casos é reportada ao sistema de internação, nesse caso, nos estabelecimentos próprios designados como Hospitais de Custódia e de Tratamento Psiquiátrico perpetuando um modelo segregatório que funciona à contrapelo das orientações vigentes no âmbito da reforma psiquiátrica.

Desse modo, seguramente o que prevalece como motor desse direcionamento que obriga a pessoa com transtorno ao sistema asilar, emerge de um pensamento de exclusão historicamente construído em torno da loucura, representações em torno das quais se consolidaram as instituições totais, como é o caso do manicômio. Só que no caso dos pacientes sob medida de segurança ainda há o agravante proveniente do fato de serem sujeitos que são considerados, além de psicóticos, criminosos. Tal motivo leva essas pessoas a estarem numa condição jurídica e institucional ainda mais complexa e atada, visto que juridicamente a medida de segurança não define tempo determinado para acabar e, do ponto de vista institucional, pelo fato dos hospitais de custódia serem arquitetados mediante a sombra da periculosidade, dado que a "internação é nitidamente uma restrição de liberdade, portanto, aflitiva, altamente coercitiva" (LEMOS, 2016, p. 8).

Desse modo, embora o artigo 26 do Código Penal estabeleça que é isento de pena o indivíduo que por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era capaz de discernir e determinar-se de acordo com o entendimento do caráter ilícito instante da ação praticada, portanto, não pode ser a esse atribuída a culpabilidade pelo ato cometido, sendo assim juridicamente classificado como inimputável, a realidade que extrapola as definições normativas revela que o psicótico em conflito com a lei não tem sido absolvido de uma penalização, dado que as internações em hospitais de custódia têm sido ainda uma constante quase invariável e que, além disso, perdura sobre a imagem do doente mental autor de delito, o estatuto da periculosidade que acompanha e se entrelaça à sua condição de doente (DINIZ, 2011; RELATÓRIO, 2015).

Tal associação, por seu turno, sanciona arbitrariedades da ordem de medidas de segurança que perduram por exaustivos anos, às vezes perpétuas, posto que, não raramente, são prolongadas por anos e mais anos, uma vez que se propagam através de tutelas institucionais e aplicação de sanção jurídica que se executam sobre sujeitos, e não obedecem qualquer critério de proporcionalidade com a gravidade dos atos praticados, como no caso dos detentos "comuns".

Como bem lembrado por Lemos (2016), a restrição de liberdade por períodos indeterminados, pautada na ideia de periculosidade, recai exclusivamente sobre a condição da pessoa com transtorno mental, visto que "o criminoso comum não tem seu tempo de pena fixada sobre o risco que a pessoa representa à sociedade, também não pode ser recolhido caso supostamente permaneça sendo um 'perigo'. (...) a vinculação rígida entre gravidade do crime e o tipo de tratamento necessário é nitidamente falsa." (LEMOS, 2016, p. 5).

A medida de segurança, trata-se de uma sanção jurídica que se mantém ativa até que se julgue cessada a periculosidade. Com isso, cabe interrogar: com base em quais parâmetros é justo considerar alguém", isento da possibilidade de vir a cometer atos contra a lei, sendo assim autorizado ao convívio em sociedade? E mais: essa pretensa virtualidade perigosa seria atributo exclusivo daqueles considerados doentes mentais ou faz parte do inefável implicado na própria condição humana?

Se partirmos da hipótese de que a possibilidade de vir a cometer um ato ilícito não está correlacionada a uma característica intrínseca da loucura, há que se constatar que se o psicótico é mantido sob custódia em função dessa presunção de periculosidade, o direito tem descumprido seu papel de fazer uma justiça equânime, já que essa determinação somente vale para esses indivíduos, uma vez que no caso de outros tipos de "criminosos" a manutenção da privação de liberdade nas unidades prisionais não se justifica mediante a alegação de uma virtual periculosidade.

Além disso, se não é legítimo o prolongamento da privação de liberdade em instituição de custódia para além do tempo correspondente ao ilícito praticado (conforme exemplificado na comparação com os presos comuns), salvo nas situações onde há medida de segurança, deduz-se que também por esse motivo há um franqueamento de uma situação de flagrante exceção do Estado de Direito quando o assunto são os psicóticos em conflito com a lei, já que a própria jurisdição parece não seguir um critério igualitário na medida em que aqui, nessas situações, permite a um desligamento da vinculação entre o ato e a duração do tempo de reclusão. Acontecendo dessa maneira apenas em relação a esses casos, deixa-nos a refletir que tal aprisionamento visa razões que transcendem a uma necessidade de a justiça dar uma resposta ao crime, provavelmente visando a razões outras, relacionadas ao controle da loucura e das virtualidades atribuídas a esses sujeitos.

Nas palavras do professor e criminólogo Clécio Lémos, (2016), expõe-se a problematização:

Aliás, politicamente falando, o descaso com as hospitalizações perpétuas somente pode ser explicado por uma conjugação odiosa entre o moralismo da figura do "criminoso" e o tradicional preconceito em torno da alienação mental. São duas etiquetas pejorativas, tudo caminha para um descaso com relação à cruel realidade das hospitalizações forçadas (LEMOS, 2016, p. 11).

Na pista indicada por Lemos (2016), em análise sintonizada com o pensamento foucaultiano acerca da coerção social sobre a loucura, o que se colocaria em cena são escusos interesses de controle, em seus diferentes e renovados métodos que colocam em exercício as formas e políticas de poder.

2. Razões de controle sobre a loucura: análise a partir de uma perspectiva histórica na confluência da psiquiatria com a justiça

Disso[2] surge uma série de problemas relativos aos aspectos de violência voltados a essa população. Primeiramente, porque os manicômios judiciários, como se observa, tanto no que diz respeito à sua estrutura quanto em seus mecanismos de funcionamento cotidiano, em quase nada se diferenciam das características de um dispositivo prisional como outros (RELATÓRIO, 2015).

Tratam-se, em suma, de instituições de caráter totalizante, onde os pacientes lá internados permanecem em constante isolamento do mundo exterior, submetidos a um sistema de lógica disciplinar, sob os auspícios de uma vigilância permanente de seus comportamentos mediante a observação de guardas e, além destes, de equipe médico-assistencial.

Assim, os hospitais de custódia, como argumentou Sérgio Carrara (1998), afiguram-se como uma instituição mista, ambígua e contraditória, justamente por comportar um caráter duplo, que aparenta prestar um suposto tratamento, mas que é também aliado a uma visível estrutura de lógica punitiva e controle disciplinar.

A rigor, baseando-se nas análises de Michel Foucault, especialmente no desenvolvimento que empreende no livro Vigiar e Punir (2008), podemos perceber claramente como essas duas áreas (tratamento x punição), que confluem nos manicômios judiciários pela articulação entre saber jurídico e psiquiátrico, por mais que pareçam à primeira vista afigurar-se como essencialmente excludentes, podem perfeitamente encontrar uma certa convergência.

Tanto em Vigiar e Punir (2008) quanto no texto "Segurança, território e população (1999)", Foucault consegue demonstrar de forma excepcional como os modelos de punição, a partir de meados do século XVIII, vão sendo sofisticados e camuflados, assumindo uma característica especial, qual seja, a de fazer exercer a punição utilizando-se para tanto, não só do mecanismo da

2. Um estudo mais aprofundado sobre a influência histórica da aliança entre psiquiatria e justiça em relação ao psicótico em conflito com a lei, bem como uma análise mais detalhada acerca dos efeitos de foraclusão clínica e institucional que incidem sobre esses indivíduos submetidos à medida de segurança, foram explorados na dissertação de mestrado de Raquel Fabris Moscon, realizada no Programa de Psicologia Institucional/UFES, sob orientação da professora Renata Costa-Moura. Da referida pesquisa originou-se o livro *Manicômios Judiciários na biopolítica contemporânea:* ética, testemunho e psicanálise, que atualmente encontra-se no prelo na editora da UFES (Edufes).

exclusão e da tortura, mas atuando com vistas ao controle através do auxílio dos discursos das ciências psicológicas e médicas, a fim de não apenas punir, mas desempenhar a regeneração do indivíduo criminoso.

Tais análises vão em direção às reflexões do autor presentes no texto "A noção de indivíduo perigoso (2006)", momento em que resgata a situação específica da loucura, trazendo à tona a resposta conferida aos casos que associavam crime e loucura, no intuito de demonstrar como nessas situações, encontrou-se terreno e oportunidade para que tais saberes, quando aliados, pudessem se articular e se exercer conjuntamente enquanto práticas interligadas, visando o controle dos comportamentos ou mais, controle da própria personalidade dos sujeitos, não a nível estrito de seus atos, mas sim daquilo que eles são, agindo na raiz de sua personalidade para curá-la de um suposto mal radical.

É aí, nos meandros dessa articulação entre o campo normativo (jurídico/penal) com o campo psiquiátrico, que começa a despontar uma nova categoria de indivíduos, inscritos como portadores de uma natureza essencialmente criminosa, e por essa razão, perigosa, bem como daí surge um novo tipo de intervenção de controle, ancorado em novas arquiteturas institucionais. Nesse contexto, os psicóticos serão as figuras privilegiadas para que tal atitude de controle de riscos supostos à personalidade perigosa possa desenvolver-se deliberadamente.

À medida que o saber psiquiátrico ingressa como campo de atuação privilegiada nos domínios normativo/jurídicos passa a também adquirir preponderância do saber em torno daqueles indivíduos. Para tanto, a fim de demarcar sobre quais tipos encontram-se sob seu alcance, estabelece uma nova classe de sujeitos – aqueles reconhecidos como perigosos, conjunto no qual a psicose será resgatada como objeto privilegiado de intervenção (FOUCAULT, 2006).

No curso intitulado *Os anormais* (2010), Foucault argumenta que essa remodelação acarreta que os indivíduos passarão a ser alvo das práticas psiquiátricas, apresentando-se daí por diante frente a um novo tribunal, dessa vez composto de peritos e psiquiatras, e não mais de juízes. Esses serão responsáveis por examiná-los até os confins de sua personalidade, visando identificar os elementos que sustentam um caráter desviante, fundamentalmente considerados os germes causadores do seu potencial para a criminalidade.

É segundo tal contexto discursivo a um só tempo disciplinar/psiquiátrico que se enquadram os casos de sujeitos psicóticos que cometeram crimes. Esses, quando cometem o ato criminoso, passam a ser, além de institucionalizados, também compreendidos pelo prisma de uma psiquiatria que os apreende na condição de indivíduos essencialmente, naturalmente, perigosos.

Assim, a nomenclatura da monomania, entabulada no seio do saber psiquiátrico para definir casos da presença de um suposto potencial atávico, violento e disruptivo, continua a vigorar e acompanhar os saberes atribuídos à condição psicótica, tornando, desse modo, indiscernível a doença mental e o potencial para criminalidade, disseminando a ideia de que são equivalentes ou de que a violência é condição imanente à psicose.

O que podemos entrever, no seio destas noções advindas de um campo de saber psiquiátrico, é a constituição de práticas que, reconhecidas sob a égide do saber sobre a personalidade do indivíduo, consistem, em síntese, em práticas de contenção da mencionada e suposta virtualidade violenta. A ação reportada ao psicótico que cometeu crime não deixa de estar, por conseguinte, sob influência de ideais da normatividade, tornando-se essencialmente atrelada aos princípios da defesa social, vetor privilegiado das práticas políticas marcantes desde a metade do século XVIII.

Os ideais da defesa social, fundamentados na busca pelo controle das populações e tendo em seu horizonte a eliminação de qualquer fator gerador de probabilidades de risco, recairão também sobre os sujeitos psicóticos, uma vez que eles passaram a ser considerados intrinsecamente violentos, portanto, devendo ser disciplinados. No entanto, o que se altera é que para que tal controle possa exercer-se de forma sutil e socialmente validada, será aplicado com o aval de saberes ditos científicos, com a apropriação de práticas pautadas no controle dos comportamentos individuais.

Diante desse cenário, restará ao psicótico que cometeu crime o constante silêncio e a apreensão de seus comportamentos pelos saberes que lhe são alheios, ou seja, pela captura de sua personalidade pelas técnicas capazes de normatizar sua conduta e sua personalidade considerada desviante (CAPONI, 2009).

Diante de uma ciência com tal comprometimento com os valores morais da sociedade, constituída como campo de suposto saber sobre as condições da personalidade, restará o absoluto submetimento do psicótico. A partir daí, constata-se a influência do controle operado não exatamente pelo viés da punição física ou práticas de exclusão típica, mas sim por meio da objetificação constante, que se efetiva por vias indiretas e artificiais, muitas vezes através da medicalização do sofrimento psíquico, concretizada através da extinção das condutas interpretadas como indesejadas do ponto de vista da normalidade.

Ademais, tais composições discursivas também serão cruciais para determinar específicas práticas institucionais, sustentadas nos pilares da defesa social e, diga-se de passagem, práticas que se tornam legitimadas no contexto das sociedades e contam com o apoio da população, uma vez que ancoradas

nas justificativas acerca das noções da doença como potencial germinador do risco social (FOUCAULT, 1999).

Tal construção acarretará, para o psicótico, a institucionalização nos hospitais de custódia por tempo indeterminado, uma vez que a medida de segurança, diferente da pena, não mantém a proporcionalidade com o ato praticado. Assim, fica evidente como, havendo cometido um crime e sendo considerado louco, o sujeito perde imediatamente sua voz. São os outros, médicos, peritos, juízes, que lhe roubarão o poder de fala, ao manter a preocupação unicamente centrada na adaptação dos comportamentos e na cura de sua personalidade, que julgam como o reservatório de uma violência iminente.

O silenciamento sepulcral atrelado à condição daquele que é submetido às condições da inimputabilidade foi algo denunciado por Althusser, ao declarar:

> É provável que se julgue chocante que eu não me resigne ao silêncio depois do ato que cometi, e também a impronúncia que o sancionou e da qual, segundo a expressão espontânea, eu me beneficiei. Mas, não tivesse eu esse benefício, e deveria ter sido julgado. E se tivesse de ser julgado, teria de responder. (...) Tudo que peço é que isso me seja concedido, que me concedam agora o que então poderia ter sido uma obrigação (ALTHUSSER, 2000, p. 15).

Sendo levado à institucionalização por tempo indefinido e encontrando nesses espaços apenas intervenções arraigadas na estratégia disciplinar, o psicótico a nenhum tempo encontra os meios adequados para a elaboração de sua experiência subjetiva, não conseguindo, portanto, o acesso a um trabalho clínico desenvolvido em torno de seu sofrimento psíquico. Nesse sentido, a experiência subjetiva é riscada do mapa, bastando o silêncio, a dessubjetivação que gradualmente ocorre, seja por intermédio das práticas de medicalização, seja por consequência do progressivo apagamento das referências simbólicas que decorrem como efeitos associados à institucionalização.

Todo esse arranjo simbólico que argumenta a doença mental como matéria-prima onde reside uma violência bruta pronta a desencadear-se, repercute na construção de um discurso perverso que sustenta a necessidade de manutenção do sujeito inscrito no campo da psicose em um dispositivo institucional de isolamento, apartado do convívio coletivo, onde se morre a cada dia, sem que qualquer trabalho tenha sido desenvolvido no sentido de um tratamento voltado para a subjetivação de uma experiência singular.

É imprescindível que tais práticas sejam revistas, de modo que um debate fecundo possa trazer à tona outras questões, como, a da responsabilidade. Para isso, é preciso escutar o que o sujeito tem a dizer sobre si, sobre seus atos.

3. ELEMENTOS DA PSICANÁLISE PARA UMA CLÍNICA DE RESPONSABILIDADE JUNTO AO PSICÓTICO INFRATOR

A temática da agressividade e dos crimes foi discutida por Freud em diversos textos, alguns deles de grande importância para a teoria psicanalítica. Em *Totem e Tabu* (1913), encontramos um estudo acerca da fundação da civilização: a horda primeva assassina o pai, resultando desse crime o compromisso que deu origem ao que poderíamos chamar de um Código primeiro – um conjunto rigoroso de regras a serem observadas pelos membros de um grupo – o tabu.

Além desse, podemos ler em *Criminosos em consequência de um sentimento de culpa* (1916) uma discussão em torno de um elemento até então ausente nas teorias sobre o crime: a culpa enquanto elemento decisivo que antecede o ato criminoso. Freud sustenta a tese de que anterior ao ato criminoso há um sentimento de culpa, inconsciente, que se remete ao desejo de matar o pai para possuir a mãe. Assim, assevera Freud (1916/ 1996) que:

> (...) esse obscuro sentimento de culpa provinha do complexo de Édipo e constituía uma reação às duas grandes intenções criminosas de matar o pai e de ter relações sexuais com a mãe. Em comparação com esses dois, os crimes perpetrados com o propósito de fixar o sentimento de culpa em alguma coisa vinham como um alívio para os sofredores (p. 152).

Mais tarde, Lacan retoma esse texto de Freud para apontar uma direção possível às intervenções da psicanálise no campo da Justiça. Ao escrever *Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia* (1950), ele afirma o caráter sociológico do crime, que só pode existir na relação com a lei. Relação essa que tem expressão no castigo, mas para que este seja sentido enquanto tal, precisa nos termos de Lacan, de um "assentimento subjetivo" (1950/1998, p. 128), sem o qual a penalização se torna meramente utilitária, sem vínculo com a responsabilidade.

Entendemos esse assentimento como ato psíquico no qual o sujeito percebe-se implicado em seus atos, respondendo por eles diante do Outro. É o que se pode depreender da seguinte assertiva, na qual vemos que ainda que "(...) a sanção prevista por um código penal comporte um processo que exija aparelhos sociais muito diferenciados esse assentimento subjetivo é necessário à própria significação da punição" (LACAN, 1950/1998, p. 128).

Assim, essa questão do assentimento subjetivo mostra-se como um elemento de valor clínico indispensável para a elaboração da experiência subjetiva

relacionada ao crime. É diante desse chamado a responder por seu ato que o sujeito pode encontrar as vias para a significação de sua conduta.

O que a psicanálise depreende em relação aos crimes é que a sua motivação, o impulso à ação transgressiva é decorrente de um desejo inconsciente. Isso implica que a causalidade do ato é simbólica, mas o que dirige a ação do sujeito em direção a uma conduta específica é, via de regra, inacessível a este, do ponto de vista de seu saber consciente.

No entanto, o fundamento inconsciente do ato não exime seu autor de uma responsabilidade por suas ações. Ao contrário, mesmo se tratando de uma estrutura psicótica, a responsabilidade subjetiva é indispensável para que o sujeito possa reconhecer-se como presente em seu ato, isto é, que ele possa dizer EU justo aí, onde em seu ato, foi impelido a agir a partir de uma força que lhe parece alheia. É no sentido de uma apropriação da experiência que a psicanálise propõe uma abordagem clínica para o psicótico criminoso, a contrapelo do silêncio que impera nas práticas que regem a inimputabilidade e a institucionalização desses indivíduos.

Esse recurso à simbolização, de certa forma, é o meio que pode, contingencialmente, permitir um estancamento do sofrimento psíquico e, por consequência, fornecer alguma possibilidade de organização psíquica para o sujeito. Ademais, embora esse não seja um objetivo *a priori*, a simbolização advém da elaboração da experiência inconsciente, igualmente favorece que o ato não permaneça numa contínua repetição.

Lacan, no *Seminário 3:* As psicoses, parte da premissa que o conteúdo não simbolizado tende a retornar enquanto sintoma pelo viés do retorno do recalcado. Já em relação à psicose, entende-se que aquilo que não foi assimilado simbolicamente retorna no Real, sendo a passagem ao ato uma das vias de fazer comparecer, no real, o que necessita ser tratado simbolicamente.

Por conferir uma abordagem da psicose orientada por um entendimento que difere e transcende a perspectiva psiquiátrica-centrada na enumeração de sintomas classificáveis numa tipologia genérica e situável em manuais de doenças é que a Psicanálise bem pode acrescentar às práticas relativas ao psicótico em conflito com a lei, no quesito do tratamento a ser dispensado em relação a estes sujeitos, dado que entende a psicose como uma resposta subjetiva frente ao real, distando-se das conceituações que definem o estatuto da psicose como patologia, portanto, contrário de um suposto ideal de normalidade que a psicanálise, por seu turno, desconsidera, haja vista que a condição do homem, como já afirmara Sigmund Freud, é o mal estar tributário da condição do sujeito na civilização.

Tanto Sigmund Freud quanto Jacques Lacan ocuparam-se de pensar a respeito dessa clínica emblemática da psicose, buscando depreender dessa manifestação um dinamismo psíquico peculiar, concebível em termos de uma estruturação específica e diversa da neurose. Embora Freud tenha encontrado dificuldades para elucidar a complexidade presente nos fenômenos da psicose, trouxe contribuições esclarecedoras sobre seus mecanismos particulares, principalmente quando escreve seu artigo *A perda de realidade na neurose e na psicose* (1924/1996), para indicar que a psicose é uma estrutura clínica que difere da neurose, sobretudo porque o conflito com o qual o sujeito está às voltas instala-se em instâncias diversas. Se na neurose, tal conflito situa-se entre o eu e o isso, na psicose ele está entre o eu e o mundo externo. É o que confere à psicose essa dimensão que Freud chamou de "perda de realidade", acarretando consequências para o sujeito quando inscrito em um ou outro campo.

A esse respeito, autores como Santos e Oliveira (2012, p. 77) afirmam que:

> Freud assinala que em ambos os casos há uma perda na relação do eu sujeito com a realidade; porém o autor ressalta que os mecanismos e as consequências desse afastamento da realidade são totalmente díspares. Na neurose, o eu, através do recalque, suprime a pulsão oriunda do isso. Assim, o neurótico se distancia de um fragmento da realidade (...). Na contrapartida do neurótico, que restringe apenas uma parcela da realidade, na psicose ocorre a rejeição radical desta que caracteriza sua estruturação patológica. Por conta da fuga do eu na relação com o mundo externo, há a predominância do isso ou, em outras palavras, do inconsciente, em suas manifestações.

Portanto, Freud indica que o recalque que opera na neurose não se faz presente na psicose. Lacan, por sua vez, estabelece um mecanismo próprio à psicose – a foraclusão ou forclusão, termo extraído da nomenclatura jurídica e que designa a prescrição de um processo, em que, tendo vencido o seu prazo não é possível sequer a tentativa de um recurso. O emprego desse termo no campo da psicose indica que "a possibilidade da simbolização da castração prescreveu" (SANTOS; OLIVEIRA, 2012, p. 78).

É no sentido dessa simbolização que encontra-se ausente para o psicótico que entende-se que a palavra faz-se um recurso construtivo auxiliar ao tratamento, inclusive porque o crime, como expressão de uma angústia extrema e que não encontra escoamento simbólico só podendo escoar pelas vias da ação, é por si mesmo uma manifestação do isso, isto é, uma explosão do traumático que reside no inconsciente incidindo, neste caso da psicose, no mundo exterior, à diferença da neurose, o real comparece metaforicamente, de forma simbólica nos sintomas.

Além disso, Lacan afirma em *Conferência em Genebra sobre o sintoma* (1975/1998) que os sintomas são dotados de sentido e que esse só pode ser lido a partir da sexualidade. Assim, colocamos a questão: o sujeito assim excluído de seu próprio julgamento, sem escuta, poderá realizar outra coisa que não algo da ordem de uma passagem ao ato? Que efeitos podem advir dessa exclusão?

Tendo em vista tais considerações é que enxergamos como problemática a anulação, que ocorre na prática das medidas de segurança, daquilo que o próprio psicótico teria a dizer sobre seu ato, uma vez que tal atitude exclui, por rebatimento, a chance de construção de um saber sobre o que inconscientemente lhe determina.

Em *Contribuições da psicanálise ao campo da criminologia*, Lacan defende que à psicanálise cabe "irrealizar o crime, sem desumanizar o criminoso" (LACAN, 1950/1998). Essa assertiva lacaniana reforça o caráter irreal, ou seja, simbólico, implicado no crime. Mas considerar isso, por outro lado, não implica em desumanizar o sujeito, retirando-lhe a responsabilidade pelo seu ato.

Em lugar disso, o que está contido nesse dizer é que humanizar requer esse chamado à construção de uma resposta. Nessa linha, humanizar implica uma dimensão de compromisso ético, que se dá mediante a implicação de cada sujeito frente ao seu agir, mesmo quanto isso lhe pareça sem uma explicação racional ou imediata.

Contudo, a inimputabilidade penal destinada ao psicótico caminha no sentido inverso. A inimputabilidade penal, ao coincidir com o silêncio sepulcral, faz equivaler à exceção do louco da esfera jurídica, uma irresponsabilização também de ordem subjetiva. Assim, temos que o psicótico é absolvido penalmente por seu ato, mas também é absolvido de responder subjetivamente. O que de forma nenhuma favorece seu tratamento, uma vez que a angústia que o mobiliza continua a ter força psiquicamente, embora permaneça silenciada e inassimilada por parte de seu autor. Dessa forma, a inimputabilidade acaba por ser o sinônimo de um castigo desligado de qualquer sentido para o sujeito.

Nessa perspectiva, podemos encontrar no Seminário 7 – *A ética da psicanálise* (1959-1960/2008) elementos que nos permitem analisar a importância desse posicionamento do sujeito frente aos atos por ele praticados. Como demonstramos a partir da leitura de Freud (1916), o ato criminoso pode se dar em relação a um sentimento de culpa que é inconsciente, que aponta para um desejo e sua dimensão sexual. Lacan, por sua vez, ao trazer a noção de uma ética própria à psicanálise o faz também em relação ao desejo. Assim, ele recorre à tragédia de Sófocles – *Antígona*, para afirmar que não se pode falar de ética, em psicanálise,

sem partir de sua relação com o desejo. Essa noção se contrapõe ao que a filosofia entende como ética, porque partindo tanto de Aristóteles como de Hegel e Kant, o que se pode apreender é que não há lugar para o desejo na construção da noção de ética encontrada na filosofia. Assim, extraímos do Seminário 7 – *A ética da psicanálise* (1959-1960/2008) que:

> A experiência moral como tal, ou seja, a referência à sanção, coloca o homem numa certa relação com sua própria ação que não é simplesmente a de uma lei articulada, mas sim de uma direção, de uma tendência, e, em suma, de um bem que ele clama, engendrando um ideal de conduta. Tudo isso constitui, propriamente falando, a dimensão ética e situa-se para além do mandamento. (...) não somos daqueles que iremos de bom grado colocar em segundo plano o sentimento de obrigação. Se efetivamente há alguma coisa que a análise apontou é justamente, para além do sentimento de obrigação propriamente dito, a importância, a onipresença, diríamos do sentimento de culpa. (...) o fato é que a análise é a experiência que voltou a favorecer, no mais alto grau, a função fecunda do desejo como tal. A ponto de poder dizer que, em suma, na articulação teórica de Freud, a gênese da dimensão moral não se enraíza em outro lugar senão no próprio desejo (LACAN, 1959-1960/2008, p. 14).

Dessa forma, é através de um laço específico – a transferência – em que ao sustentar uma escuta do sujeito, esse pode dirigir ao analista algo que se remeta ao desejo em causa no ato de transgressão à lei, que resultou na sua admissão numa instituição judiciária. A aposta é de que possa advir disso uma organização outra a partir de uma experiência de sofrimento psíquico – subjetiva – ante a qual o sujeito fez uma passagem ao ato. Os efeitos desse trabalho podem ser tidos como realização de uma operação psíquica, em que se inscrevem os índices de singularidade de cada indivíduo, podendo ser percebidos como terapêuticos – o que difere significativamente de um trabalho de contenção, silenciamento ou extinção do sintoma através do qual o sujeito dá notícias de sua questão, da sexualidade.

Aliás, cabe frisar que o apagamento subjetivo que se constata como efeito decorrente da institucionalização está posto em jogo não só como consequência da internação, mas de algum modo encontra-se previsto para acontecer desde o início, mesmo antes de percorrida a institucionalização.

Há uma desconsideração à condição de sujeito do psicótico desde que a este é subtraída a palavra, logo no começo do processo, isto é, desde que um paciente com "transtorno mental" ingressa na porta de entrada do sistema, após ter praticado o ato criminoso. Isso porque, não raras vezes, estando na

situação de um surto psicótico, o indivíduo é diretamente reportado a uma internação nos hospitais de custódia, não sendo em nenhum momento convocado a prestar seu depoimento nos dispositivos jurídicos adequados para acolher seu testemunho. Determinam sua prisão, sem escutá-lo de fato. Nesse aspecto, a versão dos fatos que prevalece como única verdade sobre o ato praticado será a dos peritos, sendo o próprio sujeito afastado da oportunidade de sua defesa na esfera jurídica.

4. A realidade da política para o psicótico em conflito com a Lei no Estado do Espírito Santo

Dito isso, falaremos a seguir nesse trabalho, sobre dois casos envolvendo a prisão de "pessoas com transtorno mental" e as implicações que tal fato gera, na vida dessas pessoas e na forma de tratamento adotado em nosso Estado atualmente. Inferimos, desde já, a situação de vulnerabilidade psicossocial a qual se encontram, tendo em vista a ausência ou ineficácia de práticas que potencializem a vida delas em liberdade, bem como a baixa adesão do Estado às políticas públicas referentes a essa parcela da população.

Os casos relatados aqui são frutos de uma pesquisa de mestrado[3], feita por um dos autores, com delineamento qualitativo, intitulada: Rompendo silenciamentos, modos de vida, dilemas e vulnerabilidades a que estão expostas as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, no sistema prisional capixaba. Tal estudo, foi desenvolvido na Secretaria do Estado de Justiça – SEJUS/ES, e adotou como fonte de dados documentos como autos de prisão em flagrante, prontuários dos presos, pareceres técnicos e outros registros sobre essa população. A pesquisa documental incluiu ainda relatos extraídos dos relatórios do profissional de psicologia (diário do psicólogo no cárcere), levantando as rotinas de atendimento e os procedimentos adotados.

No Estado do Espírito Santo foram feitas algumas iniciativas de fomento e implementação da política de tratamento da "pessoa com transtorno mental" em conflito com a lei no início desta década. Tratava-se de uma parceria entre pesquisadores da Universidade Federal do Espírito Santo, Tribunal de Justiça e Ministério Público. No entanto, essa articulação e outras tratativas a respeito das novas práticas de atendimento a essa população não seguiram em frente e hoje nosso Estado ainda "engatinha" na garantia de direitos a essas pessoas,

3. Submetida ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, tendo como número de registro do perecer 2.458.517.

sendo o último da Federação a aderir à política prevista na PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, no âmbito do SUS e à Lei 10.216/2001, que trata dos direitos e da proteção das pessoas acometidas de "transtorno mental".

Destacamos aqui, que a Lei 10.2016 (BRASIL, 2001), também conhecida como a Lei Antimanicomial, tem como premissa fundamental a reinserção social do paciente em seu meio, priorizando a vida em liberdade. Sendo assim, a internação só será buscada quando todos os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Segundo essa lei, é direito da pessoa com "transtorno mental", como descrito em seu Art. 2º, o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades. E que esse público deve ser respeitado e ser tratado com humanidade, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. A "pessoa com transtorno mental" deve ser protegida de qualquer forma de abuso e exploração. Tal legislação afirma ainda nos parágrafos IV, V, VI VII, VIII e IX:

> [...] IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

No ES ainda não temos um número exato de pessoas acometidas com transtorno mental reclusas no sistema prisional capixaba. Dados do INFOPEN – ES[1], apontam somente os que estão sob medida de segurança, localizados no HCTP[2]. Contudo, tendo em vista a análise de documentos e relatos de nossa experiência nesse campo, observamos que muitos casos não estão relatados e que já na porta de entrada através da prisão em flagrante, esses sujeitos encontram-se desassistidos em sua individualidade, sendo que alguns desses permanecem já há alguns anos presos, sem o tratamento adequado. Esse abandono do Estado, das garantias de direitos a essa população, acaba por propiciar outras situações de violência entre os próprios internos, e são comuns relatos onde o conteúdo traz à tona agressões e maus tratos causados por outros presos aos internos acometidos por alguma "desordem mental".

Dentre os muitos casos que foram acompanhados ao longo dos anos de trabalho no Sistema Prisional do Espírito Santo, dois são mais recentes e servem como ilustração para essa problemática que estamos levantando. Charles[3] foi preso por imputação de prática do crime tipificado no Art. 121, § 2º, incisos

II e IV, do Código Penal Brasileiro – CPB (2 vezes). De acordo com os autos do processo, o autuado, usando um instrumento contundente (madeira), desferiu golpes contra duas pessoas de sua família, enquanto eles dormiam, causando a morte das dessas. Após o crime, permaneceu sentado ao lado dos corpos das vítimas até a chegada da polícia e do SAMU, que foram chamados por um parente do acusado quando este chegou em casa e se deparou com o fato. Ainda segundo relatado nos autos, Charles estava muito transtornado e agitado e foi levado para o HEAC[4], no município de Cariacica. No despacho, o delegado informa que, apesar do acusado aparentemente sofrer de problemas psiquiátricos e apresentar-se em surto psicótico, não teria como aferir a eventual inimputabilidade do acusado, visto que não foram apresentados laudos médicos periciais naquele momento.

Os autos da prisão em flagrante de Charles seguiram para Viana/ES, de onde são encaminhados para audiência com o juiz no prazo de 24h. Desde maio de 2015, todas as pessoas apreendidas em flagrante da Grande Vitória fazem este mesmo percurso no sistema. Porém, como Charles ainda se encontrava no HEAC, o juiz presente na audiência de custódia naquele dia, deliberou sobre o caso analisando somente os autos da prisão em flagrante e os antecedentes criminais de Charles, que já havia permanecido preso por dois meses, nesse mesmo ano. Sem que o autuado fosse ouvido, foi então determinado pelo magistrado, alegando que pela evidência da periculosidade do agente, tendo em vista que nenhuma outra medida cautelar fosse suficiente e adequada para impedir a reiteração criminosa, a sua custódia no HCTP, e a instauração do incidente de insanidade mental. Contudo, de acordo com uma consulta feita ao Infopen/ES, em 20 de março de 2018, Charles, encontra-se preso em um presídio comum.

No segundo caso, trazemos o relato de nossa experiência profissional no atendimento a uma pessoa com transtorno mental que se encontrava reclusa na penitenciária semiaberta de Vila Velha/ES. Dudu[5] teve sua entrada no sistema prisional em 2011, acusado pelo artigo 213 do Código Penal, que é referente ao crime de estupro. Permaneceu por um ano e seis meses em um presídio de regime fechado e no início do ano de 2013 chegou ao semiaberto. Esse caso nos chamou atenção, pois, pesquisando os documentos e autos da prisão, deparamos com uma carta precatória, em que constava, entre outros fatos relativos ao delito, um parecer elaborado por um médico psiquiatra a pedido judicial, relatando a "incapacidade mental de Dudu" e pedindo que o este fosse encaminhado para medida de segurança. Apesar de esse documento constar nos autos, Dudu permaneceu alguns anos no semiaberto, sem que lhe fosse dada a oportunidade de trabalhar. Ele não possuía documentos nem

família. Aliás, em certa ocasião a assistente social do presídio conseguiu fazer uma visita domiciliar até a casa dele que ficava no interior do Estado. Nessa ocasião teve a oportunidade de encontrar e conversar com o irmão de Dudu, o qual informou que os pais já haviam falecido e que ele não queria e não mais tinha como recebê-lo, caso saísse da prisão.

Dudu fazia o tipo ranzinza, com cara de poucos amigos. Não recebia medicação e poucas vezes foi chamado à enfermaria da unidade. Tinha um ar pueril e isso servia de prato cheio para outros presos. Foram inúmeras as vezes em que fui chamado até a galeria para conversar com ele, pois havia entrado em alguma confusão ou briga. Saía sempre com o uniforme rasgado e machucado. Essas brigas ora eram motivadas por questões sexuais, ora porque os presos tinham por hábito fazer outros presos de "aviãozinho" dentro do presídio, para transportar "coisas" escondidas nas roupas ou nas partes íntimas. Geralmente o perfil escolhido para esse ofício levava em conta a puerilidade e passividade nas ações, e alguns portadores de transtorno mental nessa situação preenchem com grande êxito esse requisito. Muitos respondem a processos administrativos disciplinares, por exemplo, sem que essa apuração leve em conta a sua capacidade de discernimento ou o meio em que se encontra, geralmente uma cela com seis a 15 outros internos, dependendo do presídio em que está.

Aqui um pequeno adendo, para pontuar um conceito importante na visão de Bastos e Silva (2007):

> Outras instituições de relevância estabelecem práticas e relações violentas e sutis, legitimadas historicamente. Tais formas de violência são, inclusive, encaradas como perfeitamente aceitáveis do ponto de vista social, na medida em que reforçam valores e preconceitos cristalizados no seio da sociedade. (p. 124)

Para Cappi (2009), Violência institucional:

> (...) diz respeito aos casos em que a própria instituição se caracteriza por práticas violentas. Não pensemos aqui unicamente nos abusos de autoridade, nos maus tratos ou humilhações infligidas - através de constrangimento físico ou moral – por representantes isolados da instituição; esse tipo de violência poderia, aliás, ser incluída na discussão precedente. Referimo-nos às práticas das instituições que atuam sistematicamente no desrespeito aos indivíduos, à sua subjetividade, à sua expressão, enfim a seus direitos mais elementares. A presença de práticas autoritárias, repressoras e agressivas – como maneira usual de as instituições funcionarem – não pode deixar de ser reconhecida, lembrando assim que as próprias instituições podem estar atuando como agente da violência. As instituições – de

> educação, de segurança, de saúde, de ação social (...) – podem, portanto, apresentar funcionamentos violentos, que devem ser explicitados e analisados quando existem. Estes não se confundem, mesmo contribuindo para explicá-las, com as eventuais práticas violentas e pontuais de seus representantes (p. 30 e 31).

Dudu é mais um na multidão, no amontoado de presos vestidos com uniforme azul. Dos inúmeros atendimentos, participação no grupo terapêutico, onde ele desenhava sua casa e falava do desejo de encontrar o seu irmão, foram gerados relatórios e pareceres que tiveram como destino a direção da unidade, defensoria pública e poder judiciário, como forma de provocá-los, para a resolução daquela situação que já se arrastava e estava em total esquecimento. Segundo a assessora jurídica do presídio à época, o prazo da pena a ser cumprida no semiaberto já havia vencido. Para nossa surpresa, após a realização de mais um exame criminológico, por demanda judicial, e talvez por receio de colocá-lo em liberdade, visto as evidências de sua confusão mental, a juíza determinou que Dudu fosse encaminhado para o HCTP. E assim foi feito, mesmo com a "cadeia vencida", em julho de 2015 ele seguiu para o HCTP onde permanece até a presente data[6].

[1] Infopen – Sistema de dados que contém informações de todas as unidades prisionais brasileiras, incluindo dados de infraestrutura, seções internas, recursos humanos, capacidade, gestão, assistências, população prisional, perfil das pessoas presas, entre outros.

[2] HCTP – Nome dado ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Recentemente em uma publicação feita no Diário Oficial do Estado, em 22.12.2017, foi atribuída uma nova nomenclatura para essa instituição. Passou a ser chamada de Unidade de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

[3] Nome fictício dado ao interno.

[4] HEAC – Hospital Estadual de Atenção Clínica da grande Vitória/ES. Trata-se de um serviço que recebe a urgência e emergência psiquiátrica da capital do ES.

[5] Nome fictício dado ao interno.

[6] Informalmente em uma reunião no trabalho, soubemos por uma psicóloga que trabalha no HCTP que o caso de Dudu estava sendo estudado para ser o primeiro no Estado a receber o benefício de cumprimento de medida de segurança na modalidade ambulatorial, em uma residência terapêutica. Contudo, até o fechamento desse texto, não tive mais notícias sobre a concretização disso.

5. Considerações finais

Face ao exposto, fica patente como os manejos direcionados às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei ainda não operam em conformidade aos princípios norteadores dos ideais e normativas atinentes à Reforma Psiquiátrica. Aliás, como se percebe pelos diversos aspectos expostos, apesar de alguns Estados como Minas Gerais e Goiás já haverem implementado programas orientados por abordagens sintonizadas com princípios clínicos e políticos reformadores, infelizmente não se pode dizer que essa seja a realidade predominante no contexto nacional. O Estado do Espírito Santo, como se mostrou, é um dos exemplos, dentre outros, que ainda não se adequou à nova política. Enquanto essa realidade da segregação nos hospitais de custódia for mantida, uma coisa é inevitável: continuará a restar, para o paciente com transtorno mental, o pior do pior, a institucionalização.

As reflexões feitas a partir do discurso da psicanálise possibilitam dar outro lugar ao sujeito psicótico autor de ato criminoso, pois evidencia o dispositivo da fala como aquele pelo qual essa experiência pode ser elaborada. Os efeitos dessa operação podem ser significativos para o sujeito, ajudando-o a organizar algo de seu que carece de um ponto, que precisa ser decantado no próprio ato de falar de si.

A lei, enquanto letra que regula as relações humanas em sociedade, precisa ser observada por todos, por que seria diferente com o louco? Segundo Barros-Brisset (2013), é preciso que essa função simbólica seja cumprida, pois isso é fundamental para que o sujeito dê conta de si mesmo enquanto tal. Assim, segundo essa autora:

> A lei é a borda, resposta simbólica e social que indica o limite para nossos atos em comunidade, numa determinada época. A lei é uma referência, inclusive para situações em que o sofrimento intenso embaraça a fronteira que demarca as condições de sociabilidade, dos acordos de convivência reguladores da humanidade. Apresentar-se como responsável é reconhecer a lei e consentir com as consequências estabelecidas pela sociedade quando seu ato for fora da lei (BARROS-BRISSET, 2013, p. 24).

Dessa forma busquemos considerar também, com Barros-Brisset, que somos responsáveis pelo silêncio que reproduzimos ao ver no louco um incapaz para falar dos seus atos, para sentir seus efeitos. Enquanto sociedade, e também, como profissionais que lidam com as questões do sofrimento psíquico é necessário nos posicionar diante de tão sérios relatos. O que, em termos de políticas públicas, tem sido feito? Quais respostas o Estado, através de seus agentes, tem concedido a esses que tem seus direitos violados repetidamente?

6. Referências bibliográficas

ALTHUSSER, Louis. *O futuro dura muito tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

BARROS-BRISSET, F.O. Assassinato d'alma: impasses sobre a responsabilidade na leitura de "O louco". *Responsabilidades*: *revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ*. Belo Horizonte. v. 3, n. 1. 2013.

BASTOS, F. G. SILVA, M. N. *Violência contra a mulher adolescente e jovem:* da inadequação ao acolhimento. Violência contra a mulher adolescente-jovem. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014*. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Sistema integrado de informações penitenciárias – INFOPEN*. Disponibilizado em: [http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITE MIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm]. Acesso em: 13.08.2016.

BRASIL. *Lei nº 2.848 Código Penal Brasileiro*. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848 compilado.htm]. Acesso em: 20.01.2018.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. *Inspeções aos manicômios*. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFB, 2015.

CAPONI, Sandra. *Biopolítica e medicalização dos anormais*. Physis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 529-549, 2009. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/ v19n2a16.pdf]. Acesso em: 20.02.2015.

CAPPI, R. Mediação e prevenção da violência. In: VELOSO, Marília Lomanto; AMORIM, Simone; LEONELLI, Vera (Org.). *Revista Mediação popular*: Uma alternativa para a construção da justiça. Salvador, 2009.

CARNEIRO, Hebert. A dignidade dos cidadãos inimputáveis. *Revista Responsabilidades*. Belo Horizonte. v. 1, n. 1, p. 23-34. mar.-ago. 2011.

CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura*: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

COSTA-MOURA, R., MIRANDA, A. e RANGEL, Claudia (orgs.). *Questões sobre a população prisional no Brasil*: Saúde, Justiça e Direitos Humanos. v. 2, Vitória, ed. UFES- Proex, 2016.

FOUCAULT, Michel. A evolução da noção de indivíduo perigoso na psiquiatria legal do século XIX. In: FOUCAULT, Michel. *Ética, sexualidade e política*.

Ditos e escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006 [Texto original publicado em 1978].

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. Trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir:* história da violência nas prisões. 35. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

FREUD, S. *Totem e tabu*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIII.

FREUD, S. *Criminosos em consequência de um sentimento de culpa*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. *A perda de realidade na neurose e na psicose*. In: Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 19.

LACAN, J. *Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia*. Escritos. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. (1959-1960). *O Seminário livro 7:* A ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LACAN, J. (1975). Conferência em Genebra sobre o sintoma. *Opção Lacaniana*. São Paulo. n. 23, p. 6-16. dez. 1998.

LACAN, J. *O Seminário livro 3:* as psicoses (1955-1956). 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

LEMOS, Clécio. Quatro críticas à medida de segurança: da insegurança da medida à desmedida do sistema. In: MIRANDA, Angelica Espinosa; RANGEL, Claudia; COSTA-MOURA, Renata (Org.). *Questões sobre a população prisional no Brasil*: saúde, justiça e direitos humanos. Vitória: UFES, Proex, 2016.

MATTOS, Virgilio de. *Crime e psiquiatria*: uma saída: preliminares para a desconstrução para as medidas de segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

SANTOS, T.C; OLIVEIRA, F.L.G. Teoria e clínica psicanalítica da psicose em Freud e Lacan. *Psicologia em Estudo*. Maringá. v. 17, n. 1, p. 73-82. jan.-mar. 2012. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/pe/v17n1/v17n1a08.pdf]. Acesso em: 14.03.2018.

RENAULT, L.; BARROS, M. E. O problema da análise em pesquisa cartográfica Fractal. *Revista de Psicologia*. v. 25, n. 2, p. 373-390. maio-ago. 2013.

Pesquisas do editorial

Veja também Doutrina

- Considerações teóricas sobre a importância da psicanálise para o juízo de imputabilidade, de Joe Tennyson Velo – *RBCCrim* 44/237 - 266 (DTR\2003\317);
- Criminalidade, criminologia e psicanálise criminal, de Dagoberto Romani – *RT* 612/441 - 443 (DTR\1986\164);
- Direito e sofrimento mental, de Dirceu Aguiar Dias Cintra Júnior – *RBCCrim* 30/87 - 93 (DTR\2000\586); e
- O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais, de Cíntia Menezes Brunetta – *RT* 835/59 - 72 e *Doutrinas Essenciais de Direitos Humanos* 4/943 - 962 (DTR\2005\346).

Veja também Jurisprudência

- *RT* 905/573 (JRP\2004\17753); *RT* 894/562 (JRP\2010\551); *RT* 762/654 (JRP\1999\2373); e *RT* 706/380 (JRP\1994\749).

Uma análise dos debates médicos e jurídicos sobre responsabilidade penal no Rio de Janeiro entre 1890 e 1942

An analysis of medical and legal discussions on criminal responsibility in Rio de Janeiro between 1890 and 1942

Allister Dias

Doutor e mestre em história das ciências e da saúde (FIOCRUZ, 2015).
Bacharel e Licenciado em história pela Universidade Federal Fluminense (2007).
Professor substituto do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro da Red Iberoamericana de Historia de Psiquiatria.
allister.dias@fiocruz.br.

Marcelo Antônio Parintins Masô Lops

Bacharel e Licenciado em história na Universidade Federal Fluminense. Bacharel em Direito pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Advogado. Professor da Universidade Cândido Mendes.
marcelomaso@gmail.com

Recebido em: 31.01.2018
Aprovado em: 12.03.2018
Última versão do(a) autor(a): 28.03.2018

Área do Direito: Penal

Resumo: Este artigo tem por objetivo traçar um apanhado histórico dos debates e discursos médicos e jurídicos em torno da questão da responsabilidade penal no Rio de Janeiro da Primeira República e da Era Vargas. Apresenta-se a visão racializada da responsabilidade penal em fins do século XIX; as posições acerca da dirimente da "completa perturbação dos sentidos e da inteligência" ao longo do seu período de vigência (1890-1940); as visões sobre o lugar da medicina mental na definição da responsabilidade penal neste momento, bem como os enfrentamentos em torno da noção de semirresponsabilidade/responsabilidade restrita; os debates e posicionamentos no momento imediatamente posterior

Abstract: This article aims to draw a historical overview of the debates and medical and legal discourses around the issue of criminal responsibility in Rio de Janeiro of the First Republic and the Vargas Era. We presented the racialized view of responsibility and criminality at the end of the 19th century; the positions on the "complete disturbance of the senses and intelligence" throughout period of its validity (1890-1940); the views on the place of mental medicine in the definition of criminal responsibility at this time, as well as the controversy around the notion of semi responsibility/restricted responsibility; and the debates and positions immediately following the promulgation of the Penal Code of 1940. We

a promulgação do Código Penal de 1940. Concluímos, entre outras coisas, que aos discursos médico-jurídicos apresentados refletem uma miscelânea de vertentes disciplinares e racionalidade para dar conta das indagações a respeito da responsabilidade penal e que alguns juristas importantes do período mobilizavam os dissensos internos aos saberes médicos e psicológicos com intuito de afastar seus representantes do âmbito das decisões acerca das definições legais da responsabilidade penal.

Palavras-chave: Responsabilidade penal – História do Brasil Republicano – Psiquiatria – Criminologia.

conclude, among other things, that the medical-legal discourses presented reflect a miscellany of disciplinary strands and rationality to account for inquiries about criminal responsibility and that some important jurists of the period mobilized the internal dissensions to the medical and psychological knowledge with the intention of removing their representatives from the scope of the decisions about the legal definitions of criminal responsibility.

Keywords: Criminal responsibility – History of Republican Brazil – Psychiatry – Criminology.

Sumário: 1. Introdução. 2. Um panorama geral da responsabilidade penal no contexto internacional: séculos XIX e XX. 3. Responsabilidade penal, "completa perturbação dos sentidos e da inteligência" e o saber psiquiátrico: os debates na vigência do Código Penal de 1890. 4. Responsabilidade penal em debate na primeira conferência brasileira de criminologia. 5. Recepções dos novos contornos da responsabilidade penal no Código Penal de 1940. 6. Considerações finais. 7. Referências bibliográficas.

1. Introdução

O debate criminológico da primeira metade do século XX, no Brasil e no mundo ocidental, foi marcado por fortes discussões entre médicos e juristas e outros intelectuais a respeito dos limites e da natureza da consciência e vontade humanas. Ganharam os espaços de sociabilidades psiquiátricas e jurídico penais, sociedades e congressos; estiveram muito presentes nos tribunais do Júri e outras instâncias da Justiça, como os Conselhos Penitenciários e as Cortes de Apelação, e mesmo os espaços policiais, os Manicômios Judiciários e Hospitais Psiquiátricos, as instituições prisionais, assim como as páginas da imprensa e outros espaços sociais. No início do Brasil Republicano, psiquiatras e médicos-legistas participaram bastante desse campo de disputas e convergências que acabavam por se relacionar às definições em torno do tema da responsabilidade penal. O teor, conteúdo, e alguns dos atores envolvidos nessa seara de discursos e debates no Brasil Republicano, mais especificamente nos períodos da Primeira República e da Era Vargas, serão descritos e analisados ao longo deste texto. Boa parte dos debates se voltou para § 4º do artigo 27 do Código Penal de 1890. O Título III da lei penal de 1890 regia a "responsabilidade criminal", as "causas que dirimem a criminalidade" e as que "justificam os crimes", do artigo 24 ao artigo 34. Parte dos inimputáveis estavam descritos

no artigo 27 como aqueles que "se acharem em estado de completa privação de sentidos e inteligência no ato de cometer o crime"[1]. Já nos anos seguintes à sua entrada em vigor, começaram a surgir críticas de variadas naturezas sobre esse artigo, como veremos mais adiante.

Ao longo das décadas de vigência do dispositivo da "completa perturbação", entre 1890 e 1940, as "imprecisões e incertezas que definiram a relação tecida por psiquiatras e juristas" acerca dos "estados da alma e da responsabilidade penal" ganhariam contornos claros[2], podendo ser aferidas a partir de textos e obra de época. Neste artigo, procuramos percorrer parte do itinerário teórico e intelectual dos debates médico-jurídicos em torno do conceito de responsabilidade penal e do lugar da psiquiatria na sua definição, no período da Primeira República e da Era Vargas. A espacialidade focada é a cidade do Rio de Janeiro, Distrito Federal (DF), cidade-capital, espaço relevante das interações intelectuais e da formação de culturas políticas, médicas, científicas e jurídico-penais nesse recorte temporal. O foco nessa época decorre da efervescência do debate criminológico no período, sobretudo na década de 1930 e início da década de 1940. Os debates dos anos 1930 são riquíssimos e tiveram impacto no Código Penal de 1940.

Consideramos este tema altamente relevante não só do ponto de vista jurídico, mas também da história intelectual, das ciências e da história do Brasil Republicano. Investigar, em perspectiva histórica, a trajetória dos discursos sobre responsabilidade penal é também ver por um prisma particular o processo de modernização e suas feições específicas adquiridas no Brasil. A partir dele, percebem-se as transformações e continuidades do imaginário social acerca do crime e dos criminosos, dos modelos de normalidade e anormalidade, das expectativas sobre a modernização da Justiça Criminal e das engrenagens do controle social. A responsabilidade da ação humana implicada em atos de rompimento com a lei penal acaba por articular-se com debates sobre "o que o ser humano é e deve ser, e como o comportamento humano pode ser explicado", questões da ética, da moral, do direto e da ciência. Trazem em si debates sobre um valor moderno central: a liberdade e seus limites[3].

1. O termo "privação" foi substituído por "perturbação" no Decreto 4.780, de 27 de dezembro de 1923, artigo 38. Disponível em: [www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4780-27-dezembro-1923-568835-publicacaooriginal-92160-pl.html]. Acesso em: 10.01.2015.
2. MENDONÇA, Joseli M. Nunes. *Evaristo de Moraes, tribuno da República.* Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2007. p. 157.
3. OOSTERHUIS, Harry; LOUGHNAN, Arlie. Madness and crime: historical perspectives on forensic psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry,* 37, p. 1-16, 2014.

Os saberes médicos e psicológicos atuaram fortemente neste tema. Diferentemente do que conceberam algumas investigações[4], os saberes psiquiátricos, ajudando a fundar "a" criminologia brasileira nesse período, não tinham um conteúdo univocamente biológico ou biodeterminista, voltado somente para dotar de êxito político a criminologia nas suas ambições de controle social (a hegemonia do "positivismo criminológico"). Faz-se aqui uma releitura do processo e dos debates. Procuramos ver os múltiplos posicionamentos, as polifonias discursivas e os variáveis usos particulares de ideias e conceitos. Com isso, demonstra-se que o horizonte de um "novo" ordenamento penal foi vislumbrado de diferentes maneiras, principalmente ao longo da década de 1930, bem como depois de sua entrada em vigor, no início dos anos 1940. Perceber as controvérsias e polifonias ajuda a entender a não linearidade do processo histórico de transformações de discursos e conceitos em leis.

Toda investigação histórica é um complexo percurso de imersão em fragmentos de determinado tempo em lugar que busca sistematizações visando dar significações possíveis às experiências coletivas e individuais. As várias vertentes da história intelectual, ora mais associadas à história social, política, das ciências ou dos conceitos, de uma forma geral, vêm demonstrando a importância do estudo atento das linguagens, dos textos, das comunidades de debate e dos projetos para a compreensão das necessidades, interesses e estratégias dos atores/autores do passado[5]. As mudanças nos "modos de dizer" remetem a mudanças nos "modos de ver" o mundo social[6]. Assim, as teorizações médico-jurídicas são lugares de atuação e confrontos de sentidos acerca do mundo social. Assumir um enfoque contextualista significa ter em mente esses pressupostos.

Entendemos que cada noção médico-jurídica, ao ser articulada em um determinado contexto, constituiu formulação conceitual singular, relativa ao debate de certa questão, um recorte particular do debate público de uma época ou lugar, no caso aqui a responsabilidade penal. Os discursos, nesse contexto e nessa comunidade argumentativa, estão em processo de legitimação, buscando afirmar suas sentenças, discriminar alianças e adversários e a realização efetiva

4. Por exemplo, cf. RAUTER, Cristina. Criminologia e subjetividade no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2003. p. 38. Não consideramos essas leituras historiograficamente ultrapassadas. São, com fundamento interpretativo e legitimidade política, eminentemente críticas à "criminologia do passado".

5. POCOCK, John. *Linguagens do ideário político*. São Paulo: EDUSP, 2003. p. 38.

6. KOSELLECK, Reinhard. *Futuro passado:* contribuição à semântica dos tempos históricos. Rio de Janeiro: Contraponto; Ed. PUC-Rio, 2006. p. 308.

das ideias e conceitos. Tais formulações, embora contingentes e particulares, deixam traços e reverberam em práticas discursivas subsequentes.

Nesta análise focalizamos uma comunidade argumentativa específica, que nomeamos de criminológica. Uma comunidade argumentativa reúne intelectuais e expressa o movimento de ideias e práticas sociais[7]. Ainda que não absolutamente homogênea, marcada também por dissensos, assim ela se caracteriza por debater um mesmo tema do debate público. Composta por médicos, juristas e outros intelectuais, produtores, validadores e divulgadores de saberes, conceitos e práticas criminológicas mais afinadas com a cientificidade socialmente acordada. Uma elite intelectual das camadas médias, formada quase inteiramente por homens, reuniu psiquiatras, médicos legistas, advogados, juízes, promotores, a maior parte professores nas faculdades de medicina e direito no Rio de Janeiro. Muitos compartilhavam sociabilidades médico-jurídicas comuns, como o Conselho Penitenciário do Distrito Federal (a partir de 1924), a Sociedade Brasileira de Criminologia (a partir de 1933) em alguma medida o Tribunal do Júri, além de congressos, encontros, reuniões e cursos, ou mesmo instituições asilares como o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro e o Hospital Nacional de Alienados. Em maior ou menor medida *statemakers*, ou seja, indivíduos cujas ações se davam enquanto "agentes empenhados na implementação, sempre tensa e conflituosa, de certas estruturas de regulação estatal da vida coletiva"[8].

2. Um panorama geral da responsabilidade penal no contexto internacional: séculos XIX e XX

A responsabilidade implicada nas ações humanas é tema que acompanha a história do discurso moral, da filosofia e de toda reflexão que traz no seu bojo interesses acerca de uma suposta natureza humana. Os debates filosóficos e religiosos sobre o *livre-arbítrio*, como capacidade de escolha entre o bem e o mal ou como o "princípio do agir" de Aquino, adentram a matriz ibérica da modernidade ocidental na formação de uma cultura jurídica de matriz tomista[9].

7. Cf. ALTAMIRANO, Carlos. Introducción general. In: ALTAMIRANO, C. (Dir.). *Historia de los intelectuales en América Latina.* Buenos Aires: Katz Editores, 2008. p. 9-27.

8. BRASIL JR., Antônio. Intelectuais e *statemakers*. Oliveira Vianna, Evaristo de Morais Filho e a ação coletiva no Brasil. *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 46, jul.-dez. 2010. p. 303.

9. Cf. NEDER, Gizlene; CERQUEIRA FILHO, Gisálio. Cultura jurídica, cultura religiosa no Brasil e criminologia e poder político. *Diálogos – Revista do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 19-37, 2007.

Na passagem do século XVIII ao XIX, com seus heterogêneos debates sobre o poder de punir e novas representações jurídicas e médicas do criminoso, o contratualismo – utilitarista e retributivo – colocava a pena como dependente do livre-arbítrio, condição de possibilidade da culpabilidade moral e da escolha racional (cálculo) para o crime. Nesse registro, o livre-arbítrio seria o atributo do cidadão sob *contrato*, excluindo o louco – *demente* ou *furioso*[10].

É complexo demarcar quando começaram as intervenções e os usos dos saberes médico-psicológicos na esfera penal, problematizando a concepção de responsabilidade baseada no livre-arbítrio. Para Foucault, o "poder disciplinar" foi condição de possibilidade para o surgimento dos discursos criminológicos. Esse poder objetivou de tal modo o indivíduo que ele passou a ser o cerne do pensar sobre o crime, um pensar que refletia, muitas vezes, uma junção desorganizada de saberes, mas com ressonâncias altamente utilitárias, "servindo" a justiça penal e a polícia. Direito penal, psiquiatria e medicina legal passaram a formar, a partir do século XIX, uma unidade de enunciação, já que partes de uma formação discursiva comum. Em especial, a psiquiatria forense melhoraria a administração do indivíduo anormal e perigoso, sendo requisitada para isso.[11] Haveria uma funcionalidade na qual a expertise psiquiátrica seria um auxiliar, competente mas complementar, de validação dos critérios jurídicos de estabelecimento de verdade[12]. Tal leitura de cunho mais geral, contudo, requer matizações em razão da complexidade e polifonias de cada contexto histórico particular.

É importante fazer um sobrevoo sucinto sobre alguns contextos e discursos particulares do século XIX e início do século XX. Isso vai mostrar, de maneira mais clara, as continuidades e descontinuidades no que se refere ao estado da questão da responsabilidade penal no contexto sob foco.

Em Portugal, ainda no século XVIII, segundo o historiador Timothy Walker, alguns médicos atuaram como testemunhas em casos de suposta insanidade

10. Cf. VENTURI, Franco. *Utopia e reforma no Iluminismo*. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2003. p. 188-215.

11. Cf. FOUCAULT, Michel. *Os anormais:* curso dado no College de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001; FOUCAULT, Michel. About the concept of the "dangerous individual" in 19th-Century legal psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, v. 1, 1978. p. 1-18; FOUCAULT, Michel. O poder psiquiátrico: curso dado no College de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006. p. 69.

12. Cf. BRAVO, Omar Alejandro; SUDBRACK, Mária Fátima. Instituciones, discursos y violencia: la asociación entre locura y peligrosidad. *CS*, Cali-Colombia, n. 5, enero-junio, 2010. p. 244.

na justiça inquisitorial em colaborações com a religião. No entanto, atuaram, sobretudo, na luta contra a medicina popular[13]. Na França, em fins do século XVIII e início do século XIX, segundo a historiadora da medicina Katherine Watson, encontram-se evidências em processos criminais de testemunhos médicos com legitimidade em julgamentos de suposta insanidade e envenenamentos. No início do século XIX, o sistema classificatório de Pinel e as concepções que alocavam as "doenças do cérebro" como impeditivas da "livre vontade" encontravam resistências entre os juristas por se afastar dos critérios relacionados ao livre-arbítrio. No entanto, nesse contexto, as regras e o vocabulário médico foram lentamente incorporados, não sem conflitos e ambivalências, ao meio penal para debater a responsabilidade, sendo o principal exemplo o conceito de monomania, mais forte a partir dos anos 1920[14].

Na Inglaterra, ficou famoso o julgamento de James Hadfield, em 1800, no qual foram acionados os argumentos de "impulso irresistível" e "loucura parcial". Contudo, foi somente por volta de 1840 que a figura do alienista *expert* como testemunha começou a se consolidar em casos em que réus e advogados alegavam atenuantes por conta de "aflição mental"[15]. Nos Estados Unidos, o ano de 1838 foi um marco expressivo pela publicação de *A treatise on the medical jurisprudence,* de Isaac Ray, no qual defendeu que a "insanidade" era causada por problemas no funcionamento do cérebro, e que o interesse da "jurisprudência médica" não deveria residir na capacidade de entendimento dos indivíduos sobre o certo e o errado[16]. Suas proposições se inscreveram em um contexto incerto da legitimidade clínica das chamadas "loucuras sem delírio", ou seja, aqueles indivíduos notabilizados por condutas extravagantes, irracionais só em parte, ligadas mais a problemas na esfera da vontade do que da inteligência.

Pouco depois, em 1843, a implementação das *Mc Nayghtan Rules* na Inglaterra e nos Estados Unidos tinha como objetivo tecer possíveis relações causais entre as "alucinações" de uma pessoa insana e o crime por ela cometido.

13. Cf. WALKER, Timothy D. *Médicos, medicina popular e inquisição:* a repressão das curas mágicas em Portugal durante o Iluminismo. Rio de Janeiro/Lisboa: Editora FIOCRUZ/Imprensa de Ciências Sociais, 2013. p. 365-372.
14. WATSON, Katherine. *Forensic medicine in western society.* New York: Routledger, 2011. p. 47 e 51.
15. Ibidem, p. 85-91.
16. Cf. GUTHEIL, Thomas. History of forensic psychiatry. *Journal of American Academy of Psichiatry and Law*. v. 33, n. 2, 2005. p. 261.

Naqueles países, a partir de então, a concomitância da insanidade ("doença da mente") com o ato criminoso passou a ser crucial e terreno de debates. Nas décadas finais do século XIX, ainda na tradição anglo-americana, por conta da natureza de seus sistemas criminais, surgiram intensas controvérsias entre os peritos e entre peritos e juristas. No entanto, nestes dois países, a tendência por toda primeira metade do século XX foi a diminuição significativa das absolvições por insanidade[17].

O certo é que, de uma forma geral, na Europa, durante a segunda metade do século XIX, houve um incremento dos argumentos e saberes disponíveis para as avaliações de responsabilidade penal. Noções sobre a responsabilidade penal mudaram junto com a transformação do discurso moral e sob o influxo de discursos científicos e de outras naturezas. Na Inglaterra, a noção vitoriana de *reasonable man* – no sentido de que todo indivíduo adulto, com exceção de dementes e delirantes, poderia controlar seus impulsos e fazer cálculos de acordo com seus interesses –, expressão das expectativas burguesas acerca de uma "razoabilidade comportamental" média, é balanceada já no início do século XX. Médicos e outros atores compreendiam que mesmo o "homem normal" poderia perder o controle pela ocorrência de uma forte emoção, o que se somava a concepções de que a propensão à criminalidade poderia estar inscrita indelevelmente – de forma biológica ou psíquica – em certas pessoas. Tais proposições foram ora absorvidas, ora rechaçadas dentro da justiça criminal inglesa, a depender de múltiplos fatores[18].

A gradativa aceitação das implicações das "patologias" e "degenerescências" sobre a responsabilidade penal ocorreu paralelamente às mudanças nos procedimentos penais da segunda metade do século XIX e início do século XX[19]. Junto disso, fortes dificuldades de consenso médico-psiquiátrico surgem acerca da exata delimitação da fronteira de estados mentais geradores de irresponsabilidade, isto é, a relação entre doença, perturbação, anormalidade físico-mental e crime. Outra questão que desponta é a precariedade dos critérios para a determinação do estado mental dos indivíduos no momento exato do crime. Eram aspectos que estariam fortemente vigentes no contexto que analisaremos.

17. Cf. WATSON, Katherine. Op. cit., p. 85 e 91.
18. Cf. WIERNER, Martin. *Reconstructing the criminal:* culture, law, and policy in England, 1830-1914. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. p. 48.
19. WEIJERS, Ido. Delinquency and law. In: JANSZ, Jeroen; DRUNEN, Peter Van (Eds.). *A social history of psychology*. Oxford: Blackweell Publishing, 2004. p. 198.

As ciências biomédicas e psicológicas, nas décadas finais do século XIX, estimularam a legitimidade de explicações naturalísticas – algumas negadoras do livre-arbítrio, outras não interamente – sobre a natureza humana, com ênfase no funcionamento do corpo e da mente, muitas não desconsiderando um polissêmico conceito de *ambiente* na determinação do crime. No período compreendido entre 1876 (ano em que foi publicado *L' uomo delinquente*, de Lombroso) e um pouco antes da Segunda Guerra Mundial, surgem e são recepcionadas, debatidas e contestadas, em diversos contextos nacionais, novas ideias que, no que diz respeito à responsabilidade penal, encaravam o comportamento humano como produto de forças sobre as quais se tinha pouco controle consciente. Nesse período, a criminologia se constituiu como um campo de conhecimento interdisciplinar e transnacional. A cultura criminológica se consolidou e se institucionalizou transnacionalmente. Foram formadas redes estáveis de trânsito de ideias e, inclusive, instituições com esta natureza[20].

Desta forma, objetivamos, neste momento, mostrar alguns pontos constitutivos de agendas e proposições médico-criminológicas que transitaram e sofreram processos de "enraizamento" e "usos" específicos no Rio de Janeiro no período sob foco, ganhando formas discursivas e mobilizando intervenções próprias. Não se trata de uma noção unilateral de "influência". O contexto do Rio de Janeiro no período não mimetiza o debate de outras realidades, mas o faz nos seus próprios termos e em diálogo. Os contextos nacionais e particulares de debate médico-criminológico não se autonomizam das redes transnacionais de circulação de ideias e conceitos[21]. A leitura de textos médico-criminológicos, traduzidos ou não, alemães, argentinos, italianos, belgas e franceses na comunidade de psiquiatras e juristas do Rio de Janeiro evidencia-se não só pelas recorrentes citações e apropriações conceituais, mas pela presença de muitos periódicos e livros estrangeiros nas bibliotecas e arquivos que ainda guardam fundos documentais de instituições da época (Manicômio Judiciário, Instituto Médico-Legal, Arquivos da Justiça, Bibliotecas de Universidades de Direito e Psiquiatria etc.). Sem contar a participação em congressos internacionais de médicos e juristas brasileiros e as trocas e comunicações efetivas, mais sistemáticas nessa seara a partir dos anos 1930. Vejamos algumas agendas e proposições relativas a responsabilidade penal que transitavam

20. HENZE, Martina. Crime on agenda. Transnational organizations, 1870-1955. *Historiske Tidsskrift Bind*, 109, 2, 2009. p. 369-417.

21. Cf. SALVATORE, Ricardo. Introdución. In: SALVATORE, Ricardo (Comp.). *Los lugares del saber. Contextos locales y redes transnacionales en la formación del conocimiento moderno*. Rosário: Beatriz Viterbo Editora, 2007. p. 22-29.

nessas redes e que tiveram importante impacto no contexto específico que nos interessa. As mais importantes dizem respeito à relação entre as novas ciências criminológicas e a lei penal; o tema da semirresponsabilidade ou responsabilidade atenuada; a legitimidade ou não da medicina para falar da responsabilidade penal.

Na Itália, Garófalo, por exemplo, contestava a noção de livre-arbítrio, mostrando a força dos "impulsos irresistíveis" nos indivíduos "degenerados", sujeitos com degradação das funções volitivas e cujas ações eram, portanto, marcadas pela "irresistibilidade"[22]. Ferri, em itinerário parecido e mais aprofundado no que se refere a noção de "irresistibilidade", argumentou que muitos criminosos cometiam seus delitos por razões que transcendiam em muito a vontade individual[23]. No compêndio *Sociologia criminale* (1892), com várias edições ampliadas posteriormente, Ferri deixou claro que a vontade não constituía uma força psíquica autônoma no organismo, mas resultava do emaranhamento de várias funções[24].

O grande nome da medicina mental alemã da passagem ao século XX, Emil Kraepelin, coetaneamente aos juristas italianos mencionados, também questionou a noção de responsabilidade, defendendo um conceito bem caro aos psiquiatras brasileiros do período pós Primeira Guerra, como veremos, a "responsabilidade atenuada". Para ele, os desenvolvimentos da psiquiatria e da neurologia expunham a fragilidade da dicotomia responsabilidade x irresponsabilidade; só a "responsabilidade atenuada" poderia dar conta dos inúmeros casos em que o "comportamento criminoso foi amplamente influenciado por fenômenos psicopatológicos"[25]. Também muito citado no Brasil, da primeira metade do XX, o psiquiatra alemão Gustav Aschaffenburg não aceitava que "criminalistas notáveis" se apegassem ao "velho livre-arbítrio", o que não queria dizer, para ele, que não houvesse responsabilidade e responsabilizações devidas para as ações humanas[26]. Era um defensor da semirresponsablidade,

22. GARÓFALO, Rafaelle. Op. cit., p. 29-30.

23. Já em sua tese inaugural de 1878, *La Teoria dell ' imputabilitá e la negazione del libero arbitrio*, abriu debate com Francesco Carrara, para quem, sem livre-arbítro, não poderia existir ciência penal. Para Ferri, o "livre-arbítrio" não passava de uma "ilusão antropocêntrica".

24. ANITUA, Ignácio. *História dos pensamentos criminológicos*. Rio de Janeiro: Revan, 2008.

25. Cf. HOFF, Paul. Emil Kraepelin and forensic psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, v. 21, n. 4, 1998. p. 351.

26. Cf. ASCHAFFENBURG, Gustav. *Crime e repressão*. Psychologia criminal para médicos, jurisconsultos e sociólogos: contribuição para a reforma da legislação penal. Lisboa: Livraria Clássica Editora de A. M. Teixeira, 1904. p. 225.

assim como, também muito citado no Brasil, o médico crimonólogo belga, Louis Vervaeck.[27].

Na América Latina, José Ingenieros, no início da década de 1910, afirmava que a "legislação penal metafísica", baseada no livre-arbítrio, entrava em forte contradição com as novas ciências criminológicas. Para ele, seria "imprudente ou desonesta a aplicação das doutrinas científicas à lei atual". A "responsabilidade moral" – e o livre-arbítrio que a fundamentava – era uma abstração voluntarista ligada aos valores morais do cristianismo. Na realidade, o universo humano era repleto de indivíduos fronteiriços, entretanto, para ele, a ideia de "semirresponsabilidade" não era científica. O que o direito penal considerava como irresponsáveis (degenerados) eram indivíduos temíveis. Por isso, a tutela estatal deveria atingi-los no sequestro, em cárceres ou manicômios, a partir dos critérios da temibilidade. Ingenieros encampava, assim, uma cruzada contra a impunidade[28].

Outro texto com peso importante para a formação de psiquiatras e juristas brasileiros na questão da responsabilidade penal foi o do psiquiatra português Júlio de Matos, *Os alienados nos tribunais*, de 1902. Com argumentações em prol da especialização "psicofisiológica" do perito psiquiatra, Matos defendia que a iniciativa de colocar em questão a responsabilidade penal dos criminosos deveria ser do juiz. Ao psiquiatra caberia identificar um irresponsável não pelo seu ato, mas pela sua história, personalidade e quadro clínico. Com relação à prática pericial, para ele, "O problema médico-legal da irresponsabilidade não se resolveria com a simples afirmação da neurose, mas determinando se o crime foi praticado dentro ou fora da influência dela".[29]

Ou seja, a condição mental no momento do crime, e nisso residiam os maiores obstáculos pela deficiência da documentação policial e processual. Dentro dos cânones psiquiátricos articulados por ele, os casos mais importantes eram os de "mania transitória", que poderia gerar homicídios inconscientes, e os de "epilepsia essencial", não necessariamente convulsiva, mas que trazia em si a possibilidade da anormalidade mental no momento do crime[30].

27. BONT, Raf de. MetenenVerzoen en Louis Vervaecken de Belgische Criminele Antropologie, circa 1900-1940. *BEG-CHTP*, n. 9, 2001. p. 63.
28. INGENIEROS, José. *Criminologia.* Buenos Aires: Daniel Jorro, 1913. p. 36, 39-40, 43-44 e 50.
29. MATOS, Júlio de. *Os alienados nos tribunais*. Lisboa: Tavares Cardoso e Irmãos, 1902. p. 45.
30. Ibidem, p. 49, 51, 54 e 62.

Doravante, descrevemos e analisamos alguns debates teóricos sobre a responsabilidade penal, com foco no contexto do Rio de Janeiro, antes e depois do Código Penal de 1940.

3. Responsabilidade penal, "completa perturbação dos sentidos e da inteligência" e o saber psiquiátrico: os debates na vigência do Código Penal de 1890

Avaliando as ideias de Tobias Barreto (1839-1889) sobre a questão da responsabilidade penal, no final da década de 1930, o penitenciarista Lemos de Brito mostrou que o jurista sergipano, já na segunda metade do século XIX, via a relação entre "loucura" e responsabilidade penal como complexa e nuançada[31]. Desta maneira, Barreto, de acordo com Brito, teria adiantado pontos chaves do debate sobre imputabilidade, principalmente a respeito da contestação da noção de ato livre em razão das várias possibilidades de perturbações do sistema nervoso[32]. Para Barreto, se o livre-arbítrio não era tema simples, o direito penal necessitava, então, mais de uma "antropologia judiciária" informada pelo que havia de mais novo na medicina mental do que de filosofismos aos moldes de Kant. Desta maneira, Tobias teria pensado um lugar importante para os médicos na avaliação da responsabilidade penal, contanto que sem "hiperbolismos". Coetaneamente, no Rio, em 1886, Teixeira Brandão (1854--1921) questionou o Código Criminal do Império por "não prever um lugar para o perito-psiquiatra na avaliação do estado mental dos criminosos"[33].

O debate de cunho mais biológico, antropológico e psicológico acerca da responsabilidade penal, na primeira década do novo Código, teve marco fundamental com *Raças humanas e responsabilidade penal no Brasil* (1894), de Nina Rodrigues (1862-1906)[34]. O livro, no dizer de Rodrigues, era um "ensaio

31. BRITO, Lemos. Tobias Barreto e os problemas do sexo, menoridade e loucura no Direito Penal do seu tempo. *Revista de Direito Penal*, Rio de Janeiro, v. XXV, fasc. II e III, p. 125-134, maio-jun. 1939.

32. Ibidem, p. 131.

33. PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos,* Rio de Janeiro, v. 9(2), maio-ago. 2002. p. 338.

34. RODRIGUES, Nina. *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1934 [1894]. Consideramos aqui as análises também presentes em SCHWARCZ, Lilia M. *Nem preto nem branco, muito pelo contrário:* cor e raça na sociabilidade brasileira. São Paulo: Claro Enigma, 2012. p. 21-28.

de psicologia criminal brasileira", compilação de aulas, voltado para a crítica à legislação penal sob uma orientação científica. Em debate com o "espiritualismo penal", Rodrigues apontava para a raça como fato a ser considerado nas definições de responsabilidade penal no Brasil. Em uma chave evolucionista e poligenista, o médico maranhense pensava que as abordagens antropológicas, sociológicas e psicológicas mostravam que, se havia alguma ideia de livre-arbítrio viável, seria aquela que circunscrevia a "liberdade" a um grupo social único, com "coesão dos estados psíquicos"; cada "tipo antropológico" (racial), em níveis de evolução diferentes, teriam reações psicopatológicas diferentes[35].

Desta forma, as diferentes raças, com graus de desenvolvimento moral e intelectual variados, não poderiam ser niveladas no direito, porque, a depender do seu grau de desenvolvimento, tinham criminalidades próprias. O índio, por sua "cerebração insuficiente", com "carência no fenômeno psíquico de determinação voluntária", tendia a produzir, em seus descendentes mestiços, ímpeto de crimes contra a pessoa[36]. Os maiores problemas logo se apresentariam, e o principal deles se daria quando a "psicologia do criminoso" se desenvolver a tal ponto de desvelamento das causas do comportamento criminoso que transformará boa parte dos criminosos mestiços e de raças inferiores irresponsáveis. O livre-arbítrio colidiria, assim, com a defesa social. Igualmente, Rodrigues propunha que alguns negros e índios, em "estado quase selvagem", deveriam ser contemplados com uma "responsabilidade atenuada", enquanto os de "estado selvagem" tinham de ser inimputáveis. Quanto aos mestiços, seu nível de degeneração estaria estreitamente ligado ao seu nível de responsabilidade: os "mestiços superiores" eram responsáveis, os "mestiços comuns" de responsabilidade atenuada e os "mestiços degenerados" irresponsáveis.

Abriu-se, então, para Nina Rodrigues uma grande agenda de pesquisa empírica: a degeneração do mestiço e suas relações com a criminalidade. Nos anos seguintes, seguiu o rastro da resolução dos problemas colocados anteriormente, abordando as questões médico-judiciárias brasileiras e o lugar da medicina dentro do mundo penal. Em especial, em 1899, Rodrigues aprofundou o tema da criminalidade mestiça, inserindo-se no debate da antropologia criminológica europeia e latino-americana, com a publicação, nos *Archives d'Anthropologie Criminelle*, da pesquisa *Métissage, dégénerescence et crime*[37]. Traçando

35. RODRIGUES, Nina. *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil*. cit., p. 47 e 61.

36. Ibidem, p. 170.

37. Cf. RODRIGUES, Nina. Mestiçagem, degenerescência e crime. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 15, n. 4, p. 1151-1182, out.-dez. 2008 [1899]. A tradução é

um esboço de explicação étnico-racial do crime em diálogo com as discussões da antropologia criminal europeia, o autor salientou as "más condições dos cruzamentos" raciais no Brasil como fator degenerativo fomentador da criminalidade. A criminalidade mestiça seria violenta e impulsiva, expressão da degeneração e da "impulsividade inata das raças inferiores", podendo se manifestar de maneira "epileptoide". Desta forma, para Nina Rodrigues, seguir a "doutrina livre-arbítrio" da escola clássica seria transformar todos estes criminosos violentos – inferiores e mestiços – em inimputáveis, engendrando uma "impunidade generalizada", preocupação idêntica à que apresentava Ingenieros no seu compêndio de criminologia do início dos anos 1910, embora não com a tônica racialista de Rodrigues.

Afrânio Peixoto (1876-1947) publicou *Raças humanas e responsabilidade penal no Brasil*, em 1934, sob o argumento de que tal texto de Nina precisava ser relido à luz do contexto de reestruturação das leis penais do País, principalmente porque o médico maranhense se preocupava em estudar o "nacional", mesmo que com conceitual estrangeiro[38]. A *Revista Fon Fon*, muito dedicada a destacar novos livros nos anos 1930, contudo, não fez alarde sobre a publicação da mesma maneira que fez para a publicação de outros livros do autor, como *A animismo fetichista dos negros baianos* (1935) e os *Africanos no Brasil* (1933)[39].

Rodrigues, porém, ao menos no texto analisado, não se detém exclusivamente na dirimente da responsabilidade penal sob foco aqui, a "completa perturbação dos sentidos e da inteligência". Para alguns médicos e juristas das primeiras décadas do século XX, o conceito de "completa perturbação dos sentidos e da inteligência" era extremamente complicado e ambíguo, dando espaço para interpretações que ora ampliavam ora restringiam demais o que poderia ser um inimputável. Em algumas ocasiões era o conceito esticado e manipulado por bons advogados, ganhando caráter de imprescindibilidade a "penetração

de Mariza Correia. Originalmente foi publicada no v. 15, n. 83 dos *Archives*. Um problema científico importante seria conseguir separar a mestiçagem de outras causas do crime, por isso Rodrigues escolheu o estudo de localidade (Serrinha, interior da Bahia), levando em conta inclusive a cultura local como critério e padrão de normalidade. A pesquisa foi bem recebida, com elogios de Emile Laurent, em *Le Criminel du point de vue anthropologique, psychologique et sociologique* (1908). Cf. RENNEVILLE, Marc. L'anthropologie du criminel en France. *Criminologie*, v. 27, n. 2, p. 185-209, 1994.

38. PEIXOTO, Afrânio. A vida e a obra de Nina Rodrigues. In: RODRIGUES, Nina. *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil*. cit., p. 5-22.

39. Cf. *Revista Fon Fon*, 08.06.1935. p. 54; *Revista* Fon Fon, 24.06.1933. p. 62.

dos peritos psiquiatras nos tribunais"[40]. Nesse sentido, disputas significativas vão surgir na aplicação do Código nos tribunais e nos casos concretos.

Médicos como Afrânio Peixoto, Teixeira Brandão e Franco da Rocha (1864--1933) eram críticos da dirimente[41]. Uma questão fundamental dizia respeito às dificuldades de aplicar a lei vigente em casos – e não eram poucos – de indivíduos considerados "degenerados/fronteiriços". Para Franco da Rocha, psiquiatra de atuação no Juquery, em São Paulo, a "completa perturbação" equivaleria a um "estado comatoso", avaliação similar à feita por Peixoto. Desta forma, muito mais prático seria adotar a fórmula geral "alienação de todo gênero", evitando-se assim o orbitar de psiquiatras e juristas em torno de conceitos psicológicos imprecisos, como "consciência, juízo, raciocínio", posicionamento recuperado por Leonídio Ribeiro (1893-1976) e Murilo de Campos no início dos anos 1940.

Na leitura de Ribeiro e Campos, Afrânio, Franco da Rocha e Teixeira Brandão compartilhavam um raciocínio comum com Nina Rodrigues, no que tangia à relação entre psiquiatria e justiça criminal: os progressos psicopatológicos cada vez mais mostravam as anormalidades dos criminosos, com isso as irresponsabilizações – dentro dos critérios do direito penal clássico – de anormais perigosos tenderiam a se expandir. Em suma, a "temibilidade" teria que substituir urgentemente a responsabilidade moral, para essa comunidade argumentativa de médicos.

Uma das vozes destoantes é a do catedrático de medicina legal da FMRJ Agostinho de Souza Lima, que defendia, em alguma medida, "a equação" da "completa perturbação", justamente pelos dissensos vocabulares dos psiquiatras e médicos legistas, mas chamava atenção para o fato de que tal dispositivo poderia abrir brechas para a simulação de loucura[42], tema presente nos principais manuais de psiquiatria forense e medicina legal das primeiras décadas do século XX e em debates em sociabilidades dessa natureza. Nesse ponto, para Afrânio Peixoto, o dispositivo da "completa perturbação dos sentidos e da inteligência" poderia ser responsável pelo Brasil ser recordista em simuladores (16 casos coletados até 1916)[43].

40. PERES; NERY FILHO. Op. cit., p. 340.

41. PEIXOTO, Afrânio. *Elementos de medicina legal*... cit., p. 42-43; BRANDÃO, João Carlos Teixeira. *Elementos fundamentais de psiquiatria clínica e forense*. Rio de Janeiro: Ed. Leite Ribeiro e Maurillo, 1918. p. 13.

42. LIMA, Agostinho J. de Souza. Op. cit.

43. PEIXOTO, Afrânio. *Psico-patologia forense*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1916. p. 354-356. Nas primeiras décadas do século XX psiquiatras e médicos legistas

Já nos anos 1920 e 1930, Galdino Siqueira, no seu compêndio *Direito penal brasileiro* (edições de 1921, 1924 e 1932), mesmo reconhecendo as falhas, valorizou a intenção do legislador em abarcar vários tipos de distúrbios que poderiam levar à inconsciência, desde doenças mentais caracterizadas até abalos morais[44]. Também nos anos 1920, o juiz Smith de Vasconcelos se debruçou inteiramente sobre tema da responsabilidade penal com foco no artigo 27, que regia o tema, como vimos anteriormente[45]. Para ele, grande defensor da interpenetração entre as ciências médico-psicológicas e o direito penal, as dirimentes configuravam temas a serem solucionados pela psicopatologia forense, ainda que esta, no momento, fosse ciência inacabada. Nesse sentido, aderia aos posicionamentos de Afrânio Peixoto sobre o assunto: "responsabilidade não é droga que se pese como os ingredientes farmacêuticos, contando miligramas", ou colocando a "alma humana" numa balança[46]. Para Vasconcelos, responsabilidade penal requeria desejo, intenção, vontade para o crime. "Loucos" e outros tipos de doentes mentais, não poderiam, portanto, entrar aí. No que dizia respeito ao Código Penal em vigor e seu artigo 27, § 4º, a redação do dispositivo deveria ser outra, a saber: "Não será passível de penalidade aquele que, no momento de resolução e consumação do crime, se achar em *estado de perturbação qualquer dos sentidos ou da inteligência* que *não seja imputável ao agente*"[47].

Algumas palavras e expressões fariam toda diferença: *qualquer* e *ou*, e *não seja imputável ao agente*. *Qualquer* em vez de *completa*, dado que uma "completa perturbação" seria um conceito abstrato – "comatoso", como diria Franco da Rocha; o *ou* denotando que sentidos e inteligência poderiam estar perturbados separadamente; e *não seja imputável ao agente*, para retirar qualquer possibilidade de voluntariedade da perturbação. Para Vasconcelos, o bom uso da linguagem adequaria as leis penais e as ciências médico-psicológicas.

João da Costa Lima Drummond, na primeira década do século XX, desembargador e professor de direito criminal, foi uma referência entre os juristas na

---

desenvolveram várias estratégias para detectar simuladores. Junto da discussão de simulação de loucura vinham reivindicações de menor flexibilidade no entendimento da responsabilidade penal. Sobre isso cf. DIAS, Allister. *Dramas de sangue e loucura*. Psiquiatria e crime no Rio de Janeiro 1901-1921. Rio de Janeiro: Novas Edições Acadêmicas, 2017.

44. Cf. MENDONÇA, Joseli M. Nunes. Op. cit., p. 154.
45. VASCONCELOS, Smith de. *As dirimentes do Código Penal*. São Paulo: Livraria Acadêmica, 1923. p. 81-161.
46. Ibidem, p. 116.
47. Ibidem, p.82 (grifos nossos).

temática da responsabilidade, muito em razão da divulgação de suas "lições" por meio de compêndio de direito penal organizado pelo jurista Paulo Domingos Vianna[48]. Para Drummond, apesar do seu "valor científico", as proposições da "nova escola" penal, "positivista", não "destronaram" o classicismo penal e a ideia de livre-arbítrio. As "perniciosas tendências demolidoras" da responsabilidade moral, dentro de um sistema reformador instável, não passavam de fantasias, haja vista seu excessivo naturalismo e parca reflexão filosófica. Para os juristas neoclássicos, dentro dos quais Drummond se enquadrava, e estes eram os vencedores, a responsabilidade moral se assentava no livre-arbítrio, na capacidade do homem em distinguir e decidir entre o bem e o mal. Nesse sentido, ninguém podia negar a "liberdade moral atestada pelo senso íntimo", porque se "a fisiologia conhece o mecanismo da atividade psíquica ou mental, ela desconhece a essência ou a causa desta atividade, isto é, a leis intrínsecas do fenômeno psíquico".

Drummond discriminou, então, as causas que geravam irresponsabilidade criminal. As (I) "causas que atuam sobre a inteligência (consciência dos atos)": (I.1) falta de desenvolvimento mental – desenvolvimento não concluído (idade) e desenvolvimento tolhido (imbecilidade nativa, surdo-mudez); (I.2) falta de saúde mental que gerava "completa perturbação dos sentidos e da inteligência" – enfraquecimento senil, moléstias ou afecções mentais; (I.3) perturbações psíquicas funcionais que geram "completa perturbação dos sentidos e da inteligência" – sonambulismo (espontâneo, provocado [hipnotismo]), histerismo; (I.4) embriaguez completa ("período furioso"). E as (II) "causas que atuam sobre a vontade (liberdade dos próprios atos)": (II.1) constrangimento – físico (violência física irresistível) e moral (ameaças acompanhadas de perigo atual). Essa divisão mostra que, tomando uma visão do alienismo clássico do século XIX (sobretudo representado por Phillipe Pinel), Drummond entendia que a faculdade soberana da consciência era a inteligência, faculdade regedora das demais. Nesta chave a loucura não é senão uma doença da inteligência, ou da razão, não atuando na vontade.

Todos esses elementos correspondiam a atuantes sobre o "moral" e o "psíquico" da "infração penal", destruindo qualquer tipo de culpa. Deviam, para Drummond, ser mais claramente diferenciadas das "causas justificativas do

48. Utilizamos a 5ª Edição das "preleções professadas pelo Dr. Lima Drummond na Faculdade Livre de Ciências Jurídicas e Sociais do Rio de Janeiro", de bastante divulgação nos anos 1930. VIANNA, Paulo D. *Direito criminal (segundo as preleções professadas pelo dr. Lima Drummond)*. Rio de Janeiro: F. Briguiet & CIA Editores, 1933. p. 102-108; 119-127 e 128-136. Citações e argumentos a seguir são deste texto, das páginas referidas.

crime", entre as quais o melhor exemplo era a "legítima defesa". No que tangia às "insanidades mentais" (I.2), o magistrado destacava o problema da falta de consenso classificatório dos psiquiatras com relação a estes estados que suprimiam o discernimento ("juízo ético") e a "liberdade de querer". Neste aspecto, o momento do crime era o mais fundamental a ser apreciado, de preferência em perícia.

Outro jurista que se dedicou ao tema, desde os anos 1920, foi o juiz Ary Azevedo. Em um compêndio de direito penal que reunia suas aulas, o jurista assinalou que toda suspeição de irresponsabilidade deveria ser pensada a partir das "causas que influem sobre o elemento subjetivo do delito [...] e atuam sobre o elemento psíquico do crime"[49]. "Sentidos" e "inteligência", embora operando juntos no psiquismo humano, poderiam ser, para Azevedo, analiticamente separados. Para aferir as duas imprescindíveis seriam os métodos "biológicos" e "psicológicos" manipulados por psiquiatras especializados: o primeiro buscando a anormalidade e a moléstia cerebral, método que, para Azevedo, deveria ser "preconizado por todos os que desejam fazer verdadeira Justiça Penal" por conta das "íntimas ligações" que, para ele, existiam entre o direito penal e a biologia; o segundo buscando invadir e compreender aos "predicados psicológicos do indivíduo". O ideal seria a mistura, configurando-se um "método eclético". Tanto Azevedo como Drummond enfatizava um aspecto bom da dirimente da "completa perturbação", o qual se articulava com a inspiração bávara do Código de 1890: a "necessidade de concomitância entre o ato praticado e a perturbação do agente".

O diálogo de Azevedo, sem dúvida, dava-se neste contexto de debate particular, com os juristas mais "puristas", ou seja, mais resistentes à aproximação com os referenciais de conhecimento de origem médica, psicológica e biológica. Para ele, estes saberes tinham contribuição prática fundamental para o funcionamento da Justiça Criminal. Vale mencionar que Azevedo foi presidente do Tribunal do Júri do Distrito Federal por quase toda década de 1930 e considerava, em sua experiência, o potencial de elucidação que laudos psiquiátricos tinham para os jurados. Na ótica do magistrado, eram artefatos que ajudavam dar legitimidade a uma instituição muito contestada, ainda mais se produzidos por verdadeiros "cientistas do crime", como Heitor Carrilho e Afrânio Peixoto[50].

49. AZEVEDO, Ary. *Direito penal*. Apontamentos de um curso. Rio de Janeiro: Typ. E Lith. Almeida Marques, 1934. p. 253-297. Citações e ideias reproduzidas a seguir são desta referência, salvo indicações.

50. Cf. AZEVEDO, Ary. A perícia psiquiátrica nos processos penais. *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro,* ano 10, p. 7-11, 1939.

No terreno médico-psiquiátrico, Afrânio Peixoto foi referência e catalizador de muitas discussões no assunto. Para ele, de acordo com seus escritos de 1933, a noção metafísica de *livre-arbítrio* da chamada "Escola Clássica" (fundada por Beccaria) era absolutamente descartável para pensar o fenômeno criminoso, uma vez que todo homem dependia do "meio", da "raça", do "tempo", da "herança" e da "educação" que recebeu. Assim, a fórmula lisztiana era a melhor para apreender a questão, o que era praticamente um senso comum na comunidade argumentativa criminológica da cidade do Rio de Janeiro dos anos 1930, a saber: "capaz e responsável é todo homem mentalmente desenvolvido e mentalmente são"[51]. Ou seja, responsabilidade, de maneira objetiva, para Peixoto, implicava consciência dos atos, vontade passível de controle. A responsabilidade seria uma "consequência psicológica da inteligência, que compreende e executa a vontade"[52]. Em todos os casos duvidosos, os médicos deveriam estar presentes, mas não se guiando pela dirimente da "completa perturbação", considerada horrenda por Peixoto, mas por doenças mentais definidas na nosologia psiquiátrica.

Já Arthur Ramos considerava que o problema da responsabilidade penal requeria o encontro e o consenso entre as ciências criminológicas e os moldes clássicos da sanção penal. Dever-se-ia buscar uma "média pragmática" entre os "dados biológicos" e as "consequenciais sociais". Não sendo o homem "senhor dos seus atos", os juristas e médicos necessitavam das ciências psicológicas, entre elas a psicanálise. Nesse sentido, Arthur Ramos inovava o campo de debate, trazendo esse novo idioma como ferramenta para compreender o que modificaria a responsabilidade. A psicanálise poderia ser o amálgama que juntaria "raça", "temperamento" e "choques morais". Desse ponto de vista, para Ramos, todo e qualquer "homem anormal" seria irresponsável[53].

Júlio Porto-Carrero[54], antes de Arthur Ramos, via a psicanálise como uma ferramenta que elucidaria o tema da responsabilidade, mas pela sua negação,

51. PEIXOTO, Afrânio. Op. cit., p. 28-30.

52. Ibidem, p. 45.

53. RAMOS, Arthur. Responsabilidade criminal e seus modificadores. In: RAMOS, Arthur. *Loucura e crime*. Questões de psiquiatria, medicina forense e psicologia social. Porto Alegre: Globo, 1937. p. 168-178.

54. Foi psiquiatra do Hospital Nacional de Alienados na década de 1910, considerado um dos leitores mais ávidos de Freud, ao menos desde 1918. Atuou na sociedade citada e no primeiro curso de Criminologia (como extensão universitária) no País, em 1931. Seus argumentos básicos estão em PORTO-CARRERO, Júlio Pires. *Criminologia e psicanálise*. Rio de Janeiro: Flores & Mano, 1932. p. 16-35.

concepção que tinha a oposição de Afrânio Peixoto e, mais enfática, de juristas como Nelson Hungria. Para Porto-Carrero, o criminoso poderia ser alguém que não recebeu um poder frenador suficiente para evitar, sob certas condições sociais e afetivas, uma reação primitiva, violenta, ou alguém de fato "anormal" ou "doente". Em suma, com um sujeito que buscava a autopunição, pouco importava debater sobre sua responsabilidade. Para ele, psiquiatras e juristas gastavam energia discutindo a responsabilidade dos criminosos, encobrindo a questão central, a "crimiogenia", ou como o ato criminoso se gestava no psiquismo dos indivíduos.

Também na seara médico-forense, Heitor Carrilho figurava com centralidade no debate acerca da "completa perturbação". Para ele, tratava-se de uma fórmula "insustentável", inadaptada à defesa social e às necessidades jurídicas. Também admirador da fórmula de Liszt, o diretor do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (MJRJ) entendia que o perito não podia dizer da (ir)responsabilidade, tarefa do juiz, mas avaliar a "personalidade" do acusado. A perícia psiquiátrica-penal, neste sentido, atentaria, simultaneamente, para a "inconsciência" e para a "temibilidade", inconsciência decorrente de doença mental, ou inconsciência – de "avaliação infinitamente mais difícil e delicada" – "momentânea, transitória ou episódica". Por isso, a perícia tinha de ser minuciosa: destrinchar toda a "constituição antropológica e psíquica", realizando um "psicobiograma" no qual se analisaria o passado, o delito em si, os dados importantes dos autos, e o "estado do eu antes, durante e após o ato" criminoso. Carrilho reconhecia o quão precária e imprecisa era a perícia de uma inconsciência transitória, principalmente porque era feita *a posteriori*[55].

4. Responsabilidade penal em debate na primeira conferência brasileira de criminologia

Em 1927, por indicação do presidente Arthur Bernardes, Virgílio de Sá Pereira[56] elaborou um projeto de Código Penal. A partir desse projeto, em subcomissão legislativa, Sá Pereira, Evaristo de Morais e Mario Bulhões Pedreira

55. CARRILHO, Heitor. Objetivos da perícia psiquiátrica (aula inaugural de psiquiatria forense do curso de extensão universitária sobre medicina legal). *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano III, v. 1 e 2, p. 5-23, 1932.

56. Nasceu no Distrito Federal em 1896, foi promotor em São Paulo e advogado de renome no Rio em temas criminais. Atuou em defesas importantes de "criminosos" políticos durante o Estado Novo.

elaboraram outro projeto, o qual veio a público em 1933 (Projeto 118-A). A primeira Conferência Brasileira de Criminologia, em 1936, ocorreu quando esse projeto estava no Senado. Ela tinha por objetivo debater todos os pontos do projeto. Sem dúvidas, o evento foi palco das maiores discussões sobre responsabilidade penal nos anos 1930, com o tema ocupando quatro sessões daquele encontro.

A primeira tese do congresso, com relatoria de Narcélio de Queiroz[57], encerrava a seguinte questão: "os conceitos de imputabilidade e responsabilidade e a distinção entre eles feita no projeto atendem à ciência penal contemporânea e aos interesses sociais brasileiros?". O projeto de Sá Pereira, Morais e Bulhões Pedreiras estipulava o seguinte:

> Carecem de imputabilidade aqueles que, por doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardo, perda ou grave alteração de consciência, não possuírem a faculdade de normalmente determinar os próprios atos. Se esta faculdade, não estando abolida, estiver, entretanto, sensivelmente diminuída por alguma das causas acima especificadas, a imputabilidade será restrita[58].

Para Queiroz, um Código Penal só poderia ser fruto dos "princípios pacíficos da ciência", em razão disso concluiu que a distinção entre imputabilidade e responsabilidade não tinha "utilidade prática". Avaliar os fatores psicológicos e biológicos que intervinham "na vontade" seria algo de "natureza nitidamente subjetiva", podendo gerar "graves dificuldades na aplicação da lei". Por fim, a "imputabilidade restrita" deveria ser retirada do projeto, posto que não era um conceito com respaldo científico, baseando-se em "conhecimentos meta-jurídicos" vindos de "ciências" cujas "aquisições" estavam "sujeitas ainda a mais larga controvérsia"[59].

Sobre esse último aspecto, Queiroz se baseou no "Apenso" – enviado ao congresso e publicado nos Anais da conferência – de João Aureliano Correia de Araújo, livre docente da Faculdade de Direito de Recife e desembargador da Corte de Apelação de Pernambuco. Nesse documento, o desembargador se posicionou contrário à "semi-imputabilidade", um "conceito falso", proveniente do

57. Juiz no Distrito Federal, membro da Sociedade Brasileira de Criminologia. No final da década de 1930 fez parte da Comissão Revisora do Código Penal.

58. QUEIROZ, Narcélio. Relatório sobre a Tese I na 2ª Sessão da 1ª CBC. *Revista de Direito Penal*, v. XV, fasc. I a III, out.-dez. 1936. p. 37.

59. Ibidem, p. 37-40.

terreno "vacilante" e controverso da psiquiatria. Se o projeto teimou em adotar o conceito metafísico de "responsabilidade moral", em detrimento do conceito científico, da "Escola Positivista", de "responsabilidade social", ao menos racional seria o congresso rejeitar a "imputabilidade restrita", cuja inclusão nos debates penais e criminológicos se deu por reivindicações da psiquiatria. Esses psiquiatras, para João Aureliano, desdobraram a "imputabilidade restrita" de uma "tese neurológica" da responsabilidade.

> À medida que se alteram as funções desses elementos anatômicos do cérebro [centros elevados], a responsabilidade do homem, que se acha fisiologicamente ligada à integridade dos neurônios corticais, diminui no mesmo grau de sua alteração[60].

Para esses psiquiatras, existiria um substrato físico a partir do qual se poderia avaliar a responsabilidade (os "neurônios corticais"). Trata-se de um momento de interesse neuroanatômico e fisiológico de segmentos do conhecimento psiquiátrico produzido em língua francesa, na passagem do século XIX para o XX, no qual a anatomia substitui a semiologia, em uma busca de estruturas e funcionamentos patológicos[61]. Segundo o jurista de Pernambuco, essa perspectiva sofreu sérias objeções de profissionais do direito e da psiquiatria, no que diz respeito à responsabilidade penal. O primeiro é que não existiria um "fenômeno" que pudesse medir o estado dos neurônios e sua implicação na imputabilidade. Para Aureliano, não sendo a classificação psiquiátrica um elemento seguro, os "semiloucos" tinham de ser considerados inimputáveis. Caía-se no problema do perigo que certas irresponsabilizações poderiam significar. O domínio e erudição psiquiátrica de Aurelino denotam o quanto a tradição jurídica de Recife mantinha interesse nos saberes médico-psicológicos, ainda que para uma melhor fundamentação do debate, mesmo com o crescimento das críticas e interpretações mais higienistas e pedagógicas nos anos 1920[62].

A apresentação do relatório de Queiroz, fundamentado no "apenso" de Aureliano, deu ensejo ao debate. O desembargador Hunald Cardoso, da Corte de Apelação de Sergipe, apoiou o relatório em todas as conclusões, sobretudo

60. ARAÚJO, João A. C de. Apenso IV dos Anais da 1ª CBC. *Revista de Direito Penal,* v. XV, fasc. I a III, out.-dez. 1936. p. 307. Passagem do muito citado livro *Demi Fous et Demi Responsables* de Grasset.

61. Cf. HUERTAS, Rafael. *Outra historia para outra psiquiatria*. Barcelona: Xoroi Edicions, 2017. p. 122-127.

62. Cf. SCHWARCZ, Lilia M. *O espetáculo das raças:* cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993. p. 200-218.

quanto a "imputabilidade restrita", dispositivo que geraria o absurdo do "casamento de pena e medida de segurança"[63]. Roberto Lyra aproveitou a ocasião para mencionar sua campanha contra o que chamava de "medicinização do direito penal". Para ele, a construção do direito penal como uma "ciência" estritamente "jurídica e social" dependia do afastamento de "critérios biológicos". Seguiu, na sua argumentação, as ideias de psiquiatras que tinham por "absurdo" a ideia de imputabilidade atenuada, expressão de tentativa indevida da medicina de "subtrair os delinquentes à ação da justiça"[64]. Nesse sentido, para Lyra, o projeto de Sá Pereira, Pedreiras e Morais atacava a "prerrogativa judicial" ao dar centralidade ao médico no assunto da responsabilidade.

Para Lyra, psiquiatras de renome, em âmbito internacional, mostravam o quanto os peritos psiquiatras atuavam atentos somente ao lado individual do problema criminal. Psiquiatras que consideravam as "insuficiências" de sua disciplina. A esta disciplina ela só deveria caber o terreno da "inimputabilidade". Na sua declaração de voto, Lyra ainda argumentou contra uma possível enumeração, no Código Penal, de "causas de inimputabilidade", até porque considerava falhas todas as classificações de doenças mentais existentes[65].

Depois de Lyra, Carrilho tomou a palavra. De maneira ponderada, afirmou a necessidade de exame mental obrigatório para a maior parte dos criminosos e a existência clínica da "capacidade (de imputação) restrita", sobretudo no que se relacionava ao grupo de indivíduos inscrito no rol das "constituições psicopáticas". Por fim, reiterando um ponto recorrente nas suas argumentações ao longo dos anos 1930, demarcou as "vantagens da colaboração dos biologistas, dos médicos e dos psiquiatras, firmando os traços que definem a personalidade dos delinquentes, a sua constituição, o seu temperamento e o seu caráter", como meio fundamental para a tão almejada individualização da pena[66].

No dia seguinte, os debates continuaram. Tomou a palavra Gualter Lutz[67]. Respondendo à Lyra, teceu elogios ao projeto por incorporar o que havia de

63. CARDOSO, Hunald. Fala sobre a Tese I na 2ª Sessão da 1ª CBC. *Revista de Direito Penal*, v. XV, fasc. I a III, p. 40-42, out.-dez. 1936.

64. LYRA, Roberto. Fala sobre a Tese I na 2ª Sessão da 1ª CBC. *Revista de Direito Penal,* v. XV, fasc. I a III, p. 43-46, out.-dez. 1936.

65. LYRA, Roberto. Fala sobre a Tese I na 2ª Sessão da 1ª CBC. cit., p. 90-92.

66. CARRILHO, Heitor. Fala sobre a Tese I na 2ª Sessão da 1ª CBC. *Revista de Direito Penal*, v. XV, fasc. I a III, p. 46-49, out.-dez. 1936.

67. Foi, desde 1928, médico legista do Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro. Na década de 1940, se tornou professor de medicina legal da Universidade do Brasil. Buscou trazer as teorias constitucionalistas do período do entre guerras para o campo

mais científico das reflexões e práticas criminológicas, não significando que a classe médica tivesse como propósito a "veleidade de concorrer com os juristas". No caso da responsabilidade, para Lutz, os peritos cumpriam o papel de "olhos da Justiça", sendo a "responsabilidade restrita" uma realidade clínico-forense, da mesma maneira que pensava Carrilho. Ademais, confiante na solidez das científicas classificações psiquiátricas, a lei deveria discriminar os estados mentais que implicavam imputabilidade, até mesmo para uma melhor orientação das "medidas de segurança", vislumbradas com significativo escopo pelo projeto em discussão. Desta forma, para ele, as "condições de inimputabilidade" consagradas na literatura psiquiátrica eram o "desenvolvimento mental incompleto", as "psicoses", os "distúrbios que levem a graves alterações de consciência", "defeitos ou anomalias da inteligência", "psicopatias (distúrbios de personalidade)" e "neuroses compulsivas[68]".

Lutz foi apoiado na sua fala pelos profissionais do direito Madureira de Pinho, Mario Bulhões Pedreiras, Evaristo de Morais e Jorge Severiano, defensores da imputabilidade restrita. Pedreiras, um dos redatores do projeto, no entanto, entrou em debate com Heitor Carrilho, por quem foi apartado algumas vezes do decurso de sua fala. A controvérsia girou em torno, sobretudo, de uma expressão presente no projeto para definir uma das condições da irresponsabilidade ou responsabilidade restrita: "grave alteração da consciência[69]". Para Pedreiras, o termo supunha, explicitamente, uma "causa patológica"; para Carrilho, este tom explícito não era evidente. O advogado desafiou, então, o diretor do Manicômio Judiciário a apresentar fórmula mais correta do ponto de vista científico. O médico aceitou o desafio. A sessão seguinte da conferência começou, assim, com a apresentação da chamada "fórmula Carrilho".

> Carecem de imputabilidade aqueles que, em virtude de psicopatia, não possuírem a capacidade de normalmente determinar os próprios atos ou os que, no momento de delinquir, tiverem revelado profunda perturbação psíquica que importe em grave distúrbio de consciência. Parágrafo único. Se a capacidade de normal determinação dos próprios atos, não estando abolida,

---

das reflexões criminológicas nos anos 1930. Escreveu sobre muitos temas, como homossexualismo e psicanálise. Para ele, a criminologia deveria ter uma base psiquiátrica. Segundo filho de Adolpho Lutz. Cf. LUTZ, Gualter. Bases psiquiátricas da criminologia. *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano VII, v. 1 e 2, p. 15-43, 1936.

68. LUTZ, Gualter. Fala sobre a Tese I na 3ª Sessão da 1ª CBC. cit., p. 55-58.

69. PEDREIRAS, Mario B. Fala sobre a Tese I na 4ª Sessão da 1ª CBC. *Revista de Direito Penal*, v. XV, fasc. I a III, p. 58-64, out.-dez. 1936.

> estiver, entretanto, sensivelmente diminuída por algum dos motivos acima especificados, previamente indagados em perícia psiquiátrica, a imputabilidade será restrita[70].

Lutz, em apoio ao colega, taxou de "elegante" a fórmula sugerida, ainda mais por não dar tanta centralidade ao conceito controverso de "capacidade de determinação". Depois de certa polêmica sobre a validade da apresentação de "substitutivos" na conferência, Magarinos Torres, presidente na conferência, se comprometeu a enviar a fórmula de Carrilho para o Congresso Nacional. Em seguida foi, enfim, votada a Tese I. A primeira conclusão de Queiroz foi de que é "perigosa a enumeração como está feita, das causas da inimputabilidade, no artigo 19 do projeto". Considerava que tal enumeração poderia dar muito poder à psiquiatria, constituindo perigo para o efetivo exercício da defesa social, função primacial do direito penal. Votaram a favor, entre outros, Magarinos Torres, Aluisio Câmara, Roberto Lyra, Heitor Carrilho e Yolanda Mendonça[71]. A conclusão foi aprovada com 24 votos a favor e quatro contra. Segunda conclusão foi de que "não deve ser mantido no projeto o conceito de imputabilidade restrita, nem mesmo para os silvícolas e os surdos-mudos". Votaram contra, ou seja, a favor da "semirresponsabilidade" ou "responsabilidade restrita (atenuada)", como vimos, um ponto fundamental – ainda que não consensual – da agenda psiquiátrica-forense de início do século XX, entre outros, Magarinos Torres, Lemos de Brito, Heitor Carrilho e Yolanda Mendonça. A conclusão foi rejeitada por dezessete votos contra dez, uma vitória da demanda psiquiátrico-forense histórica.

Dois anos depois, em 1938, Roberto Lyra escreveu um pequeno texto com as impressões que vinha tendo dos debates da comissão revisora do Código Penal (agora projeto Alcântara Machado) acerca da responsabilidade penal[72]. Para ele, a mentalidade da Comissão seguia a leitura de que a biologia e a psicologia eram ciências individualistas, enquanto o direito penal representava uma ciência social voltada para a defesa e o equilíbrio social, "contra todos os perigosos": "Tudo indica que o futuro Código transportará o instituto da capacidade penal da biologia para o direito, restituindo a este, sob o título de – responsabilidade – o que aquela usurpara para a chamada imputabilidade[73]."

---

70. CARRILHO, Heitor. Fala sobre a Tese I na 5ª Sessão da 1ª CBC. cit., p. 69.
71. Única mulher presente no Congresso. Advogada, também fazia parte da SBC.
72. LYRA, Roberto. A capacidade penal e o futuro Código. *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano IX, v. 1 e 2, p. 11-24, 1938.
73. Ibidem, p. 12.

O diagnóstico indicava que já teria havido uma usurpação no tema da responsabilidade, até mesmo no vocabulário. A terminologia estava em disputa, e as semânticas sendo reinventadas. No futuro Código, a responsabilidade atenuada, reivindicação psiquiátrica, para o promotor, não residirá em "puros critérios biológicos", mas na dimensão "moral e social do fator que teria atuado, no *momento do crime*, em prejuízo da vontade e da consciência". Assim, o fator "biológico" deveria ceder aos fatores sociais e morais. Nas palavras do jurista, um ano antes de veiculação do novo Código, mesmo com a pena diminuída, os semirresponsáveis perigosos serão contemplados com sérias "medidas de segurança[74]".

Alguns pontos do que foi exposto até aqui devem ser salientados. Primeiro, nos anos 1930, do que pudemos inferir dos textos e discursos médicos e jurídicos descritos até aqui, a noção de livre-arbítrio apareceu bem pouco nos debates, tendo mais relevo a noção de "responsabilidade moral". Mais ainda, na comunidade argumentativa criminológica dos anos 1930, mesmo entre a maior parte dos médicos, tal concepção de "responsabilidade moral" não contradizia as assertivas dos saberes médico-psicológicos, diferentemente do que se colocou em fins do século XIX e início do século XX. Como vimos, para Nina Rodrigues e outros, as concepções científicas de estudo do crime – "psicologia do criminoso", "psicologia criminal" e "psicopatologia forense" – poderiam afetar funcionamento de uma justiça pautada na noção de livre-arbítrio. Não havia, como percebemos a partir dos textos e discursos arrolados, entre psiquiatras de maior atuação nos anos 1920, 1930 e 1940, como Heitor Carrilho, Afrânio Peixoto, Gualter Lutz, Leonídio Ribeiro e outros, nem mesmo entre alguns juristas, o receio de colisão entre as ciências médico-psicológicas de compreensão do fenômeno do crime e, portanto, da responsabilidade penal, e a norma jurídica, ou mesmo que esta colisão pudesse comprometer a defesa social pela irresponsabilização de indivíduos anormais, mas perigosos.

Relacionado a isso, o conceito de periculosidade não foi acionado para substituir o de responsabilidade, como no início do século. Essa lógica de "porta giratória" – sai a responsabilidade no discurso psiquiátrico entra a periculosidade – não tinha força como se indica para outros contextos[75]. A marca mais forte entre boa parte dos psiquiatras era a solução de compromisso com a Justiça Criminal, suas normas, protocolos e ideias fundamentadoras. Por outro lado, no discurso de alguns juristas analisados, era forte a representação da

74. Ibidem, p. 17.

75. Na Espanha do entre guerras, por exemplo. Cf. CAMPOS, Ricardo. Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936). *Asclepio*, Madri, v. XLIX – 1, p. 38-53, 1997.

psiquiatria como uma ciência em um estado "atrasado". Percepção que convivia, contudo, com uma imagem da psiquiatria como ferramenta auxiliar fundamental para o jurista no seu fazer penal, na sua construção de verdade, como insistiam magistrados como Ary Azevedo e Magarino Torres.

Em segundo lugar, a agenda da "responsabilidade atenuada" (ou "semi-imputabilidade"), importante também em outras comunidades de debate, como na França dos anos 1900[76], teve aqui impacto fundamental, impondo-se na primeira Confederação Brasileira de Criminologia, e isso, por meio da noção de que a complexidade dos fenômenos psicopatológicos quebrava a dicotomia responsabilidade *versus* irresponsabilidade, mas ela não foi consenso. No discurso de alguns juristas, e de Afrânio Peixoto também, a "responsabilidade atenuada" passou a ser utilizada pelos psiquiatras e médicos legistas quase que como uma prova de incompetência e subterfúgio. Para juristas como Narcélio de Queiroz, João Aureliano e Roberto Lyra, a "imputabilidade restrita" era "metajurídica", não possuindo caráter científico. Em especial, para Lyra, dever-se-ia fugir da biologia para a construção de leis penais que de fato levassem à defesa social. Nesse sentido, a "semirresponsabilidade" era considerada uma invasão indevida dos "biologistas" na grande temática jurídica da responsabilidade penal. Nisso, uma das estratégias centrais de argumentação de Lyra, em intervenções de várias naturezas, foi se apropriar de argumentações de psiquiatras que mostravam as insuficiências de sua ciência para tratar de temas penais.

Entretanto, para psiquiatras e médicos legistas, como Heitor Carrilho e Gualter Lutz, a "responsabilidade restrita", ou semirresponsabilidade, se verificava na prática pericial como uma realidade, um dado empírico. Ela decorria do melhor entendimento e estado atual do conhecimento psiquiátrico, cuja prática percorria a história pessoal do paciente, a personalidade na sua integralidade, o "estado da mente" no momento da execução do crime e as características do próprio crime em si. Carrilho, entre outras coisas, argumentou bastante em torno da importância da psiquiatria para uma individualização de fato da pena. A "fórmula Carrilho", obtendo alguns apoios importantes, mostrou a adesão do diretor do MJRJ ao conceito de "psicopatia", conceito mais abrangente, incluindo no seu bojo as "doenças mentais" e os problemas de "desenvolvimento mental". Mais importante, juridicizou a prerrogativa da perícia psiquiátrica. Já Lutz apresentou posicionamento mais forte no sentido de que o novo Código adotasse claramente categorias psiquiátricas.

76. Cf. RENNEVILLE, Marc. *Crime et folie:* dues siècles d' enquêtes médicales et judiciaires. Paris: Fayard, 2003.

A redação dos textos que dizem respeito à irresponsabilidade de pessoas com possível sofrimento psíquico nos três momentos pelos quais passamos – o artigo 27, §§ 3º e 4º, do Código Penal de 1890; o artigo 19 do projeto de Sá Pereira, Evaristo de Morais e Bulhões Pedreiras, de 1934; a "fórmula Carrilho", de 1936 – sugere elementos importantes. Noções como "imbecilidade nativa", "enfraquecimento senil" e, principalmente, "completa privação/perturbação dos sentidos e da inteligência", perderam validação nas culturas jurídicas e médicas, sobretudo no pós Primeira Guerra Mundial. As noções de "doença mental" e "desenvolvimento mental incompleto ou retardado" adquiriram cientificidade, como aparecem no projeto de 1934, elaborado por três dos principais advogados criminalistas do período. Vem à tona também a lógica da possibilidade de determinação dos "próprios atos", ausente no conjunto dos doentes mentais. Carrilho aciona, por sua vez, o termo que é tido por mais científico na medicina mental do momento, "psicopatia". Acreditava, ainda, que alguns indivíduos, mesmo que não "psicopatas", poderiam em certo momento ter "profunda perturbação psíquica", o que os deixariam em uma condição de inimputabilidade.

5. Recepções dos novos contornos da responsabilidade penal no Código Penal de 1940

A redação do artigo 22 (depois 26) do Código Penal de 1940 assumiu a categoria "doença mental" e "desenvolvimento mental incompleto ou retardado". Incorporou também a noção de "perturbação da saúde mental". A promulgação do novo Código Penal estimulou muitos debates no período imediato a sua entrada em vigor acerca da temática da responsabilidade penal.

> É isento de pena o agente que, por doença mental, ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato, ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento[77].

77. Artigo 26 do Decreto-lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal de 1940). Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm]. Acesso em: 02.10.2016.

O texto fundamental sobre o qual se debruçou o debate foi a "Exposição de Motivos" de Francisco Campos. Para Campos, responsabilidade penal e responsabilidade moral era a mesma coisa, no sentido de que, aquele que cometia um crime, para ser responsabilizado por ele, deveria ter "capacidade de entendimento" e "liberdade de vontade" para o ato. Com esse pressuposto, escapar-se-ia de qualquer discussão "metafísica" sobre "determinismo e livre-arbítrio"[78]. Daí derivou a adoção de um "sistema" de apreciação "biopsicológico"; ou seja, "se o agente, em razão de enfermidade ou retardamento mental era, no momento da ação, incapaz de entendimento ético-jurídico e autodeterminação"[79]. Para o ministro, o "método" estrito dos psiquiatras era insuficiente, já que unicamente biológico, admitindo "aprioristicamente um nexo constante de causalidade entre o estado mental patológico do agente e o crime", ficando assim o juiz subjugado ao médico. Desta forma, o "tempo da ação ou omissão" tinha de ser elemento central[80]. Campos, nessa crítica aos psiquiatras, seria contestado por Gualter Lutz, como veremos.

O parágrafo único, seguinte ao artigo, dava conta da redução de pena "em virtude de perturbação da saúde mental". Esse parágrafo, segundo Campos, visava os "fronteiriços" ou "psicopatas", indivíduos sobre os quais a psiquiatria não tinha consenso. Campos, porém, apoiando-se na literatura psiquiátrica alemã, entendia que os "psicopatas" eram intimidáveis pela pena. Nesse sentido, "em face da diversidade e dubiedade dos critérios científicos, o projeto, no interesse da defesa social só podia [...] declarar responsáveis os 'fronteiriços'"[81], deixando ao juiz o critério de redução da pena e da aplicação da "obrigatória medida de segurança", isso por conta, ainda, da necessidade de "reforçar no espírito público a ideia de inexorabilidade da punição", com vistas a não desacreditar a "função repressiva do Estado"[82]. O poder sobre os "fronteiriços" estava seguramente nas mãos dos juízes na modulação da pena, e não dos médicos.

Entre 1940 e 1942, três conferências sobre o assunto ganharam repercussão: do psiquiatra paulista Pacheco e Silva, de Adolfo Gualter Lutz e do magistrado e membro da comissão revisora do novo Código, Nelson Hungria. Pacheco e

78. CAMPOS, Francisco. Exposição de motivos. *Arquivos da Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro,* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano X, v. 1 e 2, p. 75-138, 1940.

79. Ibidem, p. 77.

80. Ibidem, p. 95 e 97.

81. Ibidem, p. 101.

82. Ibidem, p. 104.

Silva, em 1941, professor de Psiquiatria da USP, apresentou uma conferência na Faculdade de Direito daquela Universidade[83].

Para Pacheco e Silva uma questão despontava como crucial nos debates médico-penais sobre responsabilidade penal com o novo Código: ela seria ou não um assunto da "alçada do médico psiquiatra"? Pacheco e Silva acreditava que sim, o psiquiatra acreditava que a ciência psiquiátrica não poderia deixar de se pronunciar sobre a questão. O professor da USP fazia questão de rememorar o Congresso de Psiquiatria de Genebra de 1907, marco fundamental no debate internacional do tema. Ali, a maioria dos psiquiatras opinou por retirar a responsabilidade penal da competência psiquiátrica. Isso denotou, no seu ponto de vista, a "falência da ciência (psiquiátrica) oficial" perante a Justiça e a opinião pública. Para ele, asseverando o posicionamento de psiquiatras como Charles Vallon, Régis e Bleuler (1924) e, principalmente, Grasset, a responsabilidade penal não poderia ser considerada uma questão metafísica, tanto que a Justiça Criminal demandava as respostas de uma "ciência natural" (Kraepelin) como a psiquiatria e não da filosofia. Nesse sentido, o psiquiatra tinha de estar de braços dados com o juiz, informando-lhe sobre o estado mental de certos indivíduos "criminosos" e, sobretudo, da relação deste estado com o crime perpetrado[84].

O psiquiatra paulista, também adepto da definição de responsabilidade de Liszt, entendia que aos psiquiatras se desenhavam quatro possibilidades quando inquiridos sobre a responsabilidade: tratar-se de "homem normal", de um "doente", de um "fronteiriço" ou de alguém que, no momento do crime, por alguma razão, "tinha a faculdade mental afetada" em alguma de suas dimensões[85]. Desta forma, desagradou-lhe a fórmula contida no texto final da lei penal: "doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado". No seu ponto de vista, compartilhado pelo médico legista Leonídio Ribeiro, como veremos, a comissão deveria ter mantido o conceito pelo qual optou Alcântara Machado quando da elaboração do projeto original, "alienação mental", ou mesmo a noção de "psicopatia" – como na "fórmula" de Carrilho –, mais ampla e "científica". Por outro lado, no seu entendimento, o Código acertou em assimilar a "responsabilidade atenuada", concepção fruto da "evolução

83. PACHECO E SILVA, Antônio C. O problema da responsabilidade em face da psiquiatria. *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano XII, v. 1 e 2, p. 53-75, 1941.

84. Ibidem, p. 56-59.

85. Ibidem, p. 61.

das ideias psiquiátricas".[86] Pacheco e Silva não mencionou, contudo, a ausência histórica de consenso na comunidade psiquiátrica a respeito do tema.

Gualter Lutz, em conferência no *Instituto de Ciências Políticas* em junho de 1941[87], posicionou-se de maneira semelhante a Pacheco e Silva, reconhecendo que o novo Código mais acertou do que errou na temática. Para Lutz, o novo Código significou um "imenso progresso na apreciação da responsabilidade", principalmente pela necessidade premente que instituiu da figura do perito para investigar o "estado mental" de alguns indivíduos que cometeram crimes[88]. Lutz defendia o "exame detido" em todos aqueles que cometeram delitos "incompreensíveis em face da psicologia normal", não fazendo eco à reivindicação tradicional de exames em *todos* os criminosos. Para ele, ao longo dos cinquenta anos de vigência da "completa perturbação", a perícia psiquiátrica constituiu-se como contrapartida das "falsas interpretações", com a maior parte dos laudos sem "conclusões benévolas" para os acusados[89]. As acusações que partiam de juristas de que os psiquiatras aceitavam quase sempre a dirimente não possuía fundamento nas estatísticas, já que uma porcentagem "insignificante das absolvições" decorria do "parecer médico", no seu entendimento[90]. Por outro lado, o novo Código também consertou um erro histórico ao descontar o prazo de "internação (em alienação superveniente) do tempo da pena", reivindicação histórica de Carrilho ao longo dos anos 1920 e 1930[91].

Para Lutz, a responsabilidade penal dizia respeito à "capacidade de apreensão das noções de bem e mal" e a "correspondente repulsa afetiva contra o crime", aspectos que seriam conquista "primacial da personalidade humana"[92]. O estado do conhecimento psiquiátrico, apesar de suas reconhecidas limitações, discerniu pontos importantes, aos quais todos os peritos deveriam atentar a partir da vigência do novo Código. Primeiro, os "psicóticos graves" eram, quase sempre, irresponsáveis, mas o olhar do perito tinha que se dirigir para as "fases" e as "causas" do distúrbio psicótico. Poderiam ser "alienações

86. Ibidem, p. 69.

87. LUTZ, Gualter Adolfo. A responsabilidade criminal no novo Código Penal (arts. 22, 23 e 24). *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano XII, v. 1 e 2, p. 79-130, 1941.

88. Ibidem, p. 80.

89. Ibidem, p. 82-84.

90. Ibidem, p. 91.

91. Ibidem, p. 102.

92. Ibidem, p. 111.

transitórias" por causas orgânicas, "reacionais", "estados psiconeuróticos", "delírio dos degenerados" etc., aspectos que problematizariam a avaliação, cabendo ao perito precisar o quanto do "delírio" foi determinante no crime[93]. Nos casos de "loucura verdadeira" ou "psicose declarada" ("esquizofrênicos" e "paralíticos gerais"), tinha-se a irresponsabilidade por incontestável. Os neuróticos, por seu turno, muito raramente poderiam ser incluídos em um registro de irresponsabilidade, somente quando comprovada a "irresistibilidade" de seus "impulsos". Já os "automatismos" (epiléticos, "sonâmbulos" e "estados tóxicos"), quando comprovados, significavam irresponsabilização[94].

Lutz, embora aplaudindo o Código, dirigiu duas críticas às apreciações de Francisco Campos. A primeira concernia à avaliação de Campos, na "Exposição de Motivos" do novo Código, do "método biológico dos psiquiatras". E a segunda nas explicações articuladas por Campos sobre a responsabilidade penal das "personalidades psicopáticas".

No primeiro ponto, na ótica do legista, Campos não compreendeu a validade real do "método biológico dos psiquiatras" ao afirmar que este implicava um "nexo constante de causalidade entre o estado mental patológico do agente e o crime"[95]. Para Lutz, a responsabilidade, na visão da maioria dos psiquiatras, não estava "condicionada a uma absoluta normalidade da mente". A função reivindicada historicamente pelos peritos tinha a ver com o estabelecimento da relação entre a "doença e o crime", ou entre o "feitio temperamental e o ato delituoso", em uma "cadeia contínua"[96]. Nesse sentido, o juiz deveria delegar a peritos de sua confiança a avaliação dos estados da mente, assim como a sociedade delegava a um engenheiro competente "o juízo sobre estática de um arcabouço[97]". Lutz exemplifica com um caso vivenciado pelo psiquiatra espanhol Ruiz Maya, acerca de um "delirante" que veio a júri completamente normal.

> Estaria a perder a justiça se o Juiz, homem de sentimentos muito elevados, não acedesse à insinuação de Ruiz Maya no sentido de ser-lhe permitido dirigir quatro ou cinco perguntas ao doente. Mal as respostas começaram a se fazer e o doente havia exposto um sistema delirante[98].

93. Ibidem, p. 117.
94. Ibidem, p. 120.
95. Ibidem, p. 123.
96. Ibidem, p. 125-126.
97. Ibidem, p. 128.
98. Ibidem, p. 114.

A competição com o juiz, porém, não poderia nunca existir, já que os dois estariam de braços dados em prol da defesa social e internamento de todos os irresponsáveis.

Leonídio Ribeiro e Murilo de Campos também se colocaram no debate sobre o tema depois da publicação do Código Penal. Ambos cobraram a falta de uma participação medicamente informada na comissão revisora, atuação que seria altamente positiva no que concernia à responsabilidade penal, espaço histórico da colaboração entre médicos e juristas. Essa ausência médica teria levado à incorporação do controverso conceito de "doença mental", não materializando a lei o complexo debate sobre "normalidade", presente na literatura psicopatológica europeia. O debate brasileiro sobre o tema deveria ser revisto, para Ribeiro e Campos, à luz do debate alemão, mais avançado do ponto de vista médico-psicológico e filosófico, posto que ancorado em vastas pesquisas empíricas de psiquiatras como Kraepelin, Kretschmer, Rudin, Kurt Schnneider, Lange e outros. Para os dois médicos, melhor teria sido a adoção do conceito de "alienação mental", mais abrangente, como também achava Pacheco e Silva. Apesar disso, os autores consideravam que o novo Código brasileiro tinha avançado[99].

Nelson Hungria, por sua vez, proferiu uma conferência na SBC no dia 29 de setembro de 1942 sobre o assunto[100]. Ali justificou o dispositivo de cuja redação participou, deixando uma mensagem principal, sobretudo para aqueles que consideraram o Código "demasiadamente rigoroso" no tema da responsabilidade:"Ninguém no seio da coletividade tem *carta branca* para cometer crime [...] e, desde que ao delinquente não foi possível agir *socialmente*, deve atingi-lo a aguilhada da pena, para que acerte o passo ao ritmo da ordem jurídica[101]."

Para Hungria, toda a responsabilidade penal tinha seus "pressupostos psíquicos" ("condições psíquicas da punibilidade") na "capacidade de entendimento ético-jurídico" e na "adequada determinação da vontade". O primeiro é o "momento intelectivo", o segundo, o "momento volitivo", ambos estavam calcados na ideia de *homo medius*, "critério prático e social", em outras

99. RIBEIRO, Leonídio; CAMPOS, Murilo de. Op. cit., p. 345-377.

100. HUNGRIA, Nelson. A responsabilidade em face do novo Código Penal Brasileiro. *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano XIII e XIV, v. 1 a 4, p. 85-108, 1942-1943.

101. Ibidem, p. 107 (grifos do original).

palavras, o indivíduo comum, "harmônico", que resiste a impulsos de ação e age de acordo com a "consciência ético-jurídica geral"[102]. A "normalidade" era entendida como uma noção estatística. Os indígenas (*homos silvestres*), por exemplo, estavam fora da responsabilidade penal por serem "deficitários congênitos", seres sem as "aquisições éticas do civilizado"[103]. Nisso havia alguma influência de Nina Rodrigues. Por isso, estavam, no Código, incluídos entre aqueles sujeitos de "desenvolvimento mental incompleto", mostrando com isso que, mesmo sem uma "causa biológica" subjacente, poderiam estar inscritos em uma irresponsabilidade.

Interessante notar que a noção de congênito, para Hungria, não significava inato ou natural. Por outro lado, a justificativa do magistrado para tal inserção implícita dos indígenas é bem reveladora, pois a comissão revisora assim o fez para evitar que uma "expressa alusão a estes [os indígenas] fizesse supor fatalmente no estrangeiro que ainda somos um país infestado de gentios"[104]. O indígena era tido como uma praga que poderia atrapalhar a imagem do País.

As anormalidades psíquicas "bem definidas como entidades nosológicas", poderiam atuar na dimensão intelectiva, volitiva, ou em ambas; em qualquer dos casos, caracterizar-se-ia a irresponsabilidade penal. Por isso, não importava a doença em si, mas seus efeitos, e só o "método biopsicológico" poderia encontrar o "nexo de causalidade entre o anormal estado mental e o crime praticado"[105]. Hungria discriminou uma divisão das anormalidades psíquicas para uso dos profissionais do direito tomada das decisões do *2º Congresso Latino Americano de Criminologia*, em Santiago, no ano de 1942, como apresenta a tabela a seguir.

1. Oligofrenias	Idiotia, imbecilidade e debilidade mental
2. Doenças mentais (psicoses)	A) Adquiridas: por traumatismos, exotóxicas, endotóxicas, infecciosas, demenciais (senilidade, arterio-esclerose, sífilis cerebral, paralisia geral, atrofia cerebral, alcoolismo) B) Constitucionais: esquizofrenia, psicose maníaco depressiva, epilepsia genuína, paranoia, parafrenia e estado paranoico.
3. Personalidades psicopáticas	Paranoide, histeroide, compulsiva, explosiva, cicloide, esquizoide, perversa, estados psicopáticos ou reativa.

Fonte: HUNGRIA, Nelson. A responsabilidade em face do novo Código Penal Brasileiro. p. 102.

102. Ibidem, p. 89-91.

103. Ibidem, p. 97.

104. Ibidem, p. 101.

105. Ibidem, p. 103-105.

Os grupos 1 e 2 seriam categorias irresponsáveis e o grupo 3, categorias compostas por responsáveis com atenuantes. Com esse estado do conhecimento, a função do perito, ponto fundamental, seria reconhecer a "causa patológica" atuante nos "pressupostos psíquicos" da responsabilidade quando da suspeição de insanidade. O juiz, por seu turno, permaneceria totalmente autônomo na sua "prerrogativa do livre convencimento" para reunir provas e não ser "escravo de laudos periciais"[106]. Vale chamar atenção para o fato de que esse posicionamento restritivo com relação às perícias não era estranho também a juristas defensores dos "critérios biológicos", como Evaristo de Morais, para quem o julgamento da responsabilidade não poderia ser um "ato homologatório da perícia médica[107]". Hungria reconhecia, entretanto, que todo bom perito teria seu laudo considerado com valor, entendendo que o Código barrou as atuações indevidas da psiquiatria naquilo que considerava um "perigo funcional", a saber: o psiquiatra, por sua "especialização", estava sempre propenso a "lobrigar o patológico em qualquer reação mais forte ou aguda do psiquismo"[108].

Ao responder aos críticos do artigo 22, entre eles Gualter Lutz, em quem reconhecia autoridade para discutir o assunto, diferentemente de Ribeiro, a quem considerava criminólogo de gabinete, Hungria ratificou a eximia técnica legislativa que informou a redação do artigo. Respondendo à contestação que Ribeiro encetou sobre a indiferenciação entre "doença mental" e "perturbação da saúde mental", cada qual no Código descrevendo estados diferentes, Hungria salientou que a psiquiatria contemporânea considerava que "nem toda perturbação da saúde mental" significava uma "doença mental" caracterizada. Por isso, o Código enquadrou os indivíduos com "perturbação mental" na "responsabilidade diminuída", ou melhor, na visão de Hungria, uma "culpabilidade diminuída" ("responsabilidade com menor culpabilidade"), já que para ele "responsabilidade diminuída" seria uma expressão paradoxal do ponto de vista filosófico[109]. Seria a "zona limítrofe" entre normalidade e anormalidade psíquica, enquadrando-se aí o "vasto grupo das personalidades psicopáticas"[110].

106. Ibidem, p. 106.

107. Cf. Conferência de Evaristo de Morais. Vírgilio de Sá Pereira Criminalista. *Gazeta de Notícias*, 12.10.1934. p. 7.

108. Ibidem, p. 107.

109. Ibidem, p. 107-108.

110. Ibidem, p. 108.

Essa conferência de Hungria expressou, em alguma medida, certo acordo entre psiquiatras e juristas, uma vez que, por um lado, o juiz não devia imputar ao médico a obrigação de dar uma resposta sobre a responsabilidade de um "criminoso", e, por outro lado, os peritos psiquiatras satisfizeram-se em operar dentro dos limites de apreciação da existência ou não de uma "causa psicobiológica" e sua possível influência no ato criminal.

Nesse ponto, o magistrado referiu-se a Carrilho como um "querido amigo e ilustre professor", a quem pediu para que assinalasse quais quesitos os juízes deveriam formular aos psiquiatras acerca da responsabilidade[111]. Depois da promulgação do Código, Carrilho se pronunciou defendendo a existência de somente quatro quesitos: (1) a presença no acusado, no momento do crime, de sintomas de doenças mentais, "funcional, orgânica, constitucional ou tóxico-infecciosa", que suprimiu a liberdade de autodeterminação (esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva, epilepsia, sífilis e demências por problemas orgânicos); (2) a existência de "desenvolvimento incompleto ou retardado" que anulasse a autodeterminação; (3) a existência de "perturbação da saúde mental", derivando daí quatro hipóteses clínicas – (a) "distúrbios leves" das "fases iniciais de psicose"; (b) "perturbações residuais" (remissão das psicoses, "curas com defeito ou curas sociais"); (c) "distúrbios iniciais ou sequelas psíquicas das endo e hetero-toxicoses"; e (d) existência ou não de "desvios expressivos de Personalidades Psicopáticas"[112]; por último, (4) a ocorrência de um desenvolvimento mental com parada com implicações na autodeterminação ("debilidade mental em grau leve"). Carrilho, ao colocar estes quesitos, uma "síntese perfeita" na opinião de Hungria, ressaltou, ainda, a obrigatória liberdade do perito em verificar todas as "hipóteses clínicas e as exceções" que pudessem aparecer, haja vista a "complexidade da área de patologia mental"[113].

Como é possível perceber com essa apreciação de posicionamentos no após a redação do Código, a nova lei gerou apreensões para os peritos. Por um lado, Lutz e Leonídio Ribeiro encararam o debate com juristas como Nelson Hungria e Francisco Campo. Lutz inclusive encarou o debate com Campos, e isso em meio à ditadura do Estado Novo. No geral, a noção mais forte foi a da "auxiliaridade" do papel do perito, tanto no discurso dos médicos como no

111. Ibidem, p. 98.

112. CARRILHO, Heitor. Casas de custódia e tratamento. *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional/Serviço Nacional de Doenças Mentais, anos XV-XXI, v. 1 a 14, p. 9-20, 1944-1950.

113. Ibidem, p. 19.

dos juristas. Carrilho, porém, defendia a liberdade do perito em avaliar caso a caso. Mais ainda, a questão central salientada pelos juristas foi a busca da relação "objetiva" entre "doença" ("perturbação" ou "anormalidade") e crime, o que era chamado por Hungria de "nexo de causalidade". Este jurista, por sinal, retomou a ênfase no psiquiatra enquanto um profissional que, por vício de profissão, via loucos por toda parte.

6. Considerações finais

A história, como ciência dos itinerários e escolhas dos seres humanos no tempo, tem muito a ensinar e a aprender ao tentar reconstruir o passado dos debates criminológicos. Se o interesse pelo passado, ou melhor, por sua reconstrução a partir dos testemunhos – de variadas naturezas – que sobreviveram ao tempo e às seleções humanas, advém do presente e de suas questões, é também verdade que a investigação do passado deve buscar nele o que lhe é próprio, o que não é o presente, o que ali há de "outro". O panorama dos debates que traçamos elucida as várias posições, propostas e projetos que estavam em jogo em um determinando momento e lugar, ajudando a esclarecer o quanto definições e normas atuais pagam tributos a esses embates e aproximações.

Historicamente os debates sobre os limites da responsabilidade penal transcenderam em muito os campos disciplinares específicos. É mais correto afirmar que as ideias sobre a responsabilidade penal se articulam fortemente com as ideias que se tem do *sujeito*. A atribuição dos rótulos responsável/irresponsável diz muito da formação social que nomeia.

Ao longo do texto analisamos a visão racializada e antropológica da responsabilidade penal construída em fins do oitocentos por Nina Rodrigues. Nesse período, e no início do século XX, existia uma preocupação recorrente (encontrada também em psiquiatras estrangeiros como Kraepelin e Ingenieros) de que as novas ideias científicas sobre o "homem criminoso" impactassem o terreno da responsabilidade penal de forma a aumentar as irresponsabilização. Temia-se que a psiquiatria ficasse contra a lei. Se a ciência vê mais e melhor as anormalidades, estas podem cada vez mais servir de justificativa para a impunidade, ou seja, a não consideração como responsáveis penalmente indivíduos degenerados, logo temíveis, o que poderia comprometer o ideal de defesa social, reunidor, ao menos na retórica de época, de médicos e juristas. O certo e o desejado, para médicos como Nina Rodrigues, era que as leis mudassem pelo influxo das novas ideias científicas.

Foi possível perceber, ainda, nesse itinerário, que a chamada fórmula de Von Liszt de definição da responsabilidade ("capaz e responsável é todo homem

mentalmente desenvolvido e mentalmente são") era válida, explicativa e irredutível para muitos psiquiatras como Afrânio Peixoto, Heitor Carrilho, Arthur Ramos, Gualter Lutz e outros. Exceção ficava por conta do psiquiatra Júlio Porto-Carrero, cuja reflexão e prática psiquiátrico-forense eram quase inteiramente embasadas na psicanálise. Na leitura feita por Porto-Carrero, os conhecimentos psicanalíticos negariam a ideia de responsabilidade penal.

Por outro lado, embora fosse consenso entre psiquiatras e legistas a rejeição da fórmula presente no dispositivo da "completa perturbação dos sentidos e da inteligência" (artigo 27, § 4º, do Código Penal de 1890), o mesmo não pode ser dito sobre a função ou não dos peritos para dizer da responsabilidade penal. Médicos como Afrânio Peixoto, Arthur Ramos, Leonídio Ribeiro etc., silenciam sobre o assunto. Já Heitor Carrilho e Gualter Lutz se posicionam contrariamente a essa função. Essa geração de psiquiatras entendia, porém, que as ferramentas práticas e reflexivas da medicina mental seriam as melhores auxiliares dos juristas nesta seara.

No que tange a noção de "semirresponsabilidade" ou "responsabilidade atenuada", ficou claro que, como reivindicação da psiquiatria forense e da medicina legal do final do século XIX e início do século XX, no Brasil e em outros contextos, ela acabou respaldada naquele que foi o principal fórum organizado e institucionalizado de debates dos anos 1930, a 1ª Conferência Brasileira de Criminologia e foi, de certa maneira, assimilada ao Código de 1940, no parágrafo único do artigo 22. No que concerne à nova lei, do que se depreende dos discursos de Gualter Lutz, Pacheco e Silva e Heitor Carrilho, no início da década de 1940, ela aparece como contendo mais aspectos positivos que negativos para os psiquiatras, representou em alguma medida uma vitória. Nesse mesmo contexto, esses psiquiatras buscavam reiterar uma imagem da psiquiatria tão defensora da sociedade quanto o direito penal.

Às vésperas no novo Código e o início da década de 1940, evidencia-se um relativo consenso em torno de método casado, "biopsicológico", como norte para a aferição da responsabilidade penal, que perscrutaria a existência de "doença mental" e os "predicados psicológicos", ou seja, o estado situacional da mente dos acusados no momento do crime.

Percebe-se que juristas como Narcélio Queiroz, João Aureliano Araújo, Roberto Lyra, Nelson Hungria e Francisco Campos, a despeito de sua erudição psicopatológica, mobilizavam os dissensos internos aos saberes médicos e psicológicos buscando afastá-los do âmbito das decisões acerca das definições legais. Na passagem da década de 1930 para a década de 1940 a psiquiatria, para esses juristas, está associada a uma ciência eminentemente biológica, ainda em construção, com várias lacunas, que entende o estado mental patológico como

algo físico. Especificamente para Roberto Lyra, poucos anos antes da promulgação do novo Código, a questão terminológica era importante: a noção de responsabilidade penal, com conotações jurídicas, políticas e sociais, deveria se sobrepor à noção de imputabilidade, que ganhou, ao longo dos anos, contornos semânticos biológicos e psicológicos. Por isso a opção pela responsabilidade penal no Código de 1940. O que se torna notório, contudo, principalmente a partir da fala de justificativa da nova lei do Ministro Francisco Campos, é que os debates presentes na sua elaboração não prescindiram dos saberes médico-psicológicos.

A questão terminológica também era importante para os médicos: conceitos como doença mental, perturbação mental, psicopatia e alienação mental estavam em disputa e sendo ressignificados nesse contexto de debate. Não havia consenso.

Em suma, consideramos que assumir que havia um antagonismo fundamental, ou um entroncamento inevitável, entre médicos e juristas, é "ignorar uma realidade muito mais multifacetada, na qual há também diferenças e mudanças de opinião dentro de cada profissão, tanto quanto concepções comuns e trocadas"[114]. Em meio à apresentação dessa polifonia discursiva, fica evidente que discursos médico-jurídicos apresentados refletem uma miscelânea de vertentes disciplinares e racionalidades para dar conta das indagações acerca dos limites da responsabilidade penal.

Embora a concepção médica que gravita em torno das pessoas portadoras de sofrimento psíquico tenha se aprimorado técnica e humanamente, o imaginário social em relação ao assunto infelizmente ainda é negativo. A título de exemplo, podemos citar o próprio nome da perícia médica que avalia a possibilidade de desinternação dos "doentes psiquiátricos" internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátricos em razão de sentença determinando a medida de segurança encarceradora. A perícia médica em questão é intitulada de "Exame de cessação de Periculosidade", sendo mencionado expressamente nos artigos 175, 176 e 177 da Lei Federal 7.210/84. Atualmente, a Lei 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica) vai ao encontro de um princípio norteador da Constituição de 1988: o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Ela conferiu tratamento mais humanizado às pessoas com sofrimento psíquico, sendo aplicado, embora sem a devida efetividade, na seara do Direito Penal, a partir da apreensão de que indivíduos inimputáveis são sujeitos fragilizados e muitas vezes indefesos, em razão do grau do seu sofrimento psíquico.

114. OOSTERHUIS, Harry; LOUGHNAN, Arlie. Op. cit., p. 6.

O inimputável não pode ser tratado como ser abjeto, ao contrário, necessita de muito zelo e proteção.

7. Referências bibliográficas

ALTAMIRANO, Carlos. Introducción general. In: ALTAMIRANO, C. (Dir.). *Historia de los intelectuales en América Latina*. Buenos Aires: Katz Editores, 2008.

ANITUA, Gabriel Ignácio. *Histórias dos pensamentos criminológicos*. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 2007.

ARAÚJO, João A. C de. Apenso IV dos Anais da 1ª CBC. *Revista de Direito Penal*, v. XV, fasc. I a III, p. 302-309, out.-dez. 1936.

ASCHAFFENBURG, Gustav. *Crime e repressão*. Psychologia criminal para médicos, jurisconsultos e sociólogos: contribuição para a Reforma da Legislação Penal. Lisboa: Livraria Clássica Editora de A. M. Teixeira, 1904.

AZEVEDO, Ary. *Direito penal*. Apontamentos de um curso. Rio de Janeiro: Typ. E Lith. Almeida Marques, 1934.

AZEVEDO, Ary. A perícia psiquiátrica nos processos penais. *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro,* ano 10, p. 7-11, 1939.

BONT, Raf de. MetenenVerzoen en Louis Vervaecken de Belgische Criminele Antropologie, circa 1900-1940. *BEG-CHTP*, n. 9, p. 63-104, 2001.

BRANDÃO, João Carlos Teixeira. *Elementos fundamentais de psiquiatria clínica e forense*. Rio de Janeiro: Ed. Leite Ribeiro e Maurillo, 1918.

BRASIL JR., Antônio. Intelectuais e *statemakers*. Oliveira Vianna, Evaristo de Morais Filho e a ação coletiva no Brasil. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 46, p. 301-320, jul.-dez. 2010.

BRAVO, Omar Alejandro; SUDBRACK, Mária Fátima. Instituciones, discursos y violencia: la asociación entre locura y peligrosidad. *CS*, Cali-Colombia, n. 5, enero-junio, p. 241-259, 2010.

BRITO, Lemos. Tobias Barreto e os problemas do sexo, menoridade e loucura no Direito Penal do seu tempo. *Revista de Direito Penal*, Rio de Janeiro, v. XXV, fasc. II e III, p. 125-134, maio-jun. 1939.

CAMPOS, Francisco. Exposição de motivos. *Arquivos da Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro,* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano X, v. 1 e 2, p. 75--138, 1940.

CAMPOS, Ricardo. Higiene mental y peligrosidad social en España (1920--1936). *Asclepio*, Madri, v. XLIX – 1, p. 38-53, 1997.

CARDOSO, Hunald. Fala sobre a Tese I na 2ª Sessão da 1ª CBC. *Revista de Direito Penal*, v. XV, fasc. I a III, p. 40-42, out.-dez. 1936.

CARRILHO, Heitor. Objetivos da perícia psiquiátrica (aula inaugural de psiquiatria forense do curso de extensão universitária sobre medicina legal).

Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano III, v. 1 e 2, p. 5-23, 1932.

CARRILHO, Heitor. Fala sobre a Tese I na 2ª Sessão da 1ª CBC. *Revista de Direito Penal*, v. XV, fasc. I a III, p. 46-49, out.-dez. 1936.

CARRILHO, Heitor. Casas de custódia e tratamento. *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional/ Serviço Nacional de Doenças Mentais, anos XV-XXI, v. 1 a 14, p. 9-20, 1944-1950.

FOUCAULT, Michel. About the concept of the "dangerous individual" in 19th-Century legal psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, v. 1, p. 1-18, 1978.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais:* curso dado no College de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. O poder psiquiátrico: curso dado no College de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GARÓFALO, Rafaelle. *Criminologia:* estudo sobre o delicto e a repressão criminal. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1925.

GUTHEIL, Thomas. History of forensic psychiatry. *Journal of American Academy of Psichiatry and Law*, v. 33, n. 2, p. 259-262, 2005.

HOFF, Paul. Emil Kraepelin and forensic psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, v. 21, n. 4, p. 343-353, 1998.

HUERTAS, Rafael. *Outra historia para outra psiquiatria*. Barcelona: Xoroi Edicions, 2017.

HUNGRIA, Nelson. A responsabilidade em face do novo Código Penal Brasileiro. *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano XIII e XIV, v. 1 a 4, p. 85-108, 1942-1943.

KOSELLECK, Reinhard. *Futuro passado:* contribuição à semântica dos tempos históricos. Rio de Janeiro: Contraponto; Ed. PUC-Rio, 2006.

INGENIEROS, José. *Criminologia.* Buenos Aires: Daniel Jorro, 1913.

LIMA, Agostinho de Souza. *Tratado de medicina legal*. Rio de Janeiro. Typografia hildebrant, 1904. v. 2.

LUTZ, Gualter. Bases psiquiátricas da criminologia. *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano VII, v. 1 e 2, p. 15-43, 1936.

LUTZ, Gualter. A responsabilidade criminal no novo Código Penal (arts. 22, 23 e 24). *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano XII, v. 1 e 2, p. 79-130. 1941.

LYRA, Roberto. Fala sobre a Tese I na 2ª Sessão da 1ª CBC. *Revista de Direito Penal*, v. XV, fasc. I a III, p. 43-46, out.-dez. 1936.

LYRA, Roberto. Declaração de voto sobre a Tese I. *Revista de Direito Penal*, v. XV, fasc. I a III, p. 90-92, out.-dez. 1936.

LYRA, Roberto. A capacidade penal e o futuro Código. *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano IX, v. 1 e 2, p. 11-24, 1938.

MATOS, Júlio de. *Os alienados nos tribunais*. Lisboa: Tavares Cardoso e Irmãos, 1902.

MENDONÇA, Joseli M. Nunes. *Evaristo de Moraes, Tribuno da República.* Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2007.

NEDER, Gizlene; CERQUEIRA FILHO, Gisálio. Cultura jurídica, cultura religiosa no Brasil e criminologia e poder político. *Diálogos – Revista do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 19-37, 2007.

OOSTERHUIS, Harry; LOUGHNAN, Arlie. Madness and crime: historical perspectives on forensic psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry,* 37, p. 1-16, 2014.

PACHECO E SILVA, Antônio C. O problema da responsabilidade em face da psiquiatria. *Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano XII, v. 1 e 2, p. 53-75, 1941.

PEDREIRAS, Mario B. Fala sobre a Tese I na 4ª Sessão da 1ª CBC. *Revista de Direito Penal*, v. XV, fasc. I a III, p. 58-64, out.-dez. 1936.

PEIXOTO, Afrânio. *Elementos de medicina legal*. Rio de Janeiro: Francisco Alves e Cia., 1914.

PEIXOTO, Afrânio. *Psico-patologia forense*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1916.

PEIXOTO, Afrânio. *Criminologia.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1933.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos,* Rio de Janeiro, v. 9(2), p. 335-355, maio-ago. 2002.

POCOCK, John. *Linguagens do ideário político*. São Paulo: EDUSP, 2003.

PORTO-CARRERO, Júlio. *Criminologia e psicanálise*. Rio de Janeiro: Flores & Mano, 1932.

QUEIROZ, Narcélio. Relatório sobre a Tese I na 2ª Sessão da 1ª CBC. *Revista de Direito Penal*, v. XV, fasc. I a III, p. 90-101, out.-dez. 1936.

RAMOS, Arthur. Responsabilidade criminal e seus modificadores. In: RAMOS, Arthur. *Loucura e crime*. Questões de psiquiatria, medicina forense e psicologia social. Porto Alegre: Globo, 1937.

RAUTER, Cristina. Criminologia e subjetividade no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

RENNEVILLE, Marc. L'anthropologie du criminel en France. *Criminologie*, v. 27, n. 2, p. 185-209, 1994.

RENNEVILLE, Marc. *Crime et folie:* dues siècles d' enquêtes médicales et judiciaires. Paris: Fayard, 2003.

RIBEIRO, Leonídio; CAMPOS, Murilo de. A responsabilidade penal. In: RIBEIRO, Leonídio. *O novo Código Penal e a medicina legal*. Rio de Janeiro: Livraria Jacinto, 1942.

RODRIGUES, Nina. *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1934 [1894].

RODRIGUES, Nina. Mestiçagem, degenerescência e crime. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 15, n. 4, p. 1151-1182, out.-dez. 2008 [1899].

SALVATORE, Ricardo. Introdución. In: SALVATORE, Ricardo (Comp.). *Los lugares del saber.* Contextos locales y redes transnacionales en la formación del conocimiento moderno. Rosário: Beatriz Viterbo Editora, 2007.

SCHWARCZ, Lilia M. *O espetáculo das raças:* cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCHWARCZ, Lilia M. *Nem preto nem branco, muito pelo contrário:* cor e raça na sociabilidade brasileira. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

VASCONCELOS, Smith de. *As dirimentes do Código Penal*. São Paulo: Livraria Acadêmica, 1923.

VENTURI, Franco. *Utopia e reforma no Iluminismo*. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2003.

VIANNA, Paulo. *Direito criminal (segundo as preleções professadas pelo Dr. Lima Drummond)*. Rio de Janeiro: F. Briguiet & CIA Editores, 1933.

WALKER, Timothy D. *Médicos, medicina popular e inquisição:* a repressão das curas mágicas em Portugal durante o Iluminismo. Rio de Janeiro/Lisboa: Editora FIOCRUZ/Imprensa de Ciências Sociais, 2013.

WATSON, Katherine. *Forensic medicine in Western Society.* New York: Routledger, 2011.

WEIJERS, Ido. Delinquency and Law. In: JANSZ, Jeroen; DRUNEN, Peter Van (Eds.). *A social history of psychology*. Oxford: Blackweell Publishing, 2004.

WIERNER, Martin. *Reconstructing the criminal:* culture, law, and policy in England, 1830-1914. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

Pesquisas do Editorial

Veja também Doutrina

- Considerações acerca da semi-imputabilidade e inimputabilidade penais resultantes de transtornos mentais e de comportamento, de Maria Regina Rocha Ramos – *RBCCrim* 39/215-229 (DTR\2002\814); e
- O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais, de Cíntia Menezes Brunetta – *RT* 835/59-72 e *Doutrinas Essenciais de Direitos Humanos* 4/943-962 (DTR\2005\346).

Perigo real ou imaginário: uma reflexão crítica e uma proposta de modelo alternativo ao Exame de Verificação de Cessação da Periculosidade vigente no Código Penal Brasileiro

Real or imaginary danger: a critical reflection and a proposal for an alternative model to the Examination of Termination of Dangerousness in force in the Brazilian Criminal Code

Cezar Augusto Rodrigues Costa

Mestre em Direito UERJ. Doutorando em Filosofia UFRJ. Professor efetivo da Faculdade Nacional de Direito – UFRJ. Desembargador do TJRJ.
cezaraugusto@tjrj.jus.br

Katia Mecler

Mestre e Doutora em Psiquiatria pela UFRJ. Professora do programa de pós-graduação em Psiquiatria Forense IPUB/UFRJ. Chefe do setor de perícias do Instituto de Perícias Heitor Carrilho.
katiamecler@gmail.com

Liana Escovedo Selles

Graduada em Direito, Faculdade Nacional de Direito – UFRJ. Advogada e consultora de gestão.
lianaselles@gmail.com

Renata Fernandes de Oliveira

Pós-doutora em Psicologia pela UFRJ. Doutora em Psicologia pela Universidade do Minho – Portugal.
refoliveira@gmail.com

Tiago Mascarenhas da Costa Marques

Graduado em Direito, Faculdade Nacional de Direito – UFRJ; graduado em História, UNIRIO; mestrando em História – UNIRIO.
tih_masca@live.fr

Recebido em: 31.01.2018
Aprovado em: 12.03.2018
Última versão do(a) autor(a): 23.03.2018

Costa, Cezar Augusto Rodrigues; Mecler, Katia; Selles, Liana Escovedo; Oliveira, Renata Fernandes de; Marques, Tiago Mascarenhas da Costa. Perigo real ou imaginário: uma reflexão crítica e uma proposta de modelo alternativo. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. vol. 144. ano 26. p. 323-355. São Paulo: Ed. RT, junho 2018.

Área do Direito: Penal

Resumo: Considerando que a periculosidade é adotada como fundamento da medida de segurança, foi realizada uma revisão doutrinária, histórica e psiquiátrico-forense do seu conceito para contextualizá-la e entender a sua aplicação ainda nos dias atuais. Foi realizada pesquisa de campo acerca dos índices de reiteração criminosa, de acordo com o que dispõe o art. 97 do Código Penal, quando da desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais. A partir da análise destes dados, juntamente com os cortes doutrinário, histórico e psiquiátrico-forense, foi construído um modelo alternativo ao exame de cessação de periculosidade, chegando ao EMPAP (Exame Multiprofissional e Pericial de Atenção Psicossocial). Este exame já está sendo aplicado na Vara de Execuções Penais do Estado do Rio de Janeiro, representando um novo modelo, de acordo com as atuais demandas sócio-históricas e culturais e os avanços do conhecimento médico, psicossocial e jurídico, atendendo aos princípios da dignidade e às regras internacionais de direitos humanos. O EMPAP foi concebido dentro de uma perspectiva multidisciplinar, desconstruindo a ideia da periculosidade objetiva, voltada para o futuro, para uma visão do momento presente, considerando, fundamentalmente, a ideia de suporte médico-psicossocial comunitário.

Palavras-chave: Periculosidade – Medida de segurança – Desinstitucionalização – Dignidade humana – Multidisciplinar.

Abstract: Considering that dangerousness is adopted as one of the basis for the application of the security measure, we have done a doctrinal, historical and psychiatric-forensic review of its concept to contextualize it and to understand its application in the present moment. In accordance with article 97 of the Brazilian Criminal Code, field research was carried out on the indexes of criminal reiteration when those who suffer from a mental disorder are released from hospitalization in the security measure. From the analysis of these data, together with the doctrinal, historical and psychiatric-forensic sections, an alternative model was constructed for the examination of the termination of dangerousness, the EMPAP (Multiprofessional and Expert Examination of Psychosocial Support), which is already being applied at the Criminal Executions Chamber of Rio de Janeiro, representing a new model, in accordance with current socio-historical-cultural demands and advances in medical, psychosocial and legal knowledge, and the principles of dignity and international human rights rules. EMPAP was conceived from a forward-looking multidisciplinary perspective, deconstructing the idea of objective dangerousness, into a vision of the present moment, fundamentally considering the idea of community medical-psychosocial support.

Keywords: Dangerousness – Security measure – Deinstitutionalization – Human Dignity – Multidisciplinary.

Sumário: 1. Introdução. 2. A periculosidade – Esboço histórico. 3. Considerações dogmáticas. 4. Do exame de verificação de cessação de periculosidade (EVCP) ao exame multidisciplinar e pericial de avaliação psicossocial (EMPAP). 5. Considerações finais. 6. Referências bibliográficas.

1. Introdução

Este trabalho decorre de estudos realizados pelo grupo de pesquisa *Observatório Crítico da Medida de Segurança*, coordenado pelos professores Cezar

Augusto Rodrigues Costa, da Faculdade de Direito, e Katia Mecler, do Instituto de Psiquiatria, ambos da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Por este grupo passaram alguns alunos, hoje graduados e atualmente encontram-se outros, em graduação, cabendo destacar a participação especial de alguns deles pela excelente contribuição não somente na produção intelectual, mas também na organização de eventos e na coleta de dados na pesquisa de campo. Entre os alunos graduados estão Liana Escovedo Selles, Tiago Mascarenhas da Costa Marques, Renata Alves e Gustavo Carvalho de Oliveira. Cursando a graduação, Esther de Farias Assis Corrêa e Beatriz Affonso Carlantonio Amorim. Aderiram recentemente ao grupo a pesquisadora Renata Fernandes de Oliveira, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e os psiquiatras Ricardo Patitucci e Natália Gurgel, de modo que todos os citados são responsáveis pelo resultado deste artigo.

Propõe-se o trabalho a mostrar o conteúdo do exame multidisciplinar e pericial de avaliação, que veio substituir o exame de verificação de cessação de periculosidade que se aplica hoje no Rio de Janeiro, cuja elaboração se deve, especialmente, à Profa. Katia Mecler, que tomou como base estudos que o grupo *Observatório Crítico da Medida de Segurança* realizou em relação à reiteração criminal dos desinternados, que se mostrou baixa, para construir um novo paradigma para o vago e impreciso conceito de periculosidade, que tem servido historicamente para excluir e inocuizar. Este novo modelo de exame, no entanto, não poderia ser alcançado sem a fundamental contribuição da Professora e Defensora Pública Patrícia Carlos Magno, que emprestou ao resultado não somente o seu conhecimento e talento, mas, toda a sua energia de realizadora e, sobretudo, de agregadora de vontades para as quais convergiram o Ministério Público e o juiz da Vara de Execuções Penais do Estado do Rio de Janeiro.

A metodologia utilizada neste artigo foi uma revisão bibliográfica e histórica, acompanhada de uma pesquisa de campo, na qual foram obtidos os dados relativos aos processos sobre a reiteração delitiva dos indivíduos declarados inimputáveis, bem como uma revisão dogmática, a apresentação e breve discussão sobre o novo exame para a desinstitucionalização dos sujeitos inimputáveis em cumprimento de medida de segurança de internação: o EMPAP (Exame Multidisciplinar e Pericial de Avaliação Psicossocial).

Para tanto, este escrito tem como objeto de estudo a periculosidade, conceito exposto a partir de uma síntese histórica, com uma discussão crítica sobre a dogmática relativa à medida de segurança, na qual são apresentados dados concernentes à reiteração delitiva, com o escopo de problematizar a própria categoria de periculosidade enquanto dispositivo operador do estigma, bem

como a apresentação e explicação do EMPAP, avaliação que substitui o exame de verificação de cessação de periculosidade.

Cumpre, ainda, salientar que o corte epistêmico se deu em relação ao exame de cessação de periculosidade não somente pela ideia inovadora que em si traz, mas também para, através de uma das perspectivas possíveis, atender ao projeto de transversalidade e captura do crime e da loucura pelo controle formal punitivo, conforme constou da ementa da chamada de artigos pela revista do IBCCRIM. Assim, trabalharemos com o momento de desinstitucionalização do paciente psiquiátrico, que se dá no processo de execução, sem maiores indagações acerca do processo penal de conhecimento, seja com a aplicação do tratamento ambulatorial, seja com a internação. Esta ressalva é importante para preservar determinados posicionamentos, que examinam criticamente os pressupostos das medidas de segurança, do incidente de sanidade mental e do exame de verificação da cessação de periculosidade.

2. A periculosidade – Esboço histórico

A existência de uma relação entre transtorno psíquico e criminalidade é um tema que ocupou grandes debates no campo médico e jurídico ao longo do século XIX e início do século XX. Compreender as causas da criminalidade de forma que pudesse ser combatida era uma questão na qual se debatiam filósofos e juristas desde os idos da Iluminação. Consolidava-se a ideia de um contrato social onde os indivíduos, em nome de um bem maior, organizavam-se em sociedade e abriam mão de seus direitos em favor de um bem-estar coletivo. E faziam isso de forma livre e consciente e, assim, estavam aptos para celebrar tal contrato. O critério da escolha, do livre-arbítrio, era nessa perspectiva fundamental e sobre ele se justificava a punição. Afinal, ao conviver em sociedade o cidadão declarava ter conhecimento de suas leis, valores e do seu funcionamento e se cometia um crime ele tinha discernimento e, portanto, sabia das consequências de infringir o contrato social, sendo justo que a sociedade contra ele se voltasse e punisse. Não se tratava mais da punição por ter violado o corpo e a soberania do rei, como no Antigo regime, mas de ter violado o *corpus* da sociedade.

A Filosofia, o direito dos oitocentos e, ainda, a Escola Clássica do Direito Penal, se fundavam no critério do livre-arbítrio e do discernimento para justificar a punição aos transgressores. E com essa mesma fundamentação excluía da responsabilidade penal as crianças e os *portadores de doença mental*, pois, estes não entendiam os seus atos e suas consequências e não se cogitava que tivessem livre-arbítrio para estabelecer suas escolhas. A expressão *loucos de todo*

gênero, presente no Código Criminal do Império Brasileiro, dava conta desta problemática, assinalando estes súditos como inimputáveis, ou seja, aqueles aos quais não se pode atribuir responsabilidade pelos próprios atos. Mas não demoraria para que os debates se tornassem mais acirrados e a influência da escola positiva penal na segunda metade dos oitocentos trouxe novas perspectivas no conceito do discernimento, assim como a Antropologia Criminal e o pensamento de Lombroso e Ferri foi absorvido de forma sistemática pelos médicos brasileiros.

Convém lembrar que as modernas concepções de loucura e crime são resultado de um processo que vem se desenvolvendo há mais de dois séculos. Segundo Foucault, a fundação do Hospital Geral em Paris, nos idos de 1650, foi um momento de referência para o tema. Se durante a Idade Média loucos e sãos conviviam nos mesmos espaços das urbes feudais, a prevalência de uma lógica cartesiana separou os dois grupos. A criação dos hospitais aos quais o filósofo faz referência demonstram, no entanto, o surgimento de uma nova lógica nesses centros de tratamento, estabelecendo que para lá deveriam ser mandados indistintamente pobres de toda espécie e causa, doentes, homossexuais, enfim, todos aqueles elementos que de alguma forma representassem perigo para a sociedade, ou, ainda, que com suas práticas, doenças e heresias fizessem com que mais pessoas normais fossem atraídas por esse mundo devasso de perversitude[1].

Já em meados do século XIX, a presença dos alienistas tornou-se cada vez mais frequente nos Tribunais para se manifestar sobre a capacidade civil e penal nos processos e estava longe de ser unanimidade. Poucas décadas depois, no entanto, a figura do laudo psiquiátrico assumiu o papel decisivo e capaz de ditar o destino daqueles que eram levados à presença dos magistrados. A Psiquiatria passou, então, a figurar como o maior auxiliar do magistrado ao realizar a caracterologia dos delinquentes[2], iluminando a justiça acerca da personalidade do portador de transtorno psíquico e das caracterizações individuais e patológicas que levaram ao cometimento do delito.

A identificação de um perfil criminoso foi tema de debates acirrados e as principais teorias da época, relacionadas ao biodeterminismo, procuravam dar

1. FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica.* São Paulo: Perspectiva, 1987.
2. Essencialmente constituído por crime em pequena escala. A conotação pejorativa da palavra é geralmente dirigida a um grupo de indivíduos, e a sua natureza é mais associada ao infrator do que ao ato criminoso em si. O termo inclui frequentemente o conceito de repetição, e está aqui para o autor utilizado como sinônimo de "infrator reiterado ou potencial".

conta de numerar, qualificar e estudar esses indivíduos de forma a tratá-los de sua própria degeneração[3], ou, para pensadores mais extremos, isolá-los, ou, até os esterilizar, para que sua herança genética criminosa não fosse transferida. De fato, o avanço de um aparato policial investigativo aliado às novas técnicas científicas e de uma nascente Antropologia Criminal dialogaram mutuamente no período.

No entanto, no início do século XX, a explicação corrente sobre a condição da loucura e da relação difundida que apontava ser o crime um sintoma da doença mental do agente era questionada e apontava para a necessidade de separação dos loucos comuns dos loucos criminosos. Na obra Crime e Loucura, Carrara[4] nos aponta que:

> [...] a ideia central é de que loucos perigosos ou que estivessem envolvidos com a justiça ou polícia deveriam ser separados dos alienados comuns, constituindo objeto institucional distinto: O ponto central a ser aqui considerado deve ser o fato de os chamados loucos-criminosos, para além de serem uma classe moralmente segregável, cujo isolamento no mundo manicomial era uma necessidade urgente, passaram a constituir com os criminosos, particularmente com criminosos degenerados ou natos, uma classe biologicamente distinta. (...), para Brandão, degenerados delinquentes, criminosos natos e loucos-criminosos encontrariam em um manicômio judiciário a morada ideal. Além disso, é impossível não perceber por detrás de suas palavras a preocupação em delimitar fronteiras diante da tendência à "naturalização" do crime que caracterizava o pensamento dos antropólogos criminais e de certos médicos que comungavam com as ideias da Escola

3. Georges-Louis Leclerc, conde de Buffon (1707-1788), foi o primeiro a definir "degeneração" como uma teoria da natureza. Buffon, incorretamente, argumentava que espécies inteiras "degeneravam", tornando-se estéreis, mais fracas ou menores devido a climas rigorosos. Por volta de 1890, havia um medo crescente de degeneração varrendo a Europa, criando desordens que levaram à pobreza, crime, alcoolismo, perversão moral e violência política. A degeneração levantava a possibilidade de que a Europa poderia estar criando uma classe de pessoas degeneradas que poderiam atacar as normas sociais, o que levou ao apoio da ideia de um Estado forte, que excluiria os degenerados da existência com o auxílio de identificação científica.

   Na segunda metade do século XIX o conceito tornou-se apropriado cientificamente, pelos evolucionistas, afirmando em síntese que a propensão ao crime seria uma evidência da degeneração de determinados grupos humanos, tornava-se assim um sinônimo para classificar indivíduos potencialmente indesejáveis.

4. CARRARA, S. *Crime e loucura:* O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. p. 67.

> Positiva de Direito Penal. "O que seria do hospício se a ele começasse a afluir toda a sorte de criminosos?[5]

A semente do problema havia sido lançada. Era preciso um local diferente para colocar loucos criminosos, distinto dos loucos não perigosos. Mas foi apenas na segunda década do século XX que esse espaço surgiu, efetivamente. Esse lugar foi o manicômio judiciário do Rio de Janeiro, cujo modelo de funcionamento seria inspirador para diversas instituições similares no País: "fugas, mortes e, sobretudo, a famosa revolta na Secção Lombroso" de janeiro de 1920, acompanhada da pressão da imprensa, precipitaram a construção do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro".[6]

Para Santana, Chianca e Cardoso, "o duplo objetivo dos manicômios judiciais, custodiar e tratar, teoricamente, não foi motivado por um sistema punitivo com promessa de melhores condições de assistência e tratamento para os alienados submetidos às restrições jurídicas". Todavia, essas instituições só eram capazes de oferecer aos seus internos sua inerente ambiguidade de prisão e hospital.[7]

A historiografia, quando relacionada à Psiquiatria, produziu, essencialmente, duas correntes, uma tradicional e uma crítica ou revisionista. Para Huertas, a tradicional se caracterizou por uma visão engrandecedora das ações dos primeiros alienistas, e seus sucessos científicos e filantrópicos da primeira Psiquiatria, desde a medicalização até a humanização da loucura[8]. Já a corrente revisionista, surgida nos anos 1960 e 1970, procurou sair da visão tradicional e focou no papel preponderante das ciências sociais, mudando o foco para as relações entre a prática psiquiátrica e os pressupostos sociais e culturais, caracterizando a loucura como mito e construção social. A historiografia moderna internacional parece concordar que a concepção de loucura como alienação mental foi forjada.

---

5. Ibidem.
6. DIAS, A. A. T. *Arquivos de ciências, crimes e loucuras:* Heitor Carrilho e o debate criminológico do Rio de Janeiro entre as décadas de 1920 e 1940. Fundação Oswaldo Cruz. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 2015.
7. SANTANA, A. F. F. A.; CHIANCA, T. C. M.; CARDOSO, C. S. Direito e saúde mental: percurso histórico com vistas à superação da exclusão. *Psicologia em Revista, 17 (1)*, p. 16. 2011.
8. HUERTAS, R. Historia de la Psiquiatria, ¿Por qué?, ¿Para qué? Tradiciones Historiográficas y Nuevas Tendências. *Revista de Historia de la Psiquiatría*, p. 9-36, v. I (1). Madrid, 2001.

Para Oosterhuis e Loughnan, as teorias e práticas de Psiquiatria forense, bem como as suas implicações éticas e políticas mais amplas, têm sido e continuam a ser marcadas por conflitos entre os vários pontos de vista. A questão central da Psiquiatria Forense – a responsabilidade da ação humana relaciona-se a discussões fundamentais sobre o que o homem é e deve ser e como o comportamento humano pode ser explicado. Trata-se de questões situadas na fronteira de princípios éticos e conhecimentos científicos sobre o próprio homem. Valores modernos e centrais, a liberdade humana, a autonomia e autodeterminação, têm sido e continuam a estar em jogo[9].

A fase revisionista não pode ignorar o seu viés político, pois acreditar numa historiografia desprovida de ideologias e visão política seria ingenuidade ou falácia. Assim, a historiografia precisa ser revisitada e questionada criticamente, sobretudo pelo saber jurídico, que permanece conservador e atrelado ainda contemporaneamente a conceitos como o de periculosidade, submissão e controle social. É importante observar que todo o processo narrado foi duramente marcado por uma disputa entre médicos e juristas, essencialmente. Numa leitura genealógica foucaultiana, evidencia-se que o saber e o poder são os grandes marcos desse domínio.

Em sentido oposto surgiram movimentos questionando essa ordem de coisas e rompendo com a tradição manicomial. No cenário internacional os movimentos questionadores cresceram tendo como principal inspiração a experiência de Trieste, na Itália, liderada por Franco Basaglia, que em 1971, fechando os manicômios, acabou com a violência dos tratamentos e pôs fim ao aparelho de instituição psiquiátrica tradicional. Basaglia demonstrou que era possível a constituição de uma nova forma de organização da atenção e que ofereça e produza cuidados ao mesmo tempo que produz novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam da assistência psiquiátrica. É inegável a influência desse movimento em nosso modelo, fazendo ressurgir diversas discussões que tratavam da desinstitucionalização do portador de sofrimento mental, da humanização do tratamento dessas pessoas, com o objetivo de promover a reinserção social.

Nesse contexto se deu, no fim da década de 70, a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Pequenos núcleos estaduais, principalmente nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais constituíram o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e a questão psiquiátrica foi colocada em pauta: "Estes

9. OOSTERHUIS, H.; LOUGHNAN, A. Madness and Crime: Historical perspectives on forensic psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry, 3*7, p. 1-16. 2014.

movimentos fizeram ver à sociedade como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo Estado autoritário."[10]

Mas a grande reforma no campo legislativo adveio com a Lei 10.216/01, que trouxe inegáveis mudanças, apresentando um novo tratamento a ser dispensado aos indivíduos inimputáveis (Código Penal, art. 26, *caput*) autores de delitos e infrações penais. A propósito, mostra-se pertinente a reflexão da Tese Institucional n. 10 da Defensoria Pública do Estado de São Paulo: A Lei 10.216/01, marco da reforma psiquiátrica no Brasil, derrogou a parte geral do Código Penal e da Lei de Execuções Penais no que diz respeito à medida de segurança.

Segundo a fundamentação, a Lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, fruto de incansável luta do movimento antimanicomial, trouxe em seus artigos inúmeras alterações relacionadas ao tratamento de indivíduos portadores de sofrimento mental, afastando, categoricamente, as instituições asilares, leia-se, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e congêneres, por se tratar, em sua grande maioria, de instituições reiteradamente violadoras da dignidade humana e de direitos e garantias fundamentais.

Ademais, não se pode esquecer que o Brasil ratificou em 09 de junho de 1989, sem qualquer reserva ou declaração, a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, consistindo essa todo ato pelo qual são infligidos intencionalmente a uma pessoa penas ou sofrimentos físicos ou mentais, independentemente da finalidade, bem como métodos tendentes a anular a personalidade da vítima (Convenção, art. 2º), o que avulta em importância a Lei 10.216/01, que visa, dentre outros fatores, dar cabo às instituições asilares, em respeito à dignidade humana e às garantias expressas na Constituição Federal de 1988 e demais documentos internacionais ratificados pelo Brasil.

Visou a lei introduzir a noção de cidadania na forma de lidar com a loucura. Assim sendo, a internação psiquiátrica em hospitais gerais – em leitos comuns ou, em casos extremos, na ala psiquiátrica desses nosocômios – e não mais em hospitais psiquiátricos, passou a ser recurso extremo, devendo ser buscado apenas e tão somente quando todas as alternativas menos lesivas à dignidade humana,

10. ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: Benilton Bezerra Júnior; Paulo Amarante (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

à liberdade e à integridade física, se mostrarem insuficientes. Ressalta-se, neste sentido, o disposto no art. 4º, § 3º, que de forma categórica proíbe a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições asilares, como hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e congêneres, tendo em vista a agressividade deste modelo para com a dignidade do indivíduo.

Observando o art. 1º da Lei 10.216/01 é possível concluirmos o seu alcance sobre toda e qualquer pessoa portadora de algum transtorno mental, sem proclamar qualquer diferenciação:

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

A Lei 10216/01, aplicável também aos inimputáveis, produziu reflexo na jurisprudência, ainda que timidamente, como se extrai do julgado da apelação 0028424-78.2009.8.26.0344, pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, de relatoria do Desembargador Márcio Bártoli, conforme consulta em 17.09.2015, no sítio eletrônico do mesmo Tribunal:

> [...] essa custódia hospitalar obrigatória decorrente exclusivamente da natureza da pena pode se constituir numa medida extremamente excessiva pela forte carga coercitiva pessoal, quando o mal que acomete o sujeito ativo puder ser tratado com terapia ambulatorial ou com a administração de medicamentos recomendados por perícia médica ou, quando esse trabalho afirmar que a doença não é incompatível com a liberdade do agente, por não representar perigo à sociedade. É fato notório que os hospitais da rede pública destinados a tratamento psiquiátrico são escassos, despreparados materialmente e sem aparelhamento médico suficiente, o que acaba frustrando o objetivo curativo da medida de segurança, tornando-a, então, simples segregação. Por isso, só se deve aplicar a internação nos casos irremediáveis, adotando-se, sempre que possível, a orientação de que o juiz deve preferir, sempre que legalmente possível, o tratamento ambulatorial. Está mais do que demonstrada a nocividade da internação psiquiátrica. Os manicômios judiciários, como instituições totais, funcionam com sinal negativo, agravando a situação mental do doente. Com o notável progresso feito pela medicina com relação aos tranquilizantes, a grande maioria dos doentes mentais pode hoje permanecer em segurança com suas famílias.

Já entrando na parte dogmática, o critério da periculosidade se funda na culpabilidade do autor, mas a proteção social e a sociedade não podem se

sobrepor ao indivíduo possuidor de sofrimento mental, por ser este detentor de dignidade humana e titular de direitos fundamentais que devem ser efetivados de forma perene. Vale relembrar que no Estado Constitucional de Direito só se deve analisar a culpabilidade pelo fato, punindo-se o indivíduo apenas pelo evento praticado e não por sua vida passada, ou pela possibilidade de voltar a cometer ato infracional no futuro.

O indivíduo que padece de transtornos mentais não pode continuar sendo duplamente punido, seja pela perda da liberdade física em razão do encarceramento na unidade hospitalar, seja pela privação mental em razão dos medicamentos que lhe são impostos que o torna prisioneiro dentro do próprio corpo. Ao paciente com transtorno psíquico deve o Estado assegurar tratamento adequado, de acordo com a proteção da dignidade humana fundamento do Estado Constitucional de Direito, conforme o art. 1º, III, da Constituição Federal.

3. Considerações dogmáticas

Considerando a origem histórica da associação entre crime e loucura e da formação do conceito de periculosidade; considerando a historiografia como fruto de ideologias e visão política, se faz necessário questionar criticamente como a doutrina jurídica utiliza tais conceitos como fundamento para legitimar a aplicação da medida de segurança. Para tanto, é preciso dar um passo atrás e tecer, preliminarmente, breves considerações sobre a construção da inimputabilidade hoje vigente na normativa e na dogmática penal. Iniciamos a partir do conceito analítico de crime, adotando a teoria tripartite. Segundo este conceito, para a existência de um crime é necessário que a conduta humana se revista, simultaneamente, dos três elementos do delito: a tipicidade, a ilicitude e a culpabilidade. Para a teoria finalista da ação, predominante na doutrina, a tipicidade diz respeito à previsão abstrata de uma conduta definida como crime em lei penal anterior à sua prática, ao passo que a ilicitude corresponde à contrariedade dessa ação em relação a fatos e ao ordenamento jurídico como um todo; e, por fim, a culpabilidade, é entendida como um juízo individualizado de atribuição de responsabilidade penal[11].

Dentre os três elementos que compõem o conceito analítico de crime, os dois primeiros se preocupam com a análise da conduta, enquanto a culpabilidade se propõe a um juízo de valor sobre o agente. Nela está inserida a imputabilidade penal, de especial relevância na aplicação da medida de segurança,

11. BITENCOURT, C. R. *Tratado de direito penal. Parte geral.* 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

motivo pelo qual lhe daremos maior destaque. Não se olvida em apontar ainda que a culpabilidade se reveste constitucionalmente de três sentidos. O primeiro deles, fundamento da pena, acepção que mais interessa a este estudo, posto se referir à possibilidade de se imputar uma pena ao autor de um fato típico e ilícito. Em um segundo sentido a culpabilidade é tratada como medida da pena, limitadora, portanto, desta. E o terceiro sentido se opõe à responsabilidade penal objetiva, evitando a responsabilização por resultado imprevisível e não animado pelo dolo ou pela culpa.

Adotando a culpabilidade como fundamento da pena nos interessa sobremodo, dentre os elementos que a compõem a imputabilidade penal. Quando afastada pode dar ensejo à medida de segurança, sobretudo se esta advém da coexistência da doença mental ou do desenvolvimento mental incompleto ou retardado com a incapacidade de entender, no momento da prática do ato, a ilicitude do mesmo, denominado critério biopsicológico.

A imputabilidade penal é a aptidão para ser culpável. E o Código Penal vigente não a define, a não ser por exclusão, o fazendo entre os arts. 26 a 28, agasalhados sob a rubrica da inimputabilidade penal. Assim, se a inimputabilidade decorre da adoção do critério biopsicológico o agente é inimputável e, portanto, tem afastada a sua culpabilidade e, por consequência, o crime, já que um dos seus elementos não se concretizou. Nestes casos se opera a máxima *nulla poena, sine delicti*, embora inaplicável nas medidas de segurança, pois, apesar da inexistência de crime o art. 97 do Código Penal a prevê diante apenas do fato típico e ilícito, aderindo a um resultado que equivale ao conceito bipartite de delito. Vale realçar que embora a medida de segurança não seja considerada como pena pela maior parte da doutrina importa em encarceramento, inclusive, por tempo indeterminado, o que nem a pena alcança, além do que se enquadra como espécie do gênero sanção penal. Destarte, curiosamente, a norma penal reconhece a inexistência de crime, mas não nega uma resposta penal ao fato.

Ao proceder a uma revisão bibliográfica da doutrina sobre a medida de segurança e as questões que giram em torno dela, Selles inicia o estudo com Dalbora Guzmán, que aponta como questão central para a definição das medidas de segurança a compreensão de sua natureza jurídica e Morrillas Cueva explicita esse pensamento ao escrever que buscar "una definición de medida de seguridade es tanto cómo indagar en las diversas concepciones que sobre esta consecuencia del delito existen"[12].

12. DALBORA, J. L. G. Las medidas de seguridad. Distinción y relaciones entre penas y medidas de seguridad. In: PRADO, L. R. *Direito Penal contemporâneo. Estudos em homenagem ao Professor José Cerezo Mir.* São Paulo: Ed. RT, 2007.

Prossegue apontando que grande parte da doutrina brasileira define a medida de segurança como uma sanção penal de caráter essencialmente preventivo, aplicável aos inimputáveis e, em certos casos, aos semi-imputáveis, conforme o art. 26, parágrafo único, do Código Penal, cujo propósito é evitar que o autor de uma infração penal que se mostre perigoso volte a cometer delito. Neste sentido, entre outros renomados autores estão Julio Fabbrini Mirabete, Damásio de Jesus, Fernando Capez, Guilherme Nucci e Celso Delmanto.[13]

Embora existam autores que neguem às medidas de segurança o caráter de sanção penal, ao argumento de que apresentam uma função administrativa de polícia, não pertencendo, pois, ao Direito Penal, mas, ao administrativo, é assente seu caráter especificamente penal na doutrina. Zaffaroni e Pierangeli negam a natureza jurídico-penal das medidas de segurança, contudo sob outro argumento. Advogam que sua natureza não é propriamente penal por não possuírem conteúdo punitivo. Na opinião destes juristas trata-se de tratamento médico e custódia psiquiátrica e nada tem a ver com a pena, que desta se diferencia pelos seus objetivos e meio, por isso, são apenas formalmente penais, motivo pelo qual são impostas e controladas pelos juízes penais.[14] Entretanto, a medida de segurança atua como uma espécie de sanção, na medida em que restringe o ir e vir.

Delmanto *et alli*[15] ressaltam que as medidas de segurança são sanções penais por vezes até mais gravosas do que as próprias penas, dada a severíssima restrição à liberdade da pessoa internada, como decorrência do poder de coação estatal: *ius puniendi*. De outro lado, a medida de segurança poderia ser vista como uma referência assistencial, não sendo necessária a submissão aos princípios da legalidade e da anterioridade. Seria, pois, medida pedagógica e terapêutica, ainda que com restrição de liberdade. Cumpre realçar que a doutrina, além de não realizar uma reflexão eminentemente crítica das medidas de segurança, utiliza nomenclaturas diferentes, por exemplo, para justificar a natureza jurídica da sentença que a aplica, tratando-a como de absolvição imprópria, como se fora possível uma outra espécie de absolvição que implique na restrição da liberdade.

13. SELLES, L. E. *Periculosidade e doença mental: uma análise crítica da medida de segurança*. Faculdade Nacional de Direito – UFRJ. Monografia. Rio de Janeiro, 2013.
14. ZAFFARONI, E. R.; PIERANGELI, J. H. *Manual de direito penal brasileiro. Parte geral*. 9. ed. São Paulo: RT, 2011. v. 1.
15. DELMANTO, C.; DELMANTO, R.; DELMANTO JR., R. *Código Penal comentado*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

Entretanto, a chave para o encarceramento, está na periculosidade, que é uma tentativa de suprimir a falta do elemento da culpabilidade na teoria do delito, estabelecendo certa equivalência teórica entre ambas as noções.[16] Damásio de Jesus defende que a ausência da culpabilidade, porém, não impede a aplicação da medida de segurança, pois ela é substituída pelo juízo de periculosidade.[17] Ressalta Juarez Cirino que "a estrutura dualista alternativa do Direito Penal se erige sobre duas correlações: a) a correlação culpabilidade/pena, fundada no passado; b) a correlação periculosidade/medida de segurança, dirigida para o futuro."[18]

Observa-se também na doutrina um apelo à finalidade preventiva da medida de segurança, com pequenas variações ao desenvolver esta ideia. Assim, a doutrina entende que a medida de segurança atende a fins preventivos *especiais*, visando tratar os inimputáveis e os semi-imputáveis que demonstraram pela prática delitiva potencialidade para novos injustos penais. Em outras palavras, busca-se com o tratamento terapêutico adequado evitar que o indivíduo cometa outros injustos. Prado menciona a ideia de uma prevenção especial, valendo- se no argumento que esta se verifica na medida em que o objetivo primeiro da medida de segurança é impedir que a pessoa volte a delinquir a fim de que possa levar uma vida sem conflitos com a sociedade.[19] Juarez Cirino dos Santos é um dos poucos que não defende a finalidade preventiva, referindo-se à proteção social e tratamento individual, ressalvando que a prevenção foi o objetivo do legislador ao conceber as medidas de segurança: Ao contrário da natureza retributiva das penas criminais, fundadas na culpabilidade do fato passado, as medidas de segurança, concebidas como instrumentos de proteção social e de terapia individual, ou, como medidas de natureza preventiva e assistencial, segundo a interpretação paralela do legislador, são fundadas na periculosidade de autores inimputáveis de fatos definidos como crimes, com o objetivo de prevenir a prática de fatos puníveis futuros.

Todavia, apesar da doutrina apontar majoritariamente para o caráter preventivo das medidas de segurança, sempre ligados à periculosidade e à sua prevenção, na prática dos laudos médicos de cessação de periculosidade o que se observou é que os peritos costumam elencar diversos fatores de risco que não se

16. SANTOS, J. C. *Direito penal. Parte geral.* 4. ed. Florianópolis: Conceito, 2010.
17. JESUS, D. E. *Direito penal. Parte geral.* 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. v. 1.
18. SANTOS, J. C. Op. cit., p. 373.
19. PRADO, L. R. *Curso de direito penal brasileiro. Parte geral.* 9. ed. São Paulo: Ed. RT, 2010. v. 1.

relacionam com o diagnóstico médico de avaliação do grau de periculosidade e, portanto, segundo a doutrina dominante, o grau de probabilidade de reincidência. Em estudo realizado por Katia Mecler[20], que será desenvolvido adiante e buscou investigar os critérios utilizados pelos peritos nos laudos de cessação de periculosidade, foram analisados 74 laudos, entre 1991 e 1994, todos que se encontravam no Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho no Rio de Janeiro, que à época contava com 180 internados, e o resultado da pesquisa concluiu que os fatores de risco elencados pelos peritos como fundamentais na avaliação da cessação da periculosidade eram a presença ou ausência de sintomatologia produtiva, o comportamento do periciado na instituição e o apoio sociofamiliar. O estudo destaca, ainda, que a diferença reside no fato de no caso do hospital psiquiátrico não penal a alta estar ligada, principalmente, à remissão sintomatológica, enquanto que no manicômio judiciário a mesma ausência, como entendem alguns peritos, não determina, por si só, a cessação da periculosidade. Para estes é necessária a presença do apoio sociofamiliar. Conclui o estudo da psiquiatra forense que o critério da periculosidade apresenta mais do que incorreções técnicas, mas limitações concretas do modelo médico em responder às atribuições colocadas pela Justiça e em última instância pela sociedade.[21]

Também chama a atenção na doutrina a referência aos fins curativos da medida de segurança, quando a Psiquiatria não trabalha com a noção de cura, mas, com a remissão de sintomas por meio de medicação e terapia, já que a maioria das doenças mentais são crônicas.[22]

Do que até aqui se apontou podemos concluir que são requisitos para aplicação da medida de segurança *(i)* a prática de fato previsto como crime, *(ii)* a inimputabilidade e *(iii)* a periculosidade do autor. Em relação ao primeiro requisito, Luiz Regis Prado trata como fato punível, já Damásio de Jesus como fato descrito como crime, enquanto Fernando Capez utiliza a expressão "prática de crime" e Juarez Cirino dos Santos e Guilherme Nucci como injusto típico. Ressaltando a doutrina que a este fato, seja qual for o alcance da sua definição, não se aplica a medida de segurança se não houver prova da autoria e da materialidade do mesmo; se não constitui ilícito penal; se estiver presente

20. MECLER, K. *Periculosidade e inimputabilidade: um estudo dos fatores envolvidos na determinação da periculosidade do doente mental infrator.* Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, 1996.

21. Ibidem.

22. SADOCK, B. J.; KAPLAN, J. I. *Manual de psiquiatria clínica*. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

alguma excludente de ilicitude; se o crime for impossível ou se ocorreu a prescrição ou outra causa extintiva da punibilidade. Bitencourt acrescenta, ainda, que deixa de existir fato típico punível – ilícito típico, se houver excludentes de culpabilidade, como o erro de proibição invencível, coação irresistível e obediência hierárquica, embriaguez completa fortuita ou por força maior. Em resumo, para este doutrinador não se verifica o primeiro requisito da medida de segurança nas seguintes hipóteses: excludentes de criminalidade ou de culpabilidade e a ausência de provas que impeçam a aplicação da medida de segurança[23]. Portanto, não seria qualquer portador de transtorno psíquico que seria passível de receber essa sanção, mas, somente aqueles que realizam fatos típicos e ilícitos não prescritos e sem a presença de qualquer causa extintiva da punibilidade.

Com relação ao segundo pressuposto da medida de segurança, a periculosidade do agente, para a doutrina, de uma maneira geral, o conceito exprime o *prognóstico* de *futura* realização de fato previsto como delito por indivíduos portadores de doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado, excludente da capacidade de conhecer o caráter ilícito do fato ou de determinar-se conforme esse conhecimento (art. 26, CP), ou simplesmente a probabilidade de que esses sujeitos voltem a delinquir *futur*amente[24]. Para Zaffaroni e Pierangeli, a periculosidade que justifica a manutenção da medida de segurança, seja de internação, seja de sujeição a tratamento ambulatorial, é mais ampla do que o conceito de periculosidade penal, limitado à probabilidade da prática de crimes. Ela abrange o simples perigo para os outros ou para si mesmo[25].

Na concepção de Agibay Molina[26] o juízo de probabilidade sobre o cometimento de crime futuro, ou de outra ação danosa, reside não apenas nos fatores individuais, como a doença mental, mas, no condicionamento total de *fatores individuais e sociais* num homem e num dado momento de sua vida, que permitem extrair, como conclusão, um *juízo de probabilidade* de que chegue a ser autor de crime, ou de uma conduta que sem ser delito possa causar danos a terceiros ou a si próprio. Para o autor, cuida-se não de possibilidade, mas, de probabilidade de delinquir, estado de *desajustamento social* do homem, de

23. BITENCOURT, C. R. Op. cit., 2009.

24. PRADO, L. R. Op. cit., 2010.

25. ZAFFARONI, E. R.; PIERANGELI, J. H... Op. cit., 2011.

26. MOLINA, A. *Derecho Penal*. Buenos Aires: Ediar, 1972. v. 2, p.301 *apud* JESUS, Damásio E. de. *Direito penal, op.cit.*, p. 546.

máxima gravidade, resultante de uma maneira de ser particular do indivíduo, congênita ou gerada pela pressão de condições desfavoráveis do meio, manifestando, nos casos extremos, uma "criminosidade" latente à espera da circunstância externa do momento para exprimir-se no ato de delinquir[27].

A verificação da periculosidade se faz por intermédio de um juízo sobre o futuro, ao contrário do juízo de culpabilidade, que se projeta sobre o passado. Nessa verificação, José Frederico Marques explica que o juiz se vale de fatores, ou elementos e indícios, ou sintomas do estado perigoso. Para o autor, fatores da periculosidade são os elementos que atuando sobre o indivíduo o transformam nesse ser com probabilidade de delinquir, de ordem externa ou interna, referentes às condições físicas individuais, morais e culturais, condições físicas do ambiente, de vida familiar ou de vida social, reveladores de sua personalidade. Ao lado dos fatores há os sintomas de periculosidade, que são os antecedentes criminais, civis ou administrativos, os motivos determinantes de prática delituosa e suas circunstâncias, natureza, modo de realização do tipo, meios empregados, objeto material, momento da prática, lugar, consequência etc. O autor ainda ressalta que há certos dados que funcionam como fatores e sintomas, como as condições de vida e o caráter[28].

Periculosidade significa um estado mais ou menos duradouro de antissociabilidade, em nível subjetivo. Quanto mais fatos considerados como crime o inimputável comete, mais demonstra sua antissociabilidade.[29] Bitencourt reproduz o conceito de Hungria acrescentando que é um juízo de probabilidade tendo por base a conduta antissocial e a anomalia psíquica do agente de que este voltará a cometer delito[30].

Deste modo, entendendo a periculosidade como fundamento da medida de segurança e considerando que no seu conceito, extraído da doutrina, está a probabilidade de que o sujeito volte a cometer delito, o grupo de pesquisa *Observatório Crítico da Medida de Segurança* da Universidade Federal do Rio de Janeiro investigou os índices de reiteração criminosa da população que já recebeu ao menos uma medida de segurança. O objetivo foi verificar por meio dessa primeira frente de investigação documental a procedência da noção, ou estigma, do doente mental *lato sensu* como sujeito perigoso.

27. JESUS, D. E. Op. cit., 2003.
28. MARQUES, J. F. *Tratado de direito penal*. Campinas, SP: Millennium, 2000.
29. NUCCI, G. S. *Manual de processo penal e execução penal*. 4. ed. São Paulo: Ed. RT, 2008.
30. BITENCOURT, C. R. Op. cit., 2009.

A presunção da periculosidade reforçou a justificativa para a pesquisa, pois a presunção torna mais forte a associação entre loucura e perigo, uma vez que presumir algo é estabelecer uma regra geral a partir da sua incidência no mundo dos fatos. Assim, com o estudo da reiteração criminosa investigamos se há uma razoável incidência de transtornos psíquicos reincidentes que justifique presumi-los como perigosos. Lembre-se que a presunção é uma noção muito antiga para o Direito e sua origem filosófica nos auxilia a compreender como foi formulada, posto que a Filosofia a define como um "juízo antecipado e provisório que se considera válido até prova em contrário"[31].

Na pesquisa trabalhamos com o conceito de reiteração criminosa, ou seja, a simples prática de um novo delito, incluindo a nova condenação e as denominadas absolvições impróprias no primeiro grau de jurisdição, bem como a reinternação motivada pela prática de fato típico-ilícito. Ampliamos a base de dados de reiteração para diminuir a margem de erro e coletamos dados do período de 2002 a 2012 da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado do Rio de Janeiro (SEAP), relativos ao extinto Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, atual Instituto de Perícias Heitor Carrilho, e dados do período de 2000 a 2013 da base de dados da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro.

O critério utilizado foi de observação do comportamento dos pacientes, de maneira indireta, que foram desinternados de uma medida de segurança, mesmo que não extinta, tendo em vista o lapso temporal a que se refere o art. 97, § 3º, do Código Penal, entre o período considerado para cada uma das bases de consulta, ou seja, 2002 e 2012 para o HCTP Heitor Carrilho e 2000 e 2013 para a Vara de Execuções Penais. Analisamos quantos receberam outra condenação, ou foram alcançados por medida de segurança e no caso do HCTP Heitor Carrilho verificamos quantos retornaram a este mesmo hospital pela prática de novo delito.[32]

Cruzadas as informações obtidas por ambas as fontes, obtivemos os seguintes resultados: no HCTP Heitor Carrilho, em um universo de 580 desinternados, no período de 2002 a 2012, foram apenas 14 as reiterações, ou seja, somente 14 pacientes retornaram ao estabelecimento por motivo de prática de fato típico-ilícito, o que gera um índice de reincidência da ordem de 2,41%. Já na base da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, em um universo de 572 desinternados nas medidas de segurança, no período de 2000 a 2013, 46 reincidiram, o que nos conduz a uma taxa de

31. ABBAGNANO. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 2007. p. 926.

32. SELLES, L. Op. cit., 2013.

reiteração de 8,04%. Como se observa, os números encontrados não são apenas pequenos, mas estão muito abaixo da reincidência apresentada pela população egressa do sistema penitenciário comum, que em 2011 era de 70%, segundo declaração do então Ministro do Supremo Tribunal Federal Cezar Peluso[33].

Vale mencionar que, inicialmente, obtivemos todos os dados existentes na base da Vara de Execuções Penais, que abarcava o período de 1953 a 2013. No entanto, o sistema de informatização do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro foi implantado em 2000, por isso, decidimos excluir os dados referentes ao período anterior a 2000 por não considerarmos confiáveis o suficiente para a pesquisa, posto que muitos processos não foram cadastrados à época, outros foram extintos, ou sofreram renumeração, dentre outras questões que poderiam acarretar imprecisões à pesquisa. A título de informação, a taxa de reincidência encontrada nesse período foi ainda menor: 7,11% (54 reincidentes em um universo de 759). Cabe, ainda, esclarecer, que apesar deste estudo se ocupar primordialmente dos inimputáveis, na extração dos dados foram abrangidos também os semi-imputáveis e os que cumpriam medida de segurança por superveniência de doença mental.

Outra informação que precisa ser esclarecida é a de que o sistema da Vara de Execuções Penais só possui os dados das medidas de segurança de internação e das penas privativas de liberdade de todo o Estado do Rio de Janeiro. No que tange às medidas de segurança de tratamento ambulatorial e às penas restritivas de direitos, a Vara de Execuções Penais possui informação apenas das que são cumpridas na capital do Estado. Os dados relativos a penas restritivas de direitos e medidas de segurança de tratamento ambulatorial cumpridas no interior do Estado não chegam para a base de dados da Vara de Execuções Penais. Assim, a pesquisa não abrangeu delitos cometidos fora do Estado do Rio de Janeiro, nem penas restritivas de direitos ou medidas ambulatoriais recebidas no interior do mesmo Estado. O que se pode afirmar é que as taxas de reiteração criminosa dos inimputáveis e semi-imputáveis que cumpriram medida de segurança são bem reduzidas, demonstrando indícios de que esses indivíduos possuem baixa probabilidade de reincidir, afastando a presunção da periculosidade, que tem potencial de respaldar internações por prazo indeterminado.

33. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Relatório de pesquisa "Reincidência criminal no Brasil", 2015. Disponível em: [http://cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/07/572bba385357003379ffeb4c9aa1f0d9.pdf]. Acesso em: 22.03.2018: "Verifica-se (...) que as taxas de reincidência calculadas pelos estudos brasileiros variam muito em função do conceito de reincidência trabalhado. Os números, contudo, são sempre altos (as menores estimativas ficam em torno dos 30%)".

Não descartamos a possibilidade destas baixas taxas de reiteração criminosa estarem ligadas ao longo tempo de permanência de internação ao qual os portadores de doenças psíquicas são submetidos, o que geraria menor possibilidade de reincidirem. Todavia, trabalhamos com proporções, e ainda que libertados um menor número de pessoas em medida de segurança em comparação com a população que cumpre penas privativas de liberdade, proporcionalmente, nesta amostra a reiteração criminosa foi muito menor neste grupo, o que indica que a reiteração delituosa não se deve ao "sucesso" da execução da medida de segurança, mas à ficção do critério da periculosidade.

Um argumento que pode ser trazido a favor da periculosidade e com o propósito de desconstruir a pesquisa aponta para o fato de que é muito provável que essa população já esteja senil quando desinternada e, portanto, em menores condições de praticar um novo delito, diferentemente de um jovem ativo, ou, ainda, que essas pessoas sejam cronificadas em razão dos longos anos de internação, sendo desinternadas em condições vegetativas, sem aptidão física para praticar delitos. No entanto, esse tipo de argumento desconsidera as premissas deste estudo de respeito à dignidade da pessoa humana, posto que assume a aniquilação do sujeito e a falta de limites para o exercício do *jus puniendi* estatal.

Portanto, se a periculosidade é o móvel que mantém aprisionado um sujeito absolvido que não cometeu crime segundo o conceito analítico, e se a periculosidade é entendida como a possibilidade da prática de um novo delito, a pesquisa de reiteração criminosa realizada mostra que estes conceitos merecem ser questionados e revistos, sobretudo pela doutrina, valendo a reflexão de Virgílio de Mattos:

> [...] o curioso é que ninguém diz perigoso ao construtor inescrupuloso, ao banqueiro que leva à miséria seus clientes, ao dono do latifúndio improdutivo, ao dono do hospital psiquiátrico que se enriquece com o desespero alheio. Perigoso, diz a doutrina, é o portador de sofrimento mental que comete crime.[34]

4. DO EXAME DE VERIFICAÇÃO DE CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE (EVCP) AO EXAME MULTIDISCIPLINAR E PERICIAL DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL (EMPAP)

Partindo para a aplicação prática do conceito de periculosidade, a literatura psiquiátrico-forense disponível, quando analisada acerca do conceito de

34. MATTOS, V. *Da inimputabilidade – um estudo sobre o estigma da periculosidade do louco-infrator e sua inconstitucionalidade*. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

periculosidade criminal, parece nos mostrar que, se por um lado há um acordo quanto à definição do conceito, não se pode dizer o mesmo em relação à definição de quais os critérios adequados para o diagnóstico do "estado perigoso" de um indivíduo. Nesse sentido, diversas têm sido as tentativas de elaboração de critérios objetivos para a aferição da periculosidade dos sujeitos infratores no correr da história mais recente. Para Mecler[35], dois são os aspectos que têm sido debatidos com mais atenção. Primeiramente a habilidade por parte dos psiquiatras na determinação da periculosidade dos portadores de transtornos mentais, e em segundo lugar, quais seriam os aspectos éticos envolvidos na previsão de seu comportamento futuro, e se tal seria possível.

Em meados dos anos 1980, os debates na Inglaterra, de forma geral, sintetizavam as principais questões envolvidas. Enquanto Bottoms[36] criticava a tendência de os psiquiatras serem excessivamente cautelosos e acabarem por não desinternar pessoas para prevenir a ocorrência de uma infração, Walker[37], ao contrário, argumentava que a reclusão de infratores com a finalidade de prevenir uma ofensa é justificada na medida que nenhum esforço deve ser poupado para garantir a ordem social. A posição de Walker, portanto, facilmente se nota que tem sido a mais adotada na sociedade, nos Tribunais e pelos psiquiatras forenses por basear-se na defesa social[38].

A aplicação do conceito de periculosidade no Código Penal Brasileiro é utilizada fundamentalmente com a finalidade de conceder a liberação ou não de pacientes submetidos à medida de segurança detentiva e restritiva. Nos países onde se encontram os principais estudos feitos pelos psiquiatras-forenses, o conceito de periculosidade é o critério para internação compulsória, ou para aplicação de sentenças especiais. É de se referenciar especialmente que ainda que o conceito não se encontre disposto na legislação penal destes países da mesma forma que o nosso, é evidente que o mesmo é utilizado como um critério fundamental para desinternação dos pacientes considerados potencialmente perigosos.

Na década seguinte, a elaboração de critérios que pudessem funcionar como índices para uma avaliação objetiva da periculosidade foi a especificidade mais

35. MECLER, K. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 20 (1)*, p. 70-82. 2010.

36. BOTTOMS, P. *Psicopatología y psiquiatría forense*. Buenos Aires: López Librenos Editores, 1983.

37. WALKER, N. Protecting People. In. John Hinton. *Dangerousness: Problems of Assessment and Prediction*. London; Boston: Allen & Unwin, 1983.

38. MECLER, K. *Periculosidade: evolução...* cit., 1996.

marcante deste campo de avaliação, no qual os estudos concentraram-se na previsão do comportamento violento de pacientes internados em hospitais psiquiátricos distintos dos estabelecimentos de cumprimento da medida de segurança. Houve escassos estudos em unidades forenses, tendo em vista que os pacientes considerados perigosos pelos psiquiatras raramente eram desinternados, e, portanto, não estavam disponíveis para um seguimento na comunidade.[39] A verificação das aferições da periculosidade só pôde ser realizada quando as avaliações dos psiquiatras foram refutadas por algum juiz, que ocorreria sempre que o juiz discordasse da avaliação do psiquiatra e determinasse que a pessoa fosse desinternada, ou se o tribunal insistisse que faltava uma base legal para detenção ou desinternação de um paciente.

Ainda na década de 80 foi discutida a coocorrência do comportamento antissocial e o comportamento decorrente de transtorno psiquiátrico, observando-se, portanto, que em várias situações em que havia manifestação de comportamento violento por parte dos pacientes, não necessariamente o estado mental em si explicaria tal comportamento[40].

Durante a década de 90, a partir da elaboração de fatores de risco específicos para o comportamento violento e o desenvolvimento de instrumentos de avaliação padronizados, o conceito de periculosidade (*dangerousness*), foi substituído pela avaliação de risco de violência (*risk assessment*) e exemplos desses instrumentos são: *Psychopathy Checklist – Revised* (PCL-R)[41]: é fundamentado pelo conceito de psicopatia, sendo organizado em 20 itens que consideram comportamentos, aspectos emocionais e histórico de vida presentes em indivíduos considerados com personalidades psicopáticas; *Barrat Impulsiveness Scale*[42]: avalia sucintamente três principais componentes da impulsividade: o motor, o cognitivo e a ausência de planejamento; *Historical, Clinical and Risk Management Violence Risk Assessment Scheme* (HCR-20)[43]: foi desenvol-

39. MONAHAN, J; STEADMAN, H. J. (eds.). *Violence and Mental Disorder.* Chicago, IL: University of Chicago Press, 1994.

40. RABKIN, J. Criminal behavior of discharged mental patients: a critical appraisal of the research. *Psychological Bulletin, 86*, p. 1-27. 1979.

41. HARE, R. D. *Manual for the Revised Psychopathy Checklist*. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems, 1991.

42. BARRAT, E. S. Impulsiveness and Agression. MONAHAN, John; STEADMAN, H. J. *Violence and Mental Disorder.* Chicago, IL: University of Chicago Press, 1994. p. 61-79.

43. WEBSTER, C. D.; EAVES, D.; DOUGLAS, K.; WINTRUP, A. *The HCR-20 Scheme:* the assessment of dangerousness and risk. Burnaby, BC, Canadá: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia, 1995.

vido para avaliar o risco de comportamento violento futuro em populações psiquiátricas e carcerárias. Neste instrumento há também 20 itens, divididos em três sub-escalas: históricos, clínicos e manejo de risco, descritos e baseados em revisões de literatura acerca de cada um dos temas. Existem diversos trabalhos convalidando a HCR-20 em diversos países do mundo[44], inclusive no Brasil.[45]

Os itens que constituem a escala HCR-20 são: *itens históricos* (1. Violência prévia; 2. Idade precoce no primeiro incidente violento; 3. Instabilidade nos relacionamentos; 4. Problemas no emprego; 5. Problemas com uso de substâncias; 6. Doença mental importante; 7. Psicopatia; 8. Desajuste precoce; 9. Transtorno de personalidade; 10. Antecedente de insucesso (comportamental) quando sob supervisão); *itens clínicos* (1. Falta de *insight*; 2. Atitudes negativas; 3. Sintomas ativos de doença mental importante; 4. Impulsividade; 5. Resposta desfavorável ao tratamento); *itens de manejo de risco* (1. Planos inexequíveis; 2. Exposição a fatores desestabilizadores; 3. Falta de apoio pessoal; 4. Não aderência às tentativas de tratamento; 5. Estresse).

Os autores da escala HCR-20[46] consideram que a principal vantagem dos instrumentos de avaliação padronizada consiste na capacidade de ser um guia acerca dos conhecimentos mais recentes neste campo de pesquisa e conhecimento, possibilitando aos clínicos a tomada de decisões baseadas em fatores de risco específicos. Cabe ressaltar que a palavra "risco" carrega nela própria o risco de estigmatizar os inimputáveis, inferindo que eles representam o perigo para a sociedade. Como consequência, os serviços de Psiquiatria e saúde mental, centrados no risco e na periculosidade, funcionam como instância de prevenção e controle dos supostamente perigosos.

O diagnóstico, o tratamento e o prognóstico dentro da Psiquiatria vêm se modificando progressivamente nas últimas décadas, incluindo revisões sistematizadas e metanálises sustentam que o transtorno psíquico está longe de ser o fator mais importante na avaliação de risco de violência, ou mesmo nem é um fator isolado[47].

---

44. WHITTINGTON, R.; HOCKENHULL, J. C.; MCGUIRE, J.; LEITNER, M.; BARR, W.; CHERRY, M. G.; FLENTJE, R.; QUINN, B.; DUNDAR, Y.; DICKSON, R. A systematic review of risk assessment strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour: update 2002-8. *Heath Technology Assessment, 17 (50)*, 2013.
45. TELLES, E.B.; DAY, V.P.; FOLINO, J.O.; TABORDA, J. G. V. Reliability of the Brazilian version of HCR-20 Assessing Risk for Violence. *Rev Bras Psiquiatr, 31(3)*, p. 253-256. 2009.
46. WEBSTER, C. D. Op. cit., 1995.
47. MECLER, K. Op. cit., 2010. p. 70-82.

Os sujeitos em sofrimento psíquico podem entrar em conflito com a lei em situações específicas. Ainda assim, é preconceituoso considerá-lo um sujeito já de aumentado risco se comparado à população em geral, apesar de haver situações em que o mesmo, especialmente se não tratado e não medicado, se relaciona a um risco e à prática de atos ilícitos, muitas vezes com prejuízo do seu entendimento e de sua determinação. Na pesquisa do Observatório Crítico de Medidas de Segurança, antes mencionada, foi observado que a totalidade do grupo que reiterou na prática delitiva não se encontrava inserida na rede de apoio psicossocial.

No Brasil, a primeira pesquisa acerca dos critérios utilizados pelos peritos no Exame de Verificação da Cessação da Periculosidade (EVCP) dos sujeitos submetidos à medida de segurança detentiva foi conduzida por Mecler[48]. A pesquisa foi realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, Rio de Janeiro, único local no Estado que realizava os EVCP à época. Foram estudados 114 exames de EVCP, realizados entre os anos de 1991 e 1994, acessados no setor de arquivo da instituição.

Foi observado por Mecler[49] que, ao contrário dos demais laudos emitidos pelos peritos (Sanidade Mental, Dependência Toxicológica e Superveniência de Doença Mental), os EVCP não possuíam uma estrutura padronizada formal. Os laudos deveriam conter os registros de todo o procedimento pericial, mas o que ocorria, porém, é que estes eram bem escassos em relação às informações, e formas de apresentação, e diferiam entre os peritos de acordo com a formação e os valores dos mesmos. Estes laudos, um tanto quanto escassos, acabavam dificultando e, em alguns casos, até impossibilitando a formação da convicção segura dos operadores de direito.

As observações feitas foram agrupadas em linhas gerais a partir de semelhanças descritas nos laudos periciais, tendo sido elaborada uma grade de critérios, segundo a menção dos mesmos nos laudos. A partir desta primeira análise foram realizadas as entrevistas com os peritos responsáveis pelos laudos.

Dessa forma, foram pesquisados nos laudos psiquiátrico-forenses a presença dos seguintes itens: variáveis sociodemográficas (gênero, idade, cor, estado civil, escolaridade, profissão, nível socioeconômico, apoio familiar), diagnóstico psiquiátrico, delito cometido (artigo do Código Penal), conclusão do laudo (periculosidade "cessada" ou "não cessada"), presença de sintomas produtivos (delírios e alucinações), presença de *insight* (juízo crítico

48. MECLER, K. Op. cit., 1996.

49. Ibidem.

quanto à morbidade e à necessidade de continuar o tratamento), presença de sintomas negativos (isolamento, embotamento afetivo, ausência de iniciativa e vontade), comportamento inadequado na instituição, menção do parecer da equipe técnica multidisciplinar, apoio sociofamiliar.

A situação sociofamiliar foi um item bastante valorizado pelos peritos no corpo dos laudos. O Serviço Social do HCTP Heitor Carrilho, inclusive, dispunha à época de uma listagem que distribuía os periciados em três grupos: com família, com família e sem apoio, e sem família. Entende-se por "com família e sem apoio" aquela situação em que a família não manifesta praticamente nenhum interesse pelo interno, especialmente no que se refere à sua volta ao lar. Quanto à conclusão dos laudos, 56,03% dos periciados tiveram a periculosidade cessada, enquanto 43,07% tiveram a periculosidade mantida. Nos resultados, a única variável sociodemográfica com significância estatística com a conclusão dos laudos foi a presença de apoio familiar. Ou seja, periciados com apoio familiar possuíam maior chance de ter sua periculosidade cessada de forma significativa.

Como já mencionado antes, os critérios elencados pelos peritos como fundamentais na avaliação da cessação da periculosidade eram a presença ou ausência de sintomatologia produtiva, o comportamento do periciado na instituição e o apoio sociofamiliar. O estudo destacou ainda que, para a maioria dos peritos, a diferença residia no fato de no caso do hospital psiquiátrico não penal a alta estar ligada principalmente à remissão sintomatológica, enquanto no manicômio judiciário, a mesma ausência não determinava por si só a cessação da periculosidade. Foi necessária a presença do apoio sociofamiliar, como observado anteriormente. A falta do elemento de apoio psicossocial na comunidade foi um agravante tão sério que levava, comumente, à perpetuidade da medida de segurança, uma verdadeira prisão perpétua aplicada a pacientes-presos, paradoxalmente absolvidos de suas acusações. Conforme lemos no trecho de um laudo pesquisado[50]: "A 'prisão perpétua' seria o pior dos males. Este já é o segundo exame de cessação do paciente, em ambos não foi aprovada a sua saída". Estabelecia-se, pois, uma relação de poder-saber que, na realidade, reforçava o estigma de doente mental perigoso.

Oliveira e colaboradores[51] conduziram um estudo de 224 laudos de cessação de periculosidade, realizados entre 2011 e 2014, no Heitor Carrilho,

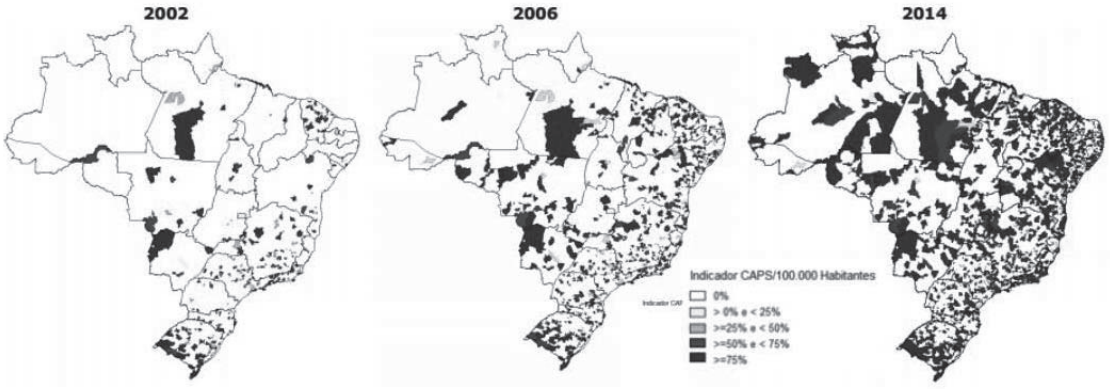
50. Ibidem.

51. OLIVEIRA, G. C.; VALENÇA, A. M.; MORAES, T. M.; MENDLOWICZ, M. V.; FORREST, M. C.; BATISTA, F. F.; MENDES, G. A.; LIMA, T. N.; GONÇALVES, V. R.; MECLER, K.

seguindo a mesma metodologia de Mecler em 1996. Avaliou-se, inicialmente, a forma dos laudos, percebida como não sistematizada e sucinta. As observações feitas foram agrupadas em linhas gerais a partir de semelhanças descritas nos laudos periciais. Foi utilizada nesse trabalho, a grade de critérios descrita por Mecler[52], com algumas modificações, sendo denominada planilha Mecler.

Quanto à conclusão dos laudos, 85,98% dos periciados tiveram a periculosidade cessada, enquanto 14,02% tiveram a periculosidade mantida. Trata-se de um resultado importante, dado o esforço da equipe assistente do Heitor Carrilho, em trabalhar de forma multidisciplinar, com vistas à desinternação dos doentes mentais. No trabalho de Mecler[53], por exemplo, a periculosidade foi considerada cessada em apenas 56,3% dos laudos, quando a rede de apoio psicossocial era muito menor ou quase inexistente. Dados divulgados pela Coordenação Geral de Saúde Mental[54] demonstram o grande crescimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no país, tendo iniciado, em 1998, com 148 CAPS e em 2014 já contava com 2.209. A figura seguinte representa a magnitude dessa expansão, que demonstra os serviços oferecidos territorialmente, respeitando os preceitos da Lei da Reforma Psiquiátrica.

Figura 1 – Evolução do Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes (Brasil, dez/2002, dez/2006 e dez/2014)



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

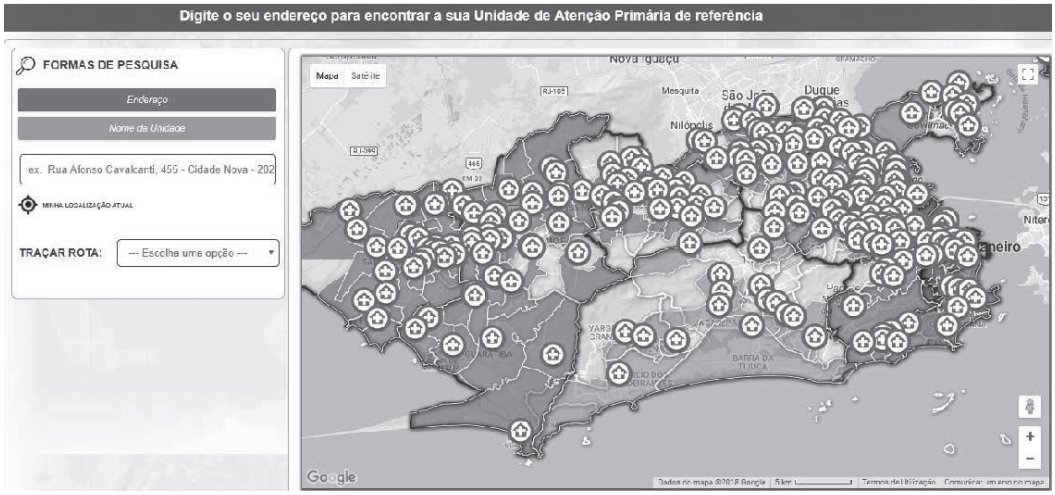
Cessation of dangerousness status: an analysis of 224 reports from the Instituto de Perícias Heitor Carrilho. Rio de Janeiro, Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr., 39 (1)*, p. 45-54. 2017.

52. MECLER, K. Op. cit., 1996.

53. MECLER, K. Op. cit., 1996.

54. BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental em dados 12*, ano 10, n. 12. Informativo Eletrônico, 2015. Disponivelem: [http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf]. Acesso em: 20.01.2018.

A prefeitura do Rio de Janeiro disponibiliza um serviço *on-line* no qual é possível se inscrever, descobrir qual serviço atende ao território de residência do usuário da saúde mental e, ainda, agendar um atendimento de maneira bastante simples, mostrando no mapa da cidade onde está localizado o serviço[55] e a imagem a seguir demonstra a abrangência da rede.



Pelo entendimento dos autores deste artigo, a mudança de paradigma que passou a não mais privilegiar o apoio familiar como elemento fundamental da cessação da periculosidade, mas sim a estabilização clínica do paciente, com a boa evolução terapêutica, teve um papel importante no aumento das conclusões de cessação de periculosidade.

A partir dessa nova perspectiva multidisciplinar, que operou uma mudança no olhar dos peritos e dos operadores de direito, que passaram a reconhecer que os inimputáveis por doença mental podem ser acompanhados por uma rede de apoio psicossocial, surgiu a demanda por um novo exame de cessação de periculosidade, que acabou por ser desenvolvido pela Profa. Kátia Mecler, inicialmente denominado EPAP – Exame Pericial de Avaliação Psicossocial e, após reuniões no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo e na Vara de Execuções Penais, resultou no EMPAP – Exame Multidisciplinar de Avaliação Psicossocial, com proposta inovadora, objetiva, homogênea, transparente e estruturada de acordo com os direitos humanos.

55. O agendamento pode ser realizado no site da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: [https://smsrio.org/subpav/ondeseratendido/]. A imagem foi obtida na página inicial do site, cujo acesso aconteceu em 30.01.2018.

Exame Multidisciplinar e Pericial de Avaliação Psicossocial – EMPAP

Identificação:

Nome:

Data de nascimento:

Nome dos pais:

Naturalidade:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Raça declarada:

Religião: (é livre para declarar ou não)

Gênero e Orientação Sexual: (é livre para declarar ou não) – cfe. Resolução SEAP n. 558 – em caso de NOME SOCIAL no SIPEN, incluir.

Residência:

Território:

Serviço de Saúde Mental/CAPS: (indicar exatamente qual o serviço, endereço completo e telefone).

Histórico:

Proveniente da(s) unidade(s): indicar o trânsito da pessoa dentro do sistema penitenciário

Sanção penal instituída: (especificar a natureza da sanção penal: se PPL ou se MS ou se pena convertida em MS)

Sanção penal anterior: SIM NÃO (especificar qual tipo)

Tempo de duração da privação de liberdade desde a captura pelo sistema de justiça penal, especificando a data de entrada na unidade atual.

Delito(s):

*Versão do periciado sobre o delito:

Hipótese diagnóstica no laudo de sanidade mental: (buscar no laudo e transcrever)

Conclusão do laudo de sanidade mental: (buscar no laudo e transcrever)

Em existindo exame pericial anterior, indicar respectivo tipo de exame e suas respectivas hipóteses diagnósticas e conclusão.

Internação psiquiátrica e/ou tratamento psiquiátrico anterior ao delito: SIM NÃO (especificar)

História de abuso de álcool e drogas ilícitas: SIM NÃO (especificar)

Estado atual:

Estado psíquico inicial:

Terapêutica instituída: (medicação, oficinas, atendimento, saídas terapêuticas, visita da rede de saúde...)

Especificar:

Estado psíquico atual: Especificar

Laços familiares, afetivos e comunitários (Esclarecer a situação familiar com nome, endereço, telefone, vínculo de parentesco, se tem filhos ou não; qual a rede socioafetiva para além da família).

Aderência ao tratamento: (Observar que não é apenas aderência à medicação e Especificar).

Consciência da morbidade: Especificar

Consciência da necessidade de continuar o tratamento: Especificar e demonstrar como foi o tratamento a ele dispensado e o que está sendo empregado para despertar o desejo de se tratar.

Projeto terapêutico em andamento: Especificar (Renda, moradia, documentação)

* Exame psíquico e súmula psicopatológica:

* Hipótese Diagnóstica atual:

(*) Preenchimento exclusivo pelo perito psiquiatra na data designada para o exame.

Conclusão:

A presente avaliação conclui que o periciado reúne condições clínicas satisfatórias e poderá dar continuidade ao projeto terapêutico no que se refere a benefícios sociais e demais necessidades familiares, tratamento psicológico e psiquiátrico em regime ambulatorial, que deverá ser feito no ...

A presente avaliação conclui que o periciado deverá permanecer internado, até nova avaliação, sugerida ao fim de 90 dias a partir da data deste exame.

5. Considerações finais

A periculosidade, fundamento da medida de segurança, se baseia em um conhecimento médico, sociológico e jurídico que remonta ao final do século XIX com as ideias da Escola Positiva, que adotou o modelo da causalidade, baseado na existência de uma deficiência nata e na amoralidade intrínseca dos sujeitos que levou à higienização e principalmente ao estigma dos doentes

mentais como necessariamente perigosos, justificando o seu isolamento que, segundo o art. 97, § 1º, do Código Penal, ainda em vigor, pode se dar por prazo indeterminado. Esse conceito de periculosidade objetiva vem sendo utilizado, desde então, de forma acrítica funcionando como operador político da manutenção da medida de segurança.

Como tentativa de mitigar os efeitos nocivos desta aplicação, a proposta do EMPAP (Exame Multiprofissional Pericial de Avaliação Psicossocial) não contraria a norma vigente, mas se coloca como alternativa ao modelo existente, superando o exame de cessação de periculosidade, que possui limitações inclusive terminológicas. O EMPAP tem como fundamento a atenção médico-psicossocial privilegiando a reinserção social e resgatando a identidade perdida dentro do sistema penitenciário, que tem como uma de suas consequências aniquilar as subjetividades. Propõe-se, no novo modelo, privilegiar a inclusão numa rede de apoio psicossocial, reintegrando os portadores de transtornos mentais à comunidade. Convém destacar que a multiprofissionalidade que integra a definição do exame decorre da solução construída entre o perito psiquiátrico e toda a equipe multidisciplinar, embora o exame multiprofissional não seja simultâneo ao exame pericial de avaliação psicossocial.

O resultado do EMPAP não partiu exclusivamente de um conhecimento teórico, mas se valeu da experiência da prática pericial, da atuação na execução penal e dos estudos que envolvem a desinstitucionalização e assistência psicossocial e comunitária, que não se deixa de extrair da Lei 10.216/01, além da pesquisa de campo que mostrou um baixo índice de reiteração criminosa. Todavia não se propõe o trabalho a encerrar a discussão sobre tema tão relevante, mas, ao contrário, dar continuidade às investigações, incluindo a avaliação prospectiva do próprio modelo de exame proposto.

6. Referências bibliográficas

ABBAGNANO. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ALDEN, A. et al. Psychotic Disorders and Sex Offending in a Danish Birth Cohort. *Arch Gen Psychiatry 64 (11)*, p. 1251-1258. 2007.

BARRATT, E. S. Impulsiveness and Agression. In: MONAHAN, J.; STEADMAN, H. J. *Violence and Mental Disorder:* Developments in risk assessment. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1994.

BITENCOURT, C. R. *Tratado de direito penal. Parte geral*. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BONTA, J.; LAW, M.; HANSON, K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 123(2)*, p. 123-142. 1998.

BOTTOMS, P. *Psicopatología y psiquiatría forense*. Buenos Aires: López Librenos Editores, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental em dados 12, ano 10, n. 12. Informativo Eletrônico,* 2015. Disponível em: [http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf]. Acesso em: 20.01.2018.

CARRARA, S. *Crime e loucura:* o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Relatório de pesquisa "Reincidência criminal no Brasil", 2015. Disponível em: [http://cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/07/572bba385357003379ffeb4c9aa1f0d9.pdf]. Acesso em: 22.03.2018.

DALBORA, J. L. G. Las medidas de seguridad. Distinción y relaciones entre penas y medidas de seguridad. In: PRADO, L. R. *Direito penal contemporâneo. Estudos em homenagem ao Professor José Cerezo Mir.* São Paulo: Ed. RT, 2007.

DELMANTO, C.; DELMANTO, R.; DELMANTO JR., R. *Código Penal comentado*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

DIAS, A. A. T. *Arquivos de ciências, crimes e loucuras:* Heitor Carrilho e o debate criminológico do Rio de Janeiro entre as décadas de 1920 e 1940. Fundação Oswaldo Cruz. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 2015.

FAZEL, S.; YU, R. Psychotic Disorders and Repeat Offending: Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, 37 (4)*, p. 800-810. 2011.

FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

HARE, R. D. *Manual for the Revised Psychopathy Checklist*. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems, 1991.

HUERTAS, R. Historia de la Psiquiatria, ¿Por qué?, ¿Para qué? Tradiciones Historiográficas y Nuevas Tendências. *Revista de Historia de la Psiquiatría,* p. 9-36, v. I (1). Madrid, 2001.

JESUS, D. E. *Direito penal. Parte geral.* 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. v. 1.

MARQUES, J. F. *Tratado de direito penal*. Campinas, SP: Millennium, 2000.

MATTOS, V. D. *Da inimputabilidade – um estudo sobre o estigma da periculosidade do louco infrator e sua inconstitucionalidade*. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

MECLER, K. *Periculosidade e inimputabilidade:* um estudo dos fatores envolvidos na determinação da periculosidade do doente mental infrator. Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, 1996.

MECLER, K. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 20 (1)*, p. 70-82. 2010.

MENEZES, R. S. *Homicídio e esquizofrenia: estudo de fatores associados*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, 2001.

MONAHAN, J.; STEADMAN, H. J. (Eds.). *Violence and Mental Disorder*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1994.

NUCCI, G. D. S. *Manual de processo penal e execução penal*. 4. ed. São Paulo: Ed. RT, 2008.

OLIVEIRA, G. C.; VALENÇA, A. M.; MORAES, T. M.; MENDLOWICZ, M. V.; FORREST, M .C.; BATISTA, F. F.; MENDES, G. A.; LIMA, T. N.; GONÇALVES, V. R.; MECLER, K. Cessation of dangerousness status: an analysis of 224 reports from the Instituto de Perícias Heitor Carrilho. *Rev Bras Psiquiatr., 39 (1)*, p. 45-54. 2017.

OOSTERHUIS, H.; LOUGHNAN, A. Madness and Crime: Historical perspectives on forensic psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry, 37*, p. 1-16. 2014.

PRADO, L. R. *Curso de direito penal brasileiro. Parte geral*. 9. ed. São Paulo: Ed. RT, 2010. v. 1.

RABKIN, J. Criminal behavior of discharged mental patients: a critical appraisal of the research. *Psychological Bulletin, 86*, p. 1-27. 1979.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: Benilton Bezerra Júnior; Paulo Amarante (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SADOCK, B. J.; KAPLAN, J. I. *Manual de psiquiatria clínica*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SANTANA, A. F. F. A.; CHIANCA, T. C. M.; CARDOSO, C. S. Direito e saúde mental: percurso histórico com vistas à superação da exclusão. *Psicologia em Revista, 17 (1),* p. 16-31. 2011.

SANTOS, J. C. *Direito penal. Parte geral*. 4. ed. Florianópolis: Conceito, 2010.

SELLES, L. E. *Periculosidade e doença mental: uma análise crítica da medida de segurança*. Faculdade Nacional de Direito – UFRJ. Monografia. Rio de Janeiro, 2013.

TELLES, E.B.; DAY, V.P.; FOLINO, J.O.; TABORDA, J. G. V. Reliability of the Brazilian version of HCR-20 Assessing Risk for Violence. *Rev Bras Psiquiatr, 31 (3),* p. 253-256, 2009.

VALENÇA, A.M.; MEYER, L.F; FREIRE, F.; MENDLOWICZ, M V.; NARDI, A. E. A forensic-psychiatric study of sexual offenders in Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 31*, p. 23-28. 2015.

VALENÇA, A. M.; MORAES, T. M. Relação entre homicídio e transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr, 28 (Supl II)*, p. 22-268. 2006.

WALKER, N. Protecting People. In. John Hinton. *Dangerousness: Problems of Assessment and Prediction*. London; Boston: Allen & Unwin, 1983.

WEBSTER, C. D.; EAVES, D.; DOUGLAS, K.; WINTRUP, A. *The HCR-20 Scheme:* the assessment of dangerousness and risk. Burnaby, BC, Canadá: Simon

Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia, 1995.

WHITTINGTON, R.; HOCKENHULL, J. C.; MCGUIRE, J.; LEITNER, M.; BARR, W.; CHERRY, M. G.; FLENTJE, R.; QUINN, B.; DUNDAR, Y.; DICKSON, R. A systematic review of risk assessment strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour: Update 2002-8. *Heath Technology Assessment, 17 (50)*. 2013.

ZAFFARONI, E. R.; PIERANGELI, J. H. *Manual de direito penal brasileiro. Parte geral*. 9. ed. São Paulo: Ed. RT, 2011. v. 1.

Pesquisas do Editorial

Veja também Doutrina

- Adequação da legislação penal à lei de reforma psiquiátrica: a internação como exceção, de Alessandra Rapassi Mascarenhas Prado – *Ciências Penais* 13/87-118 (DTR\2010\627); e
- Considerações acerca da semi-imputabilidade e inimputabilidade penais resultantes de transtornos mentais e de comportamento, de Maria Regina Rocha Ramos – *RBCCrim* 39/215-229 (DTR\2002\814).

Veja também Jurisprudência

- *RT* 836/628 (JRP\2005\1145) e *RT* 679/345 (JRP\1992\655).

A verdade oculta da loucura: a construção desse conceito e as conquistas trazidas pela reforma psiquiátrica no Brasil e no Pará

The madness hidden truth: the construction of this concept and the achievements brought by the psychiatric reform in Brazil and Pará

Aline Wanessa Pinheiro da Silva

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal do Pará (em andamento). Especialista em Relações Étnico-Raciais para o ensino fundamental (2016) e Bioinformática (2017) pela Universidade Federal do Pará. Graduada em Ciências Naturais, com habilitação em Biologia pela Universidade do Estado do Pará (2014).
awpsbio@gmail.com

Érica Quinaglia Silva

Pós-doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal Fluminense (2012). Doutora em Sociologia, Demografia e Antropologia Social pela Université Paris Descartes (Sorbonne) e Universidade Federal de Santa Catarina (2011). Professora da Universidade de Brasília.
equinaglia@yahoo.com.br

Recebido em: 31.01.2018
Aprovado em: 12.03.2018
Última versão do (a) autor (a): 27.03.2018

Área do Direito: Penal

Resumo: Historicamente, a representação social da loucura passou por modificações. Os séculos XV e XVI tomavam-na como parte constituinte da condição humana. Nos séculos XVII e XVIII, propunha-se um modelo de internação em que os ditos loucos eram recolhidos em espaços cujo formato era o enclausuramento. Os hospitais gerais visavam não ao tratamento, mas à vigilância e à punição. Essa prática de internação prolongou-se na prática de hospitalização no fim do século XVIII e no século XIX. Já no século

Abstract: Historically, the social representation of madness has changed. The fifteenth and sixteenth centuries took it as a constituent part of the human condition. In the seventeenth and eighteenth centuries, a model of hospitalization in which people with mental disorders were cloistered was proposed. General hospitals aimed not to treat but to whatch and punish. This practice of hospitalization was prolonged in the late eighteenth and nineteenth centuries. In the twentieth century, the psychiatric reform began

Silva, Aline Wanessa Pinheiro da; Silva, Érica Quinaglia. A verdade oculta da loucura: a construção desse conceito e as conquistas trazidas pela reforma psiquiátrica no Brasil e no Pará.
Revista Brasileira de Ciências Criminais. vol. 144. ano 26. p. 357-375. São Paulo: Ed. RT, junho 2018.

XX, a reforma psiquiátrica iniciou seu movimento de luta por meio de denúncias aos manicômios. Passou-se a se pensar na construção de serviços que fossem inclusivos e promovessem a dignidade das pessoas com transtornos mentais. Diante disso, este artigo aborda em seu escopo uma investigação histórica da loucura e o percurso da reforma psiquiátrica no Ocidente, especificamente no Brasil e no estado do Pará. Ademais, contempla as políticas públicas de saúde mental que se voltaram para a promoção de uma assistência que possibilitasse o resgate da humanidade dessas pessoas, especificamente daquelas que tiveram um conflito com a lei. Espera-se, destarte, oferecer perspectivas de implementação de serviços substitutivos à internação prolongada que visem ao restabelecimento de vínculos familiares e sociais.

Palavras-chave: História da loucura – Reforma psiquiátrica – Medida de segurança – Pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei – Políticas públicas de saúde mental.

its movement of struggle through denunciations of asylums. We began to think of constructing services that were inclusive and that could promote dignity of people with mental disorders. This article carries out a historical investigation of madness and the course of psychiatric reform in the Western context, specifically in Brazil and in the state of Pará. In addition, it contemplates the mental health public policies that aimed to promote assistance to make possible the rescue of the humanity of these people, specifically those in conflict with the law. It is hoped, therefore, to offer perspectives for the implementation of substitutive services for long-term hospitalization that attempt to restore family and social ties.

Keywords: History of madness – Psychiatric reform – Security measure – People with mental disorders in conflict with the law – Mental health public policies.

Sumário: 1. Introdução. 2. Errante, doente e perigoso: o louco no contexto ocidental. 3. A história da loucura no Pará. 4. O decurso da reforma psiquiátrica brasileira. 5. A medida de segurança. 6. A implementação de modelos substitutivos à internação: o exemplo dos SRT. 6.1. Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ). 6.2. Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili). 6.3. A República Terapêutica de Passagem (RTP). 7. Conclusão. 8. Referências.

1. Introdução

A persistente dicotomia entre loucura e razão tem se mantido presente na recente história da loucura no Ocidente. Vale ressaltar, contudo, ser a loucura interior à razão. Essas noções não se opõem: para se entender o que é sanidade, é preciso conhecer a concepção correspondente de loucura para uma determinada sociedade (FRAYZE-PEREIRA, 1994). Foucault (2008) ressalta que a loucura é a força viva da razão e que "a história da loucura não é a história do discurso psiquiátrico, mas a arqueologia desse silêncio".

Silenciados, os ventos da reforma psiquiátrica no Brasil começaram a ressoar bravamente no final da década de 1970, inspirados em outros países que há tempos se mobilizavam para a restituição da dignidade daqueles que foram

esquecidos em instituições que lhe tomaram a autonomia e decretaram a sua vida a um enclausuramento *ad aeternum*.

Nesse contexto, conquistas foram alcançadas. Na linha histórica das legislações nesse país, emergiram inicialmente a Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000, que institui os serviços residenciais terapêuticos (SRT), e a Portaria 1.220, de 7 de novembro de 2000, que preconiza, além da criação dos SRT, o desenvolvimento da atividade profissional do cuidador em saúde, visando a uma atenção integral em saúde mental que promova a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2000a, 2000b).

Posteriormente, a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, configurou um passo importante na conquista dos direitos das pessoas com transtornos mentais ao reconhecê-las como cidadãs. Essa lei garante a oferta de um tratamento humanizado tendo como finalidade a reinserção social. Conhecida como lei da reforma psiquiátrica brasileira, ela prevê o progressivo fechamento dos manicômios e a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais, redirecionando, assim, o modelo assistencial em saúde mental.

Além dos manicômios, existem, ainda, os manicômios judiciários, destinados às pessoas com transtornos mentais que tiveram um conflito com a lei. Esses espaços, como o ambiente prisional, configuram-se como instituições totais, caracterizadas por Goffman (1999) como locais que possuem um total bloqueio em relação ao meio externo. Esse fechamento é um impedimento visível em aspectos de sua arquitetura, por exemplo, paredes altas, arame farpado, portas fechadas, entre outros. Também se caracteriza como uma limitação simbólica, visto que o indivíduo, uma vez internado, é desprovido de suas características pessoais, o que gera uma gradativa "mortificação do eu".

O Estado mantém sob custódia cerca de 700 mil pessoas, das quais por volta de 4.500 têm transtornos mentais e tiveram um conflito com a lei. Das aproximadamente 2.904 unidades prisionais, 26 são Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e 6 são Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATP) improvisadas no ambiente penitenciário (BRASIL, 2014).

A extensão territorial brasileira muitas vezes se apresenta como um fator complicador para determinados programas no alcance de seus beneficiários. As pessoas que residem nos interiores dos estados possuem dificuldade para chegar aos grandes centros devido à falta de transporte, precarização das vias de acesso e até mesmo insuficiência de recurso financeiro para se manterem longe de casa, alguns fatores que impossibilitam o alcance aos meios de assistência à saúde como um todo, uma realidade comum no estado do Pará, como nas comunidades ribeirinhas.

A incipiente rede de assistência à saúde mental não absorve todas as pessoas que buscam seu atendimento, o que em muitos casos acontece somente por meio do acionamento do Poder Judiciário, após o cometimento de algum delito, quando, então, lhes é atribuída a marca da periculosidade.

Confirmado o quadro clínico de algum tipo de transtorno mental, essas pessoas recebem a medida de segurança, que é uma sanção penal que deveria visar ao tratamento. Nesse contexto, não há possibilidade de redução de pena por bom comportamento, como ocorre no cumprimento de pena em prisão comum. Também há uma fila de espera por laudos psiquiátricos, que auxiliam o juízo no encaminhamento da sentença e na decisão de desvinculação da Justiça. O silenciamento e o esquecimento são, portanto, comuns nessa realidade reclusa.

Nesse tocante, por meio de uma revisão da literatura concernente à temática e de incursões etnográficas realizadas na República Terapêutica de Passagem (RTP) em 2017, o objetivo do presente artigo é apresentar um panorama teórico sobre a história da loucura e o percurso da reforma psiquiátrica no contexto ocidental, especificamente no Brasil e no Pará. O intuito é mostrar, ainda, como as políticas públicas de saúde mental vêm desenvolvendo estratégias por meio de tratamentos substitutivos à internação, como os citados SRT e a RTP, existentes nesse estado. Trata-se de serviços que visam à promoção de uma assistência que possibilita o resgate da humanidade das pessoas com transtornos mentais que tiveram conflito com a lei egressas, no caso específico do Pará, do Hospital Geral Penitenciário (HGP).

2. Errante, doente e perigoso: o louco no contexto ocidental

A figura do louco assumiu diferentes significações durante o passar dos séculos. Contudo, o que permaneceu intacta foi sua marca como aquele que destoa dos demais, aquele que representa perigo para a sociedade e para si próprio (FRAYZE-PEREIRA, 1994; FOUCAULT, 2008).

Neste tópico, será priorizada a abordagem sobre a história da loucura no Ocidente e como as diferentes configurações que ela tomou implicaram o modo de tratamento adotado em relação aos ditos loucos.

Frayze-Pereira (1994) aponta que historicamente a loucura esteve associada à exclusão de determinados indivíduos considerados errantes. Durante o Renascimento, confinavam-se os loucos em navios para levá-los a outras cidades. Poeticamente os loucos eram passageiros que partiam para longe e se tornavam prisioneiros de sua própria partida. Os séculos XV e XVI tomavam a loucura como parte constituinte da condição humana (FRAYZE-PEREIRA, 1994, FOUCAULT, 2008).

Nos séculos XVII e XVIII, a loucura passou das navegações para o seu porto, chamado hospital geral. Em 1656, em Paris, instituiu-se o hospital geral destinado a recolher os pobres da região. Posteriormente, em cada cidade passou a existir um hospital geral. Muitos eram antigos leprosários reativados pela igreja ou a mando do rei.

Diferente da Idade Média, em que os pobres representavam a vontade de Deus e isso nunca devia ser questionado, nos séculos XVII e XVIII, os pobres não eram vistos com bons olhos, pois a pobreza nesse cenário era um obstáculo à ordem. A internação dos pobres se tratava de uma questão política, segundo a qual aqueles que aceitavam ser internados eram "bons" e os que se recusavam era "maus". Lá se mantinham ocupados no trabalho, de caráter obrigatório, nada mais que uma forma de reger a moral que lhes era imposta (FOUCAULT, 2008).

Foucault (2008) frisa que, nos séculos XVII e XVIII, a loucura estava diretamente ligada ao desvio social, nascida na miséria e também pela incapacidade de interação em grupo. Dessa forma, a loucura foi facilmente associada ao crime e às diferentes formas de conduta que divergem dos preceitos sociais. Os hospitais gerais visavam, portanto, não ao tratamento, mas à vigilância e à punição.

Somente no final do século XVIII, o internamento ganhou sentido terapêutico e passou a ser asilar. A prática de internação prolongou-se na prática de hospitalização. No final do século XVIII e início do século XIX, a Psiquiatria apropriou-se da loucura como objeto de estudo. Nesse momento, a loucura adquiriu o status de doença. Diante disso, estabeleceu-se uma relação hierárquica entre doente e médico, na qual o segundo é considerado detentor do conhecimento científico e do discurso competente capaz de circunscrever a loucura. Assim, a Psiquiatria estruturou-se na relação do não louco que conhece o louco (FRAYZE-PEREIRA, 1994).

3. A história da loucura no Pará

Pedroso (2008) realizou um levantamento sobre o estado da arte da loucura e da assistência psiquiátrica no Pará, compreendendo os anos de 1833 a 1984, período que corresponde à fase inicial da implementação dos serviços de saúde, realizada na enfermaria da Santa Casa de Misericórdia, até a destruição do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, após a intervenção da reforma psiquiátrica.

No contexto psiquiátrico paraense faz-se necessária a análise de três pontos estruturantes: o posicionamento dos governantes diante do quadro da loucura e

da assistência psiquiátrica, as medidas reformadoras tomadas pelas instituições hospitalares e o progressivo processo de desospitalização (PEDROSO, 2008).

Na década de 1930, as autoridades percebiam a loucura como algo que devia ser retirado da presença da sociedade por representar perigo à ordem social, o que ainda justificava a ampliação de hospitais psiquiátricos, como constatado na declaração de Magalhães Barata, interventor do estado do Pará em 1930:

> É o internamento desses alienados que afasta a possibilidade de a alienação ser algo normal na sociedade. [...] Por essa e outras razões, nós governantes e médicos da psiquiatria paraense propusemos aumentar o espaço do Hospital de Alienados, mantendo coeso um sistema de segurança dos alienados e da sociedade. Portanto, o efeito deste posicionamento psiquiátrico será sentido daqui alguns anos, com o melhoramento da exclusão dos alienados, onde os mesmos poderão viver mais em paz, com ampla observação médica (A Província do Pará, 11.04.1930, p. 10 apud PEDROSO, 2008, p. 22).

Anteriormente, no século XIX, o indivíduo dito louco era encaminhado a espaços distantes do convívio social, mais especificamente a instituições totais. Com o fim de sua rede de relações, a custódia passou a ser atribuída como característica principal da assistência psiquiátrica.

Nesses serviços de saúde a estrutura da equipe dirigente[1] demandava uma atenção hierárquica no sentido de cima para baixo, na qual os pacientes ocupavam a base. Em virtude disso, as necessidades da equipe assistencial eram postas em primeiro plano, em detrimento das necessidades dos internados, o que se agravava mediante a inexistência de legislação pertinente (PEDROSO, 2008).

Vianna (1992) destaca que, em 1833, os alienados, como eram chamados, tinham como destino a Santa Casa de Misericórdia, da qual saíam somente após a morte ou para alguma avaliação. Esse período da saúde mental no estado do Pará foi marcado pela presença de cônegos, padres e freiras católicas responsáveis pelo acolhimento dos pacientes. O hospital católico possuía um espaço com celas destinado ao acolhimento dos alienados, nomeado Enfermaria dos Lázaros.

No tratamento religioso, o uso da violência era legitimado em caso de crise do paciente, o que ocasionava uma crise na relação do paciente com a equipe

1. Categoria de análise usada por Goffman (1999) para descrever a equipe de supervisão, em contraposição ao grupo dos internados.

dirigente. Isso contribuiu diretamente para o aumento no número de pacientes crônicos, cuja *causa mortis* se dava por "maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas" (RESENDE, 1990, p. 35).

A Santa Casa de Misericórdia, em 1870, passava por um processo de superlotação. Como solução para esse problema, os dirigentes solicitaram aos governos imperial e estadual a ampliação da ala da Psiquiatria. No entanto, sem recursos para tal, os internos foram transferidos para o Asilo do Tucunduba, "(...) que se tornou um depósito de enfermos – um ambiente em péssimas condições, com finalidade de controle e a retração dos alienados" (PEDROSO, 2008. p. 94).

A drástica mudança no paradigma do tratamento psiquiátrico ocorreu quando ele passou do domínio religioso para o controle dos médicos, que denunciaram os maus tratos cometidos e o tratamento violento praticado pelas ordens religiosas. No século XX, a Psiquiatria brasileira passou a prescrever o uso de drogas psicotrópicas, acreditando que seu uso por tempo prolongado poderia surtir alguma melhora no quadro clínico do doente mental (PEDROSO, 2008).

O primeiro hospital psiquiátrico no Pará foi implementado seguindo as premissas do novo modelo de ação terapêutica. Consistia na utilização do trabalho agrícola como forma de promover a reabilitação social dos doentes crônicos. O governador José Paes de Carvalho projetou a construção de hospícios e asilos manicomiais em áreas rurais como uma alternativa terapêutica, mas que no fundo tinha um caráter de isolar e tornar incomunicáveis os considerados loucos. Dessa maneira, era efetivada a criação do Hospital Juliano Moreira (PEDROSO, 2008).

A mobilização para a emergencial reforma psiquiátrica despontou no início da década de 1970 no Brasil e, por conseguinte, no estado do Pará, reivindicada por profissionais da saúde e pela sociedade por meio de denúncias que relatavam as condições indignas de sobrevivência e a evidente ineficiência do tratamento que mais possuía caráter punitivo do que terapêutico.

Os atendimentos aos pacientes com transtornos mentais aconteciam no Hospital Juliano Moreira, Hospital Aluízio da Fonseca e Centro Integrado de Assistência Social do Pará (Ciaspa). Para esses centros eram encaminhados pacientes da capital, do interior e de estados vizinhos.

Segundo os apontamentos de Pedroso (2008), no estado do Pará, os governos de Aloysio Chaves (1975-1979), Alacid Nunes (1979-1983) e Jader Barbalho (1983-1987) foram os responsáveis pelas primeiras transformações no cenário de assistência psiquiátrica. A Secretaria de Estado de Saúde do Pará

(Sespa) formou uma equipe de psiquiatras paraenses que elaborou um projeto no qual sugeriam a desospitalização como base de sua proposta, integrada à descentralização da assistência psiquiátrica, culminando, em 1980, com a criação de polos de saúde mental.

4. O decurso da reforma psiquiátrica brasileira

Discorrer sobre a reforma psiquiátrica no Brasil implica inicialmente compreender como a figura do louco é construída. Nesse sentido, a literatura exerceu um importante papel na representação social da loucura e na observação de elementos que reforçaram alguns critérios médicos (sobretudo a loucura como patologia) e situações de caráter segregatório de pessoas desprovidas de recursos financeiros, que tiveram, muitas vezes, o manicômio como destino.

Assis (1994), em *O alienista*, estrutura seu enredo no século XIX, período em que os promissores estudos da Psiquiatria buscavam desvendar os enigmas da mente. Na narrativa nota-se a necessidade de precisão do diagnóstico da loucura. O protagonista, Simão Bacamarte, acreditava na possibilidade de se desenvolver um remédio universal para ela.

Ao analisar a referida obra, podemos mencionar que o personagem era fortemente adepto da corrente organicista. Frayze-Pereira (1994) descreve duas perspectivas teóricas sobre a loucura. A primeira delas é a psicofuncional, que entende ser a loucura um estado de desequilíbrio de funções psíquicas. A segunda é a organicista, que associa a loucura a um transtorno mental, efeito de um distúrbio fisiológico, detectável, portanto, como qualquer outra doença de ordem orgânica. Eis uma questão controversa ainda hoje, pois até o momento não se encontraram marcadores biológicos para os transtornos mentais. Por esse motivo deve-se levar em consideração, para além das dimensões psicológica e física, questões sociais relacionadas à loucura (ROHDE, 2013; WEDGE, 2013).

Rosa (2005), em "Sorôco, sua mãe, sua filha", descreve o embarque das duas mulheres para algum lugar distante ("para o pobre, os lugares são mais longe"), chamado Barbacena. No conto devemos atentar para as indicações de tratamento aos então "passageiros" descritas no enredo, no que se refere às grades, que são semelhantes às de cadeia. Além disso, o sentido de segregação estava presente na localização do vagão do trem "do lado do curral de embarque de bois, antes da guarita do guarda-chaves". O dia de "viagem" do trem de doido era um evento na cidade, no qual todos paravam para ver o embarque sem retorno daqueles alienados e que doravante estariam mais bem custodiados pelo Estado.

Abandonando os contos e fincando os pés na realidade, não por acaso Barbacena, cidade mineira localizada a 169 quilômetros da capital do estado de Minas Gerais, aparece na narrativa anteposta: essa cidade foi palco de uma das maiores atrocidades contra a dignidade humana. Arbex (2013) faz um retrospecto das pretéritas histórias e da atual vivência de funcionários e principalmente dos usuários remanescentes do Colônia, como ficou conhecido um dos maiores manicômios brasileiros, que foi responsável por 60 mil mortes durante seu funcionamento. Esse episódio foi denominado holocausto brasileiro.

Os usuários do Colônia, inaugurado em 1903, em nada diferenciavam-se dos prisioneiros de guerra judeus. O manicômio funcionava em excesso de lotação: onde cabiam 200 pessoas estavam alojadas pouco mais de 5 mil pessoas. Para que todo esse contingente fosse comportado, as camas foram substituídas por capim, no qual os usuários dormiam (ARBEX, 2013).

Na grande maioria dos casos não havia critério médico para as internações, podendo ser recolhidos os pacientes mediante simples atestado, como previa o Decreto presidencial 24.559, instituído pelo então presidente Getúlio Vargas em 1934. Essa legislação previa a reclusão de pessoas em hospitais psiquiátricos com a apresentação de um mero atestado médico (BRASIL, 1934; ARBEX, 2013).

Havia pessoas de todos os tipos: meninas abusadas por patrões, pessoas caladas demais, mulheres que reivindicaram os mesmos direitos que os homens, bêbados, homossexuais. A existência do hospital se reforçava pela teoria eugenista, que visava à "limpeza social", por meio da qual todos os abusos cometidos foram justificados (ARBEX, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), no Brasil do século XIX, as pessoas acometidas por transtornos mentais cuja situação financeira fosse mais confortável eram mantidas em suas residências, longe do contato com o ambiente externo. Por outro lado, os pobres vagavam pelas ruas ou eram enclausurados em Santas Casas de Misericórdia. Devido à inexistência de meios eficazes de tratamento, o destino dessas pessoas tornava-se, portanto, uma questão política. Cabia ao Estado implementar medidas que dessem conta dessas pessoas.

Assim, em 1841, foi criado o primeiro hospital de cunho psiquiátrico no Brasil, o Hospício de Pedro II, que se localizava na cidade do Rio de Janeiro. O hospital em questão seguia como finalidade: a retirada do dito louco do meio social, a estruturação de uma ordem de distribuição dos pacientes, a vigilância permanente dos internados e a ocupação do tempo ocioso com trabalho como forma terapêutica (BRASIL, 2008).

Vidal (2008) aponta que a primeira proposta referente à reforma na assistência psiquiátrica emergiu durante a década de 1950 na Europa e nos Estados

Unidos, período pós-Segunda Guerra Mundial. Dois fatores teriam sido determinantes para o início de um pensamento de ruptura com o então vigente sistema assistencial: 1. As constantes denúncias contra todas as formas de maus-tratos, violência e abandono, que evidenciavam a ineficiência dos hospitais psiquiátricos no alcance da cura, que seria sua finalidade; 2. A crescente demanda dos movimentos sociais, que reivindicavam reformas que previssem a garantia dos direitos humanos de forma a reestruturar o modelo de assistência à saúde.

A principal mudança na assistência seria mobilizar a desinstitucionalização do usuário, retirando-o das paredes de um hospital e reintegrando-o no âmbito da comunidade. Durante esse período destaca-se a descoberta dos neurolépticos, possibilitando a reinserção social de uma parcela considerável de pessoas hospitalizadas. É importante destacar, no entanto, que essa saída tem um efeito perverso: desloca-se a dependência provocada pelo enclausuramento para a dependência causada pelo uso contínuo de medicamentos.

No Brasil, a reforma sanitária visava à instauração de um modelo de saúde humanizado. Lutava-se contra o caráter comercial da saúde e a precarização das condições de tratamento, pontos principais que reforçaram a emergencial reforma psiquiátrica (ANDRADE E MALUF, 2014).

Um histórico de eventos marcou a tomada de ações que reivindicavam a necessária reforma no campo da saúde mental no contexto brasileiro. Em 1970, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) denunciou o tratamento desumano de pacientes e o precário serviço prestado nos hospitais psiquiátricos. O movimento contou com o apoio de pesquisadores, usuários, gestores e estudantes.

Entre os eventos que se desdobraram na discussão sobre o bem-estar de forma plena das pessoas com transtornos mentais, enfatiza-se o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI), com a participação de Basaglia e Goffman, nomes referenciais da crítica à Psiquiatria. Ainda, em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreu a proposição de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), corroborando para traços instaurados pelas reformas sanitária e psiquiátrica (VIDAL, 2008; BRASIL, 2011; ANDRADE E MALUF, 2014).

Quatro anos depois, em 1990, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas, o primeiro documento que marcou o início das reformas de atenção à saúde mental nas Américas. No referido documento constam alguns pontos de comprometimento da assistência psiquiátrica, como o isolamento do paciente de seu meio e o desrespeito aos direitos humanos. Dessa forma,

sugeriu-se a promoção de modelos substitutivos ao enclasuramento, que fossem inclusivos na comunidade e em suas redes sociais (VENEZUELA, 1990).

Em 1989, o então deputado Paulo Delgado propôs o projeto de Lei 3.657, visando extinguir de forma progressiva os manicômios, substituindo-os por outras formas de assistência à saúde mental. Após longos doze anos, foi, finalmente, sancionada a Lei 10.216/2001, que tornou legítimos os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais. Segundo a referida lei, essas pessoas deveriam ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde em consonância com suas necessidades, estar sob a proteção de toda e qualquer forma de exploração e abuso, ter o sigilo sobre suas informações garantido e, principalmente, ser tratadas em ambiente terapêutico da forma menos invasiva possível.

5. A medida de segurança

A medida de segurança é aplicada às pessoas com transtornos mentais que tiveram um conflito com a lei. A legislação brasileira atribui a essas pessoas, por meio do Código Penal (Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940), o caráter de inimputabilidade ou semi-imputabilidade.

Para que se compreenda a designação dos termos supracitados, mencionaremos inicialmente o que é ser imputável. A imputabilidade se configura como um quadro no qual o indivíduo goza perfeitamente de sua capacidade mental, podendo, portanto, responder por qualquer ato que venha a cometer.

Por sua vez, o indivíduo que apresenta doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado no momento da ação delituosa pode ser considerado total ou parcialmente incapaz de responder por suas práticas. Dele é, então, destituída a responsabilidade penal, sendo caracterizado como inimputável ou semi-imputável, respectivamente, como prediz o artigo 26 do Código Penal (BRASIL, 1940).

Dessa forma, as pessoas com transtornos mentais que tiveram um conflito com a lei recebem uma absolvição imprópria, por meio de uma sentença com a aplicação da medida de segurança, que deveria se configurar como um tratamento e não uma punição, como já destacado. Isso significa dizer que, "(...) quando o patológico entra em cena, a criminalidade, nos termos da lei, deve desaparecer" (FOUCAULT, 2010, p. 39).

No entanto, ao retirar dessas pessoas a noção de responsabilidade ou culpabilidade, atribui-se-lhes a marca da periculosidade. Isso traz como

consequência uma condenação e o confinamento *ad aeternum* delas (BRASIL, 2011; QUINAGLIA SILVA; MOREIRA, 2017). Nesse sentido, o movimento da reforma psiquiátrica e a consequente criação de serviços substitutivos à internação em instituições totais devem atentar também para essa população.

6. A implementação de modelos substitutivos à internação: o exemplo dos SRT

Localizadas em área urbana, as residências terapêuticas, ou os SRT, devem atender às necessidades de habitação de pessoas com transtornos mentais que, por terem ficado um longo tempo internadas, perderam vínculos familiares e sociais. Em um imóvel o número de moradores pode variar de 1 a um grupo de 8 pessoas, sempre assistidos por uma equipe interdisciplinar sensível às suas demandas (BRASIL, 2004).

Os SRT são amparados pelas já citadas Portarias 106/2000 e 1.220/2000, além da Portaria 246, de 17 de fevereiro de 2005, que destina incentivo financeiro para a implantação de tais serviços (BRASIL, 2005).

Fora dos muros da unidade psiquiátrica, os moradores das residências terapêuticas contam com um auxílio financeiro para sua reabilitação psicossocial, previsto pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, parte integrante do programa "De volta para casa" (BRASIL, 2003). O benefício tem duração de um ano, podendo ser renovado. A Portaria 1.511, de 24 de julho de 2013, reajustou o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei 10.708/2003, para R$ 412,00 (quatrocentos e doze reais) (BRASIL, 2013).

Para o efetivo trato aos usuários desinstitucionalizados, a Portaria 94, de 14 de janeiro de 2014, institui a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), que é uma equipe multiprofissional destinada à atenção dos egressos dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico. Trata-se de um dispositivo conector entre a Justiça e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da qual fazem parte os SRT, a fim de garantir a singularidade no tratamento de cada caso (BRASIL, 2014a). Já a Portaria 95, de 14 de janeiro de 2014, destina financiamento para a continuidade da oferta desse serviço. Prevê um valor fixo de R$ 66.000,00 (sessenta e seis mil reais) (BRASIL, 2014b).

Até o ano de 2004, existiam em 14 estados e 45 municípios brasileiros 256 SRT, com pouco mais de 1.400 moradores (BRASIL, 2004). Em 2014, a distribuição dos SRT alcançava o número de 610 unidades, incluindo as residências já habilitadas junto ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

Em Belém, capital do estado que é lócus desta pesquisa, estão em funcionamento três SRT, cada um vinculado a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os CAPS Amazônia, Renascer e de Icoaraci. Além do Pará, outros estados brasileiros vêm desenvolvendo programas que têm alcançado êxito na luta pela total extinção dos manicômios e conseguido resgatar a identidade, autonomia e reinserção social das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

6.1. Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI–PJ)

O primeiro deles foi o Projeto de Acompanhamento Interdisciplinar ao Paciente Judiciário (PAI–PJ) em Minas Gerais, cuja origem foi apoiada pela Lei estadual 11.802, de 18 de janeiro de 1995. Pautava-se nos princípios da reforma psiquiátrica, guiados pelo tratamento singular de cada caso.

Inicialmente, Barros-Brisset (2010) realizou um levantamento de 15 processos criminais envolvendo loucos infratores[2] em Belo Horizonte, consistindo em duas etapas: a primeira objetivou identificar quais eram os problemas que ocorriam no tratamento referente ao louco infrator; a segunda buscou esboçar um modo de acompanhar esses 15 casos na rede pública de saúde, a fim de possibilitar uma conexão entre o tratamento e o Poder Judiciário.

Era perceptível o conflito existente entre saúde e Justiça. Assim, via-se a necessidade de se construir um mecanismo mediador que fosse capaz de integrar e conciliar o tratamento mental e o processo em curso, em prol da resolução de cada caso, de forma individual e humanizada (BARROS-BRISSET, 2010).

O PAI–PJ configurou-se, portanto, como um dispositivo conector entre a saúde e a Justiça, visando ao acompanhamento de cada caso, respeitando a singularidade de cada indivíduo, que há tempos trazia consigo a marca histórica de ser identificado como louco e infrator, afirmada pelo coletivo, de modo que o próprio louco infrator via-se na condição de perigoso, como demonstrado na

2. O artigo foi desenvolvido antes do *Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216/2001*, no qual há a discussão sobre qual seria a terminologia mais adequada para se referir às pessoas que cometeram delito em surto. O referido parecer defende o uso da expressão "pessoa com transtorno mental em conflito com a lei". No caso do artigo, optou-se pelo uso da expressão "louco infrator". Esse artigo também se refere ao uso do termo "paciente" ao invés de "usuário".

fala de L. V., um dos pacientes judiciários citados no artigo em pauta, ao saber que seria liberado: "Mas eu sou de altíssima periculosidade! Se o juiz está de acordo com minha liberação, esta deve ser uma liberdade vigiada, uma liberação condicional, para que o juiz me acompanhe e possa chegar junto em caso de perigo" (BARROS-BRISSET, 2010, p. 121). Essa fala evidencia o receio de sua aceitação no seio da comunidade, como a sensação da maioria dos que passaram por uma situação de cárcere.

O que antes seria um projeto piloto foi posteriormente convertido em programa – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator – PAI–PJ, por meio da Portaria Conjunta 25/2001 do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. O PAI–PJ passou, então, a ser composto por uma equipe multidisciplinar que integra estagiários em Psicologia atuando como acompanhantes; assistentes sociais judiciais realizando o estudo dos casos, apresentando aos pacientes os recursos de garantia de seus direitos; psicólogos judiciais realizando o acompanhamento dos pacientes, acolhendo-os e escutando-os; e assistentes jurídicos estudando os autos e acompanhando os andamentos processuais (BARROS-BRISSET, 2010).

Segundo o *Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216/2001*, até 2009, 755 casos tinham sido recebidos pelo programa, dos quais 489 já haviam sido desligados e 266 encontravam-se em acompanhamento. Desses, 210 estavam em liberdade, com acompanhamento nos dispositivos substitutivos ao manicômio. Vale ressaltar o baixo índice de reincidência nos casos atendidos pelo PAI–PJ, em torno de 2% (BRASIL, 2011).

6.2. Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili)

Goiás, por sua vez, desenvolveu o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator[3] (Paili), estruturado por uma proposta da 25ª Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia. Semelhante ao PAI–PJ, também foi fundamentado segundo as diretrizes da Lei 10.216/2001. Seu papel desempenhou uma importante e fundamental ruptura paradigmática, fazendo com que o tema da loucura saísse da esfera da segurança pública e permeasse também os serviços de saúde, no SUS.

O Paili configura-se como um modelo assistencial de atenção às pessoas que cumprem medida de segurança nesse estado, abolindo definitivamente

3. Ver nota de rodapé 2.

o manicômio judiciário, com destaque para a dedicação dos profissionais da Secretaria de Estado da Saúde que o compõem.

Seu funcionamento consiste na supervisão do tratamento das pessoas com transtornos mentais que tiveram um conflito com a lei na RAPS, correspondendo aos CAPS, SRT e outros serviços oferecidos na comunidade. Simultaneamente, o Paili promove a mediação entre o usuário e o juiz, possibilitando a ponte direta de contato e acesso à Justiça. Possui, ainda, autonomia na forma de administrar o tratamento dos usuários, viabilizando a melhor terapêutica. O programa tem se mostrado eficiente em suas demandas, atingindo um baixo índice de reincidência, em torno de 7% (BRASIL, 2011).

As internações de longa duração são evitadas, pois esse isolamento do convívio social faz com que os laços, sobretudo os familiares, sejam perdidos. O Paili atua essencialmente junto à família dessa população para a manutenção dos vínculos afetivos e conseguinte retorno ao lar. O programa também é responsável por um projeto terapêutico efetivo para cada caso, sob o olhar clínico, psicossocial e jurídico (SILVA, 2013).

6.3. A República Terapêutica de Passagem (RTP)

Um novo modelo substitutivo à internação vem sendo implementado no Pará. Ainda sem referência documental estabelecida, a RTP teve seu modelo inspirado nas Unidades de Acolhimento (UA), previstas na Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012. Essa portaria institui as UA para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2012).

Como o próprio nome sugere, a RTP é um espaço de acolhimento temporário de pessoas com transtornos mentais que cumpriram medida de segurança no HGP e que não possuem vínculos familiares no momento de sua desinternação. Localizada em Ananindeua, a, aproximadamente, 18 quilômetros de Belém, foi inaugurada em fevereiro de 2016, com capacidade de acolher 10 moradores em quartos individuais e duplos. A RTP funciona na extinta Unidade de Reabilitação Psicossocial (URPS) Ciaspa. Dispõe de um salão de convívio, uma sala de reuniões, uma sala de cinema, uma copa, um refeitório e uma área externa com jardim, onde são realizadas atividades de esporte e lazer. Conta, como membros da equipe profissional, com um coordenador, duas assistentes sociais, três agentes administrativos e 33 cuidadores.

Tem o apoio da EAP, instituída pelas Portarias 94/2014 e 95/2014. Essa equipe é responsável pela inserção do egresso na RTP, após a saída do HGP, e também pela saída do morador da RTP para o convívio familiar e social.

Esse serviço realiza um trabalho de retomada de autonomia, reinserção social e busca de estreitamento dos laços com a família e a sociedade. É um trabalho que resgata a vida e a história de pessoas institucionalizadas por um longo período de tempo e propõe uma revitalização do "eu" perdido nas instituições totais descritas por Goffman (1999), como o HGP. Estes são justamente os propósitos da RTP: devolver aos seus usuários suas identidades, por meio da oferta de atividades que viabilizem sua entrada no mercado de trabalho, volta à escola etc., e restabelecer vínculos com a família e a sociedade, mediante o fortalecimento da tríade família-trabalho-comunidade e do exercício de (re)descoberta do novo velho mundo.

7. Conclusão

A abordagem do referido trabalho consistiu em traçar a trajetória histórica da figura do louco em diferentes contextos e em mostrar como a representação social em torno de um imaginário da loucura associado à periculosidade se perpetua até os dias de hoje.

Diante desse cenário, iniciou-se em muitos países uma luta deflagrada pelas denúncias contra a violação dos direitos humanos e pelos questionamentos em relação ao tratamento dado às pessoas com transtornos mentais, que mais se configurava como punição. No Brasil, o movimento se mobilizou durante a década de 1970, com os eventos na área da saúde que traziam para o cerne das discussões um assunto que até então permanecia latente.

No estado do Pará percebeu-se a forte intervenção política do governo em todas as dimensões da assistência psiquiátrica, por vezes aliada à visão social de uma necessária medida de enclausuramento para que se mantivesse a segurança dos ditos sãos e a ordem no seio da sociedade.

Com a luta da reforma psiquiátrica, os direitos aos poucos foram sendo conquistados. No entanto, o silenciamento dos acometidos por transtornos mentais, sobretudo daqueles que tiveram um conflito com a lei, permanece vigente.

Um pouco mais complicado é preparar a mentalidade dos "sãos" a serem receptivos aos ditos loucos. Para além do cárcere físico, há o mental. "Libertar o pensamento dessa racionalidade carcerária é uma tarefa tão urgente quanto libertar nossas sociedades dos manicômios" (PELBART, 1990, p. 135).

8. Referências

ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sônia Weidner. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In:

FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (Org.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, Machado de. *O alienista*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Um dispositivo conector – relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, v. 20, n. 1, p. 116-128, 2010.

BRASIL. Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940). *Diário Oficial da União*, 07.12.1940.

BRASIL. Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 03.07.1934.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 06.04.2001.

BRASIL. Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial da União*, 31.07.2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Memórias da loucura*. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Residências terapêuticas* – o que são, para que servem. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental em dados* – 12. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei*. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério Público Federal (MPF) e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC). *Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001*. Brasília, 2011.

BRASIL. Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os serviços residenciais terapêuticos. *Diário Oficial da União*, 11.02.2000a.

BRASIL. Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a unidade de acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (unidade de acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da rede de atenção psicossocial. *Diário Oficial da União*, 25.01.2012.

BRASIL. Portaria n. 1.220, de 7 de novembro de 2000. Dispõe sobre a criação do serviço residencial terapêutico em saúde mental, da atividade profissional

de cuidador em saúde, do grupo de procedimentos de acompanhamento de pacientes e do subgrupo de acompanhamento de pacientes psiquiátricos, do procedimento de residência terapêutica em saúde mental, dentre outros. *Diário Oficial da União*, 07.11.2000b.

BRASIL. Portaria n. 1.511, de 24 de julho de 2013. Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei n. 10.708. Brasília, DF, de 31 de julho de 2003. *Diário Oficial da União*, 24.07.2013.

BRASIL. Portaria n. 246, de 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de serviços residenciais terapêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 17.02.2005.

BRASIL. Portaria n. 94, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 14.01.2014a.

BRASIL. Portaria n. 95, de 14 de janeiro de 2014. Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 14.01.2014b.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2008.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FRAYZE-PEREIRA, João Augusto. *O que é loucura*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1999.

PEDROSO, Janari da Silva. *Loucura e assistência psiquiátrica no Pará (1833-1984)*. Belém: NAEA, 2008.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental – a outra face da clausura. In: *Saúde loucura*. 2. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.

QUINAGLIA SILVA, Érica; MOREIRA, Sthefânya Shabryny Cavalcante Regis. O grito silencioso de um louco infrator: estudo de caso sobre a medida de segurança no Distrito Federal. In: TEIXEIRA, Carla Costa; VALLE, Carlos Guilherme do; NEVES, Rita de Cássia (Org.). *Saúde, mediações e mediadores*. Brasília; Natal: ABA Publicações, 2017 (no prelo).

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson Rosário. *Cidadania e loucura*: políticas de saúde mental no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

ROHDE, Luis Augusto. *Pela precisão do diagnóstico*. Entrevista concedida à Revista Veja em 31.07.2013.

ROSA, João Guimarães. Sorôco, sua mãe, sua filha. In: *Primeiras estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

SILVA, Haroldo Caetano da (Coord.). Paili: *Programa de atenção integral ao louco infrator*. Goiânia: MP/GO. 2013.

VENEZUELA. Declaração de Caracas, de 14 de novembro de 1990. 14.11.1990.

VIANNA, Arthur. *A Santa Casa de Misericórdia Paraense*: notícia histórica 1650 – 1902. 2. ed. Belém: Secretaria de Estado da Cultura, 1992.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; Bandeira, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

WEDGE, Marilyn. Por que as crianças francesas não têm Déficit de Atenção? In: *Psychology today*. 2013.

Pesquisas do Editorial

Veja também Doutrina

- Adequação da legislação penal à Lei de Reforma Psiquiátrica: a internação como exceção, de Alessandra Rapassi Mascarenhas Prado – *Ciências Penais* 13/87-118 (DTR\2010\627);
- As contradições das medidas de segurança no contexto do direito penal e da reforma psiquiátrica no Brasil, de Tânia Maria Nava Marchewka – *Ciências Penais* 0/175-189 (DTR\2004\29); e
- Medida de segurança: estudo sobre a possibilidade de um modelo único de responsabilidade penal, de Regina Geni Amorim Juncal – *RBCCrim* 142/47-77 (DTR\2018\10710).

Hospital de custódia e tratamento: clínica e pesquisa em contexto de privação de liberdade

Hospital of custody and treatment: clinic and research in the context of deprivation of freedom

Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres

Doutora e Mestre em Educação pela Universidade Federal da Bahia (2010 e 2004). Psicóloga (CRP 03/1530). Pedagoga. Professora da Universidade Salvador (UNIFACS) e Universidade do Estado da Bahia. Psicóloga do Hospital de Custódia e Tratamento – Salvador-Bahia.
vaztorres@gmail.com

Leila Salomão De La Plata Cury Tardivo

Livre Docente em Psicopatologia. Doutora e Mestre em Psicologia Clínica, pela Universidade de São Paulo. Psicóloga (CRP 06/4667). Professora Associada no Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo. Membro da Academia Paulista de Psicologia (Cadeira 23), ocupando cargo na Diretoria. Professora colaboradora da Faculdade de Psicologia da Universidade de Sevilha. Membro do Conselho do Departamento de Psicologia Clínica.
tardivo@usp.br

Aicil Franco

Doutora e Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (2008). Professora do Curso de Psicologia da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Psicóloga clínica.
aicil@uol.com.br

Paloma Gisele Muniz Araújo

Psicóloga graduada pela Universidade do Salvador (UNIFACS) e Pós-Graduanda em Psicoterapia Junguiana pelo Centro de Estudos C. G. Jung (Psiquê).
Bolsista na modalidade de Iniciação Científica pela Fapesb n. BOL0786/2017.
paloma_muniz10@live.com

Recebido em: 31.01.2018
Aprovado em: 12.03.2018
Última versão do(a) autor(a): 27.03.2018

Torres, Cláudia Regina de Oliveira Vaz; Tardivo, Leila Salomão De La Plata Cury; Franco, Aicil; Araújo, Paloma Gisele Muniz. Hospital de custódia e tratamento: clínica e pesquisa em contexto de privação de liberdade. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. vol. 144. ano 26. p. 377-396. São Paulo: Ed. RT, junho 2018.

Área do Direito: Penal

Resumo: Este artigo apresenta reflexões sobre as intervenções clínicas e pesquisas desenvolvidas por profissionais de Psicologia no Hospital de Custódia e Tratamento em Salvador, Bahia. O estudo tem por objetivo apresentar os eixos de trabalho da equipe de Psicologia, analisando a importância das intervenções clínicas e das pesquisas científicas que estão sendo desenvolvidas na unidade com pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. A metodologia empregada, de natureza qualitativa, alicerçou-se nos seguintes procedimentos: Pesquisa Bibliográfica, Pesquisa de Campo e Pesquisa Documental. As atividades clínicas planejadas têm o propósito de potencializar espaços de atenção à saúde, articulando conhecimentos e práticas multidisciplinares na perspectiva do diálogo com os internos, da formação de laços sociais e novas construções de sentido sobre si e a realidade. Centradas nos pilares da Reforma Psiquiátrica, da legislação penal e desinstitucionalização, as propostas desenvolvidas para realização das diversas ações do setor de psicologia destacam o diagnóstico como ação mediadora para o planejamento e realização de oficinas expressivas, temáticas e informativas para os internos. Os trabalhos de pesquisa constituem-se em alicerces para avaliação dos processos de trabalho, do diagnóstico e da prática clínica. Constata-se que as intervenções clínicas e o oferecimento de oficinas de ações educativas em contextos de privação de liberdade precisam ser um espaço de ruptura e construção de novos modos de ser e estar no mundo.

Palavras-chave: Psicologia – Transtorno Mental – Medida de Segurança – Desinstitucionalização – Clínica.

Abstract: This study shows reflections on clinical interventions and researches that had been developed by professionals in the area of Psychology at the Hospital of Custody and Treatment in Salvador, Bahia (HCT). It also aims to present the centerlines of the team of Psychology, by analyzing the importance of the clinical interventions and the scientific researches that are being held in the unit with people with mental disorders and that are in conflict with the law. The used methodology was of qualitative nature and it was founded on the following procedures: Bibliographic, Field and Documental Research. The planned activities have the purpose of enhancing spaces of attention to health, by articulating multidisciplinary knowledge and practice under the perspective of the dialogue with the interns, the creation of social bonds and new construction of meaning on yourself and the reality. Centered on the pillars of the Psychiatric Reform, the penal legislation and on the de-institutionalization, the purposes that had been developed for the holding of diverse actions in the sector of Psychology highlight the diagnosis as the mediating action for the planning and holding of expressive, thematic and informative workshops for the interns. The research constitutes a foundation for the evaluation of work process, diagnosis and clinical practice. We observed that the clinical interventions and the offer of workshops with educational actions in contexts of deprivation of freedom must be a space of rupture and building of new ways of existing and being in the world.

Keywords: Psychology – Mental disorder – Security measure – De-institutionalization – Search.

Sumário: 1. Introdução. 2. A pessoa com transtorno mental: perícia e medida de segurança no HCT. 3. Intervenções clínicas realizadas: acolher, escutar e criar. 4. A Pesquisa em contexto de privação de liberdade: repercussões da produção de saberes. 5. Considerações finais. 6. Referências.

1. Introdução

O artigo comporta algumas reflexões sobre as intervenções clínicas e pesquisas desenvolvidas por profissionais de Psicologia no Hospital de Custódia e Tratamento em Salvador, Bahia (HCT). O estudo tem por objetivo apresentar os eixos de trabalho da equipe de Psicologia, analisando a importância das intervenções clínicas e as pesquisas científicas que estão sendo desenvolvidas na unidade com pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

A metodologia empregada para este estudo, de natureza qualitativa, alicerçou-se nos seguintes procedimentos: Pesquisa Bibliográfica, Pesquisa de Campo e Pesquisa Documental. A escolha por esse tipo de abordagem foi decorrente da complexidade da temática abordada, na qual aspectos psicológicos, sociais, jurídicos e éticos constituem a realidade das relações existentes no hospital-prisão. As fontes utilizadas para a pesquisa documental foram prontuários jurídicos e biopsicossociais, pareceres, notas, entre outros. O estudo foi desenvolvido no Hospital de Custódia e Tratamento em Salvador-Bahia, com pacientes que cumprem Medida de Segurança e aguardam a realização do exame de sanidade mental. A realização do trabalho seguiu os seguintes passos: autorização da pesquisa de campo pela Secretaria de Administração Penitenciária do Estado da Bahia, pela Direção da Unidade, e pelo Comitê de Ética da Universidade de São Paulo; observação participante; entrevistas individuais com internos e internas; transcrição e análise dos dados. Nessas etapas, as ações ocorreram concomitantemente e em outras, sequencialmente. Ressalta-se que o exercício profissional da autora do projeto, como psicóloga, possibilita a imersão no objeto de estudo em diversos momentos ao longo do trabalho. Utilizou-se também a análise de conteúdo, compreendendo documentos oficiais, discursos e depoimentos referentes ao objeto da pesquisa que foi utilizada.

A atuação da equipe de psicologia do HCT desenvolve-se numa perspectiva multidisciplinar na interface com o discurso e práticas do direito, da psiquiatria, segurança e assistência social que reverberam na ética e função social do profissional de psicologia, advindos das tensões e conflitos que um trabalho em instituição impõe (BLEGER, 1980). As intervenções ocorrem em três eixos: Desinstitucionalização, Atividades Socioeducativas e Terapêuticas e Proteção Social que se desdobram em inúmeras atividades, objetivos e metas a serem cumpridos pelos profissionais e estagiários.

As ações estão de acordo com o Programa de Assistência Individualizada (PAI) que foi elaborado pela Superintendência de Assuntos Penais (SAP), através da Coordenação da Gestão Integrada das Ações Penais (COGIAP),

como instrumento estratégico para atender à pessoa reclusa e às suas famílias (BAHIA, 2009). O PAI é um recurso de promoção da cidadania, da prevenção da criminalidade e da reincidência no crime, por meio de ações da Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional das unidades prisionais, e articuladas com os serviços da política de Seguridade Social, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Desenvolvimento Social (TOURINHO, 2008). Com a elaboração do Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário, ocorreu a implementação do Programa de Assistência Individualizada (PAI) que procurou implantar as unidades de Programa de Saúde Penitenciária, que no HCT-BA procurou contemplar os princípios da Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização, adequando as práticas dos profissionais de saúde ao novo modelo de atendimento.

Na Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP), a Superintendência de Ressocialização Sustentável tem como meta garantir os direitos sociais de internos e familiares, expandindo, qualificando e apoiando a participação e o envolvimento das famílias dos internos ao longo da pena ou cumprimento da Medida de Segurança, otimizando as possibilidades de reintegração social do egresso, e, também, reorientando o modelo de gestão prisional e da própria execução penal no estado da Bahia, buscando que a garantia dos direitos de cidadania da pessoa privada de liberdade torne-se um eixo fundamental na consolidação da Política Criminal e Penitenciária (BAHIA, 2009). Nesse sentido, o Programa de Assistência Individualizada tem como previsão que o desenvolvimento das ações deve ter como objetivo potencializar espaços de atenção à saúde e à educação, articulando conhecimentos e práticas multidisciplinares no atendimento de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

As ações de saúde efetivaram-se com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria 1.777, de 2003 (BRASIL, 2003) para organização das ações e serviços pautados na lógica da atenção básica e nos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) que visam à atenção integral em saúde para pessoas privadas de liberdade. Nesse contexto, formaram-se equipes de saúde voltadas prioritariamente para ações de promoção e prevenção em saúde. A clínica passou a ser enfatizada nos planos de ação das equipes, sobrepondo a atenção e cuidado às atividades periciais. Destacamos que a realização da perícia não é responsabilidade dos profissionais das equipes de saúde, a outros profissionais é atribuída a atividade pericial. Atualmente, as ações da unidade estão voltadas para atender os princípios e diretrizes da Portaria Interministerial 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os profissionais de psicologia atuantes no sistema prisional desenvolvem o trabalho nas equipes de saúde ou perícia, lidando com as contradições da prática institucional. Os profissionais da assistência à saúde têm como princípios éticos a defesa da ressocialização. No entanto, percebe-se que a prisão não ressocializa e sim, afasta o indivíduo dos vínculos familiares e de qualquer perspectiva de inserção social, o que corrobora para um exercício galgado por ambivalências. O trabalho do psicólogo é focado na criação de estratégias de sobrevivência dentro da instituição prisional, e, para tanto oferece uma escuta livre de preconceitos e atitudes discriminatórias, centrada na percepção do sofrimento do indivíduo que cumpre pena ou medida de segurança no espaço de confinamento (CFP, 2010).

Este estudo está dividido em quatro seções distintas. Na primeira seção, há a introdução ao tema proposto, na segunda seção são analisadas as questões relacionadas aos transtornos mentais, à perícia e a aplicação da Medida de Segurança no HCT. Na terceira seção, o estudo tende a discutir mais especificamente sobre as intervenções clínicas realizadas nas oficinas e ações educativas. Na quarta seção, o estudo apresenta dados referentes às pesquisas desenvolvidas.

2. A pessoa com transtorno mental: perícia e medida de segurança no HCT

Os transtornos mentais abrangem largo espectro nosológico, envolvem doenças com causas definidas, transtornos por uso de substâncias psicoativas e outros que evidenciam comprometimento afetivo, da motricidade e da cognição. Na área forense, ocorre a pesquisa dos indicadores e determinantes psicopatológicos, neurológicos, cognitivos e educacionais das pessoas envolvidas em conduta delituosa. Nesse sentido, os transtornos mentais são avaliados, em razão de que se considera a capacidade de entendimento individual em relação aos fatos processuais (TABORDA, 2004).

Há uma legislação específica para as pessoas com transtorno mental que evidenciam dificuldades para gerir as suas próprias vidas de acordo com o universo de direitos e deveres que regem as relações sociais. A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, é um dos principais instrumentos de proteção e defesa dos Direitos Humanos das pessoas com transtornos mentais. A lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Há ainda a Resolução 5, de 4 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), a qual estabelece as diretrizes para a adequação das medidas de segurança às disposições da Lei 10.216/2001.

De acordo com o art. 26 do Código Penal (BRASIL, 1940), a medida de segurança, que tem como justificativa a presunção de periculosidade, é aplicada às pessoas com transtorno mental que, ao tempo da ação ou da omissão, era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Os internos que cumprem Medida de Segurança foram considerados inimputáveis, ou seja, pessoas que ao cometer um crime não eram capazes de discernir por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, ao tempo da ação ou da omissão o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (BRASIL, 1984, art. 26).

A periculosidade para o Direito Penal, analisam Serafim e Saffi (2014, p. 193), é "a qualidade ou estado de ser ou estar perigoso e a condição daquele ou daquilo que constitui perigo perante a lei." A periculosidade social é a que apresenta a pessoa que é considerada como inimputável e encontra-se em medida de segurança, seja restritiva de direito (tratamento ambulatorial) ou detentiva (internação em hospital de custódia e tratamento) por apresentar periculosidade presumida (art. 97 do Código de Processo Penal).

A periculosidade social é "a potência real e presumida da volta à prática de delitos relacionados aos transtornos mentais daquele indivíduo" (PALOMBA, 2016. p. 156). Desse modo, entende-se que, com base na legislação penal, são esses os fundamentos que legitimam a prática de internamentos nos hospitais de custódia, principalmente a defesa social. No âmbito criminal, examina-se a capacidade de entendimento e determinação de um indivíduo com personalidade transtornada em relação a um ato criminoso específico praticado por ele (ABDALLA-FILHO, 2004). Excetuam-se os doentes mentais. Quanto maior o comprometimento da doença, maior a alteração da sua identidade e das funções psíquicas, como: atenção, orientação, afetividade, consciência, linguagem, memória, pensamento, percepção, inteligência e volição.

No estado da Bahia, o local para realização do exame de sanidade mental e aplicação da medida de segurança é o Hospital de Custódia e Tratamento (HCT), unidade da Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização, que está localizado à Avenida Afrânio Peixoto (Suburbana), Baixa do Fiscal, Salvador, Bahia e atende os 417 municípios do Estado. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCT), então, é um espaço de custódia, abrigamento, acolhimento e tratamento de pessoas em cumprimento da Medida de Segurança, que, em razão do transtorno mental, são incapazes de reconhecer o caráter ilícito da ação.

A intervenção no HCT-BA baseia-se nos princípios da Desinstitucionalização, Inclusão, Habilidade e Reabilitação Psicossocial do PAI. O trabalho é

feito seguindo uma abordagem multidisciplinar, principalmente com os setores: Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Educação e Segurança. Nesse contexto, o papel dos profissionais de saúde, como psicólogos, consiste em estabelecer um vínculo diferenciado com o paciente, potencializando a ação psicológica e buscando atender às necessidades do sujeito em suas diferentes dimensões.

A Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) e a Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) asseguram que indivíduos como os atendidos no HCT tenham seus direitos a dignidade resguardados. Entretanto, a precariedade das instituições de custódia e a falta de um tratamento adequado à doença que apresentam, corrobora para que esses indivíduos retornem à sociedade com poucas perspectivas de inclusão, condenados, portanto, ao isolamento. Assim, mesmo exercendo o direito à liberdade, permanecem aprisionados e vigiados por uma sociedade contaminada pelo estereótipo que associa a loucura à violência e criminalidade.

A medida de segurança, analisam Serafim e Saffi (2014), deve ser aplicada de modo progressivo, evoluindo para o regime hospital-dia ou hospital-noite, com encaminhamento para outros serviços que deem atenção diferenciada com base no território, e construam projetos terapêuticos voltados para a inclusão social.

O duplo estigma de louco e criminoso, que a pessoa com transtorno mental que cometeu um crime carrega consigo, cria abismos nas relações e dificuldades de reinserção. Os egressos do HCT-BA enfrentam resistências para dar continuidade ao atendimento na rede ao retornarem ao seu território, e, assim, alguns (em torno de 12%) são reinternados, mais uma vez, no hospital, desorganizados psiquicamente por ter ocorrido a desobediência às condições impostas para a continuidade da vida livre no prazo de um ano, que se configura como quebra de salvo conduto[1].

No que diz respeito à condição sociofamiliar dos internos do HCT-BA, outro aspecto muito relevante são as visitas domiciliares, atendimentos a família e reuniões (rodas de conversa, grupos) que evidenciam as fragilidades sociais

1. Salvo conduto é um documento expedido pelo Juiz com a Carta de Desinternação, estabelecendo condições que devem ser seguidas pelo prazo de um ano, como manter bom comportamento, não usar substância tóxica, salvo prescrita pelo médico, manter bom relacionamento com familiares, não portar armas ofensivas, não frequentar zona de prostituição, casas de jogos, bailes carnavalescos, festas de largo, entre outras condições impostas.

dessa população e as dificuldades que os pacientes encontram no seu ambiente sociocultural, uma vez que o medo prevalece, a falta de assistência de saúde, social e jurídica e a pouca informação quanto ao atendimento prestado pela rede de atenção psicossocial do território. Somado a isso, há uma descrença nas possibilidades de o interno voltar a viver com a família. O hospital, para a maioria dos familiares, é compreendido como único local para tratamento.

Muitos internos que chegam à instituição atestam a condição de excluídos dos direitos básicos de cidadania, uma vez que não passaram por atendimentos na rede pública de saúde e não tinham documentação civil. A ausência de documentação civil inviabiliza o acesso aos programas governamentais da assistência social, como o Benefício de Prestação Continuada e o Programa de Volta para Casa que integram a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Instituído pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/1993).

Quanto ao perfil da população internada no HCT, em 2015, a unidade estava com 136 internos (10 mulheres, 126 homens), 43 em cumprimento da Medida de Segurança, dois em tratamento, nove com Carta de Desinternação e os demais aguardando decisão judicial. Em 2016, a unidade contava com 168 internos, 49 em cumprimento da Medida de Segurança, quatro em Tratamento psiquiátrico, 16 com Carta de Desinternação e os demais estavam na unidade aguardando o retorno para a Comarca de origem, após o envio do Laudo de Sanidade Mental. Em 2017, no período da realização da pesquisa, havia 154 internos, sendo que 52 cumpriam Medida de Segurança. Quanto ao transtorno mental diagnosticado nos exames, mais de 60% dos internos que cumprem medida de segurança apresentam esquizofrenia paranoide. Almeida e Carvalho (2015) analisam que o subtipo esquizofrenia paranoide é o mais frequente entre os homicidas esquizofrênicos. Segundo os autores, as pessoas com esquizofrenia paranoide, e que apresentam mais atividades delirantes e alucinatórias, alterações no comportamento, hostilidade aumentada, sentimentos persecutórios, tem maior risco de violência grave.

Com relação a ligação entre loucura e crime, com a população do HCT-BA, é preciso analisar o ato criminoso cometido a partir da posição que a pessoa com transtorno mental ocupa na sociedade, os processos que resultam de suas múltiplas representações e interações sociais, os modos individuais de apreensão dessas representações, as características dinâmicas de sua personalidade e a relação com o tratamento. Não há como entender a relação da pessoa com transtorno mental que comete um crime com um reducionismo a um determinismo biológico, moral, psicológico ou social, uma vez que não possibilita a análise ampliada do ato "criminoso" como resultante de uma interação

entre o contexto social (ausência de políticas públicas, rede de apoio e assistência) e os processos cognitivos, pessoais, éticos, afetivos e vivenciais que ocasionaram um modo único e particular de agir (TORRES, 2004; 2010).

A relação entre transtorno mental, periculosidade e medida de segurança contribui para a estigmatização dos doentes mentais com a associação a comportamentos violentos e o homicídio, criando, assim, um dispositivo de inquietação social que impede que seja implementada uma ação de assistência com base no modelo proposto pela Lei 10.216 (BRASIL, 2001) que estabelece a atenção no território, nos referenciais comunitários da pessoa em sofrimento psíquico para possibilitar a sua reabilitação psicossocial. Em virtude da periculosidade, o atendimento é centrado no modelo de internação hospitalar e sob a responsabilidade do sistema penitenciário. A crença na periculosidade e a fragilidade encontradas pelos familiares do paciente judiciário na rede de atenção social atestam as dificuldades de convivência e a crença na segregação, isolamento e tratamento em hospital como condição única para quem comete crimes e apresenta um transtorno mental.

3. Intervenções clínicas realizadas: acolher, escutar e criar

A atuação como psicóloga de uma das autoras do artigo na unidade e o trabalho desenvolvido com estudantes da graduação em psicologia que utilizam o espaço como cenário de práticas, aprendizagens e pesquisas possibilitou o surgimento de reflexões sobre as intervenções desenvolvidas com pessoas com transtorno mental no HCT. Nesse contexto, a construção de espaços de atenção à pessoa que cumpre medida de segurança, como oficinas, atividades socioeducativas e terapêuticas, entre outros recursos, ganhou relevância à medida que as equipes desconstruíram o hospital como local para conter a loucura e a criminalidade e internalizaram os princípios da desinstitucionalização.

O desenho metodológico propôs que as diferentes oficinas e ações educativas fossem estruturadas nos princípios de uma educação problematizadora de caráter emancipatório (FREIRE, 1982), que envolve criação, recriação e exige liberdade. As metodologias ativas (BERBEL, 1998; MITRE, 2008) foram utilizadas envolvendo observação da realidade, identificação dos pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade, que se efetivam na prática de ação-reflexão-investigação-ação, ampliam a capacidade dos internos de questionar, criticar, produzir e compreender a realidade, tornando-se agente de transformação social. Os princípios da Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização também orientaram o trabalho ao contemplar a singularidade do contexto de um hospital de custódia e tratamento e a pluralidade dos sujeitos envolvidos.

Para planejamento das intervenções foram programadas reuniões para pesquisas de natureza bibliográfica, socialização das notas de campo e avaliação das atividades realizadas, principalmente as observações, entrevistas e discussão das ações a serem desenvolvidas. Para seleção dos participantes de cada oficina (cinco a 10 pessoas), esperava-se que os técnicos de referência das alas do hospital indicassem os internos que deveriam ser incluídos nas oficinas, porém, os convites informais feitos a homens e mulheres custodiados com base em critérios como a condição psíquica e interesse em participar da atividade, mostraram-se mais bem-aceitos. Na primeira e segunda etapas do trabalho foram planejadas ações educativas, oito oficinas em cada ciclo/semestre (Expressivas, Confecção de máscaras, Informativa, Saúde Sexual, Poesia, Escrita e História de Vida, entre outras) que foram realizadas com a participação dos graduandos de cursos de psicologia. Na terceira etapa ocorreram oficinas de Arte e Música, Leitura, Escrita e História de Vida, Dança Circular, Roda da Vida, entre outras que resultaram na organização e apresentação de um sarau.

Antes das intervenções, analisou-se individualmente a condição de cada interno que poderia participar do trabalho, e tratou-se do objetivo da ação e o interesse na participação. No grupo, após o acolhimento, era realizado um breve contrato pedagógico, destacando o objetivo, o papel de cada um, tempo de trabalho e o que era permitido, principalmente no que diz respeito à comunicação e a interação. As oficinas e ações educativas partiram de temáticas que despertavam interesse nos internos e com utilização de técnicas diversas que foram construídas a partir de músicas, filmes, estudos de caso, socialização e troca de experiências.

Alunos de diferentes cursos de graduação como psicologia e serviço social participaram do processo na primeira e segunda etapas como aprendizes e colaboradores, discutindo as questões subjetivas e os eixos da prática clínica para desenvolver estratégias para acolher e atender os internos que estavam em Processo de Desinstitucionalização e vivenciavam intensa rejeição familiar, bem como trabalhar com os demais com condição clínica instável.

Nesses encontros foram evidenciados que as ações socioeducativas e terapêuticas deveriam ser focadas no interesse dos internos e com atenção ao tempo. Atividades longas, com mais de uma hora de duração, produziam dispersão no grupo, assim como a inserção da música era sempre bem-vinda. Considerou-se, ainda, que as ações em saúde mental, para os internos em processo de desinstitucionalização, deveriam ser desenvolvidas articuladamente com a rede de serviço da região, envolvendo ações intersetoriais com educação, trabalho e lazer. As ações deveriam obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscar o estabelecimento de vínculos e o acolhimento, de acordo

com a fundamentação dos princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990) e da Reforma Psiquiátrica (noção de território, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, desinstitucionalização, construção da autonomia de usuários e familiares etc.).

A partir da realização das oficinas, foi proposta a intervenção nas ações de atendimento psicossocial da unidade, ampliando o número de atividades em grupo com oficinas expressivas, temáticas e grupos de caráter informativo. atualização dos fluxos foi feita no setor de psicologia, no qual refletimos sobre os processos de trabalho.

Nas oficinas e atendimentos psicológicos, a palavra do interno foi compreendida com valor e sentido, possibilitando uma reorganização, um redirecionamento a partir do encontro com o outro que escuta, discute, critica, mas não impõe as suas significações de mundo ao que está posto nos discursos. Foram consideradas as diferentes compreensões dos pacientes sobre o que era solicitado, os ritmos de aprendizagem, os processos de escolarização, a dinâmica da personalidade, a condição clínica, as vivências e experiências de cada um dos participantes.

Nas oficinas predominou-se o relacionamento distanciado, mas respeitoso entre os participantes, assim como a proximidade afetiva entre psicólogas e internos. Como são internos com transtorno mental, o planejamento e adaptação das atividades precisaram ser feitos previamente com muita atenção para evitar conflitos ou uma desorganização psíquica pela falta de atenção e conhecimentos sobre o trabalho com psicóticos.

Nas oficinas, os internos narraram as histórias da infância, os sentimentos em relação ao aprisionamento, os conflitos existenciais, a ausência das famílias e as expectativas de retorno a vida social. A carência afetiva, a ausência de apoio familiar e a importância do contato com estudantes jovens foi uma constante nas narrativas. Assim como para os estudantes durante a avaliação do trabalho realizado, as observações evidenciam o aprendizado e a experiência.

Aspectos como o cuidado de si, a relação com a comunidade (de origem), a cidadania, a música e a arte foram mais destacados nas oficinas, muito mais que a saúde/doença ou a estabilidade nos quadros clínicos. As oficinas evidenciaram a importância da atuação multidisciplinar (ainda que mais enfatizado nas ações do psicólogo) e criaram espaços para pensar sobre a pessoa, conhecer a sua história e as dificuldades na construção de um projeto de vida.

O planejamento e a avaliação foram processos importantes na realização das oficinas, uma vez que se constituíram como caminhos de reflexão coletiva para compreensão dos internos, e que possibilitaram a construção de novos significados sobre o HCT-BA, a entrada e permanência na unidade, a relação

entre custódia e tratamento, as demandas de "justiça" (prisão perpétua) da sociedade, os conflitos entre os discursos da saúde e da justiça (segurança) e a construção de projetos de vida para os internos a partir da sua realidade psíquica e social.

Interessante destacar como os internos (cada um ao seu modo) agradeceram a participação dos graduandos e como os estudantes evidenciaram a importância do encontro para desconstrução da ideia que uma instituição judiciária manicomial é uma "jaula de leões". Destaca-se o valor dessa observação, à medida que ainda se tem muita dificuldade para compreender a loucura como experiência do sujeito que requer cuidado e atenção.

Ao final de cada uma das etapas, para verificação dos impactos das oficinas e ações educativas realizadas, foi feito um levantamento por meio de observações e questões dirigidas aos internos sobre o trabalho realizado e as repercussões na sua vida manicomial. Verificou-se que os internos que participaram das oficinas aderiram mais ao tratamento e a inserção no CAPS (Rede de Atenção Psicossocial) após a alta. Dos 72 internos que participaram das ações educativas (três etapas), apenas 8 tiveram dificuldade ou não aderiram ao tratamento satisfatoriamente após a alta, apresentando dificuldades na retomada da vida familiar. As oficinas e ações educativas desdobram-se em outras ações, uma vez que a partir da realização das atividades foi proposta a intervenção no atendimento psicossocial da unidade, ampliando o número de atividades em grupo como oficinas expressivas, temáticas e grupos de caráter informativo. A atualização dos fluxos foi feita no setor de psicologia, no qual refletimos sobre os nossos processos de trabalho.

Nas avaliações do trabalho, por meio das rodas de conversa, o processo de desinstitucionalização no HCT-BA foi discutido e envolveu dimensões da política, da gestão e do cuidado. Ficou evidenciada a necessidade da adequação do cumprimento da Medida de Segurança aos pressupostos da Lei 10.216/01, a integralidade e a intersetorialidade nas ações com a rede de educação, saúde, assistência social, como também acolhimento e singularidade no atendimento.

Compreendeu-se que as intervenções em contexto de privação de liberdade têm o papel de conduzir o sujeito a reconhecer a sua história, entrelaçada à história da sua família, da comunidade de origem, da sociedade, aprendendo a pensar melhor, a problematizar, relativizar posições e assumir um papel crítico nos diferentes segmentos sociais (Freire, 1980). O educador nesse contexto deve apresentar "[...] um olhar educativo que aceita e projeta, reconhece e empurra, que abraça e levanta" (CANTERO, 2013. p. 304). Nesse sentido, o autor também analisa que a educação é como um golpe repentino na interioridade do sujeito, uma tensão para o melhor, um despertar.

A produção dessas experiências no sistema prisional ou em outros contextos com pessoas com transtorno mental poderá ocorrer à medida que criamos condições, desconstruímos os estereótipos sobre o louco (e a pessoa que comete crimes) e abrimos a possibilidade do encontro, do diálogo, do acolhimento e do cuidado com o outro e consigo.

4. A Pesquisa em contexto de privação de liberdade: repercussões da produção de saberes

A Psicologia é prática profissional e uma instituição de produção de conhecimento. A produção do conhecimento científico é de grande importância para a qualificação do trabalho, uma vez que embasa e orienta as intervenções. As pesquisas científicas são, assim, um importante componente da prática na área da saúde mental, principalmente quando associada aos discursos e práticas da justiça e da segurança.

No HCT, os trabalhos de pesquisa constituem-se em alicerces para avaliação dos processos de trabalho, do diagnóstico e da prática clínica. O diagnóstico como meio de classificar e, às vezes tornar patológico o que escapa ao que está instituído como norma social, precisa ser pelo profissional de psicologia sempre problematizado. Nesse contexto, as técnicas projetivas gráficas, quando associadas ao método clínico, constituem-se em importantes fontes para compreensão do modo como os internos expressam sua relação com a realidade interna e externa, como se estrutura a personalidade, as ansiedades, angustias e recursos disponíveis.

Desse modo, a aproximação da equipe de Psicologia da unidade com a pesquisa "Atualização do teste do desenho da Casa Árvore Pessoa (HTP) no contexto brasileiro: estudos de fidedignidade e validação[2]" contribuiu para aprofundamento sobre o uso de técnicas gráficas de expressão, com o estudo da avaliação dos instrumentos aplicados – treinamento e avaliação dos casos e com a preparação para as entrevistas devolutivas para os internos que participaram livremente da pesquisa.

A pesquisa tem como objetivo oferecer uma técnica de interpretação do HTP, validada e fundamentada e atualizada, em nosso meio e como objetivos

2. A pesquisa se desenvolve sob a coordenação da Profa. Dra. Leila Tardivo, com apoio da FAPESP (Processo n. 2016/10115-8), como Auxílio Regular à Pesquisa, e aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sob o número CAAE. 60486016.7.0000.5561.

específicos: apresentar as pautas gráficas gerais mais frequentes observadas no HTP, por idade, numa amostra de crianças, adolescentes, adultos e idosos; apresentar as características psicométricas do HTP, como fidedignidade e validade; apresentar estudos de validade comparando o desempenho, no HTP, de grupos de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, e de crianças e adolescentes sem essas condições; apresentar estudos de validação do HTP em adultos com sintomas depressivos e ou de ansiedade (que estão muitas vezes relacionados); realizar estudos com o HTP em adultos presidiários que cometeram crimes, para verificar a presença de indicadores nesse teste gráfico; entre outros.

A amostra do estudo foi composta por conveniência, a partir de contatos com instituições, foram convidados a participar crianças e adultos de ambos os sexos, a partir de seis anos de idade até 80 anos ou mais num total de 930 participantes. Nessa pesquisa foram compostos 10 grupos clínicos, com distintas manifestações e de variadas faixas etárias. O total de participantes pertencentes aos grupos clínicos foi de 530 participantes, incluídos 50 internos do Hospital de Custódia e Tratamento em Salvador-BA, do sexo masculino e feminino, custodiados na unidade por prática de crimes. O objetivo da pesquisa na unidade foi analisar as condições psicológicas e as pautas gráficas existentes nos grupos por intermédio do HTP. Para completar este perfil foram utilizadas duas: EsAvI – A (Escala de Avaliação de Impulsividade A, (RUEDA e ÁVILABATISTA, 2012). Staxi 2 (Inventário de Expressão de Raiva – Traço e Estado, SPIELBERGER, 2010) com a finalidade de se obter a melhor caracterização dos participantes, bem como realizar as comparações entre os dados do HTP e os sinais presentes nessas Escalas (aprovadas para uso pelo Conselho Federal de Psicologia).

As pesquisas desenvolvidas no HCT possibilitaram acesso aos conceitos e práticas em avaliações psicológicas adotadas por pesquisadores, a caracterização dos fenômenos psicológicos, os procedimentos e instrumentos empregados, entre outros. Desse modo, a percepção dos internos sobre a pesquisa e as repercussões dos estudos enriqueceram a prática psicológica ao proporcionar a reflexão sobre os processos de trabalho, composição dos grupos, técnicas gráficas, avaliação dos casos e conteúdo das entrevistas devolutivas para os internos da unidade.

Como técnica baseada no desenho, o HTP permite um conhecimento e compreensão de características estruturais e de integração de personalidade. Como descrito acima, a população carcerária brasileira é muito vulnerável ao desenvolvimento de problemas de saúde mental. E se considera que essa população requer modelos de assistência e de intervenção que estejam de acordo

com as melhores práticas disponíveis atualmente, incluindo as técnicas da avaliação psicológica. O Teste do Desenho da Casa-Árvore-Pessoa tradicional no contexto do Psicodiagnóstico pode ser usado também com essa finalidade, dentro das propostas do desenvolvimento das melhores práticas. O amplo projeto de atualização do Teste do Desenho da Casa Árvore Pessoa (HTP) vem se desenvolvendo, em diversos grupos, com diferentes manifestações, incluindo os constituídos por homens e mulheres adultas, internas no sistema penitenciário do estado da Bahia, destacando-se aqui o grupo de pessoas com transtornos mentais graves internos no Hospital de Custódia e Tratamento. Nesse sentido, os instrumentos psicológicos foram empregados e analisados de forma a atualizar e verificar o potencial que poderiam trazer na atuação em avaliação. A responsabilidade da equipe do setor de psicologia na condução da pesquisa foi o de desenvolver sua atuação junto à equipe, atuando em avaliações integradas às propostas de inclusão social.

Os dados dessa investigação revelaram graus diversos de estruturação da personalidade, com sinais de muitas dificuldades, com indícios mais graves. E principalmente se constituiu oportunidade para os internos se expressarem, trazerem lembranças da infância, associações sobre a vida fora do HCT. O trabalho desenvolvido permitiu uma atualização da técnica, e com isso uma contribuição na área da avaliação psicológica, inserida em contextos mais amplos, como o das pessoas em situação de privação de liberdade, e que necessitam de propostas abrangentes de atenção psicossocial. A pesquisa ainda está em desenvolvimento na fase de tratamento estatístico dos dados colhidos.

O projeto de Iniciação Científica, com apoio da FAPESB[3] também desenvolvido de acordo com as propostas dos estudos citados anteriormente, objetivou analisar a percepção dos pacientes sobre a possibilidade da desinternação, as perspectivas e ansiedades diante do seu futuro, do retorno à sociedade e ao direito de liberdade, identificando os índices de reincidência e suas possíveis causas através do olhar e discurso do paciente custodiado. Os dados resultantes indicaram que dos pacientes reinternados por quebra de salvo conduto não havia rede de atenção psicossocial especializada em saúde mental em nenhum dos municípios dos pacientes reincidentes. Apenas 2 de 9 pacientes que cometeram homicídio, reincidiram pelo mesmo crime. 60% da reincidência foi decorrente de crimes como ameaça e lesão corporal. Do total de 9 internos, 5 encontram-se em situação de total abandono familiar. Nos relatos dos internos, evidencia-se o sentimento de vulnerabilidade, todos os nove internos

3. Fapesb n. BOL0786/2017.

sentem-se ameaçados para voltar às suas comunidades. Os resultados coletados indicam que fatores referentes à subjetividade, situação de vulnerabilidade da família e do interno, evasão escolar, falta ou ausência de rede de assistência psicossocial, são fatores que podem corroborar para a reincidência.

A pesquisa e as intervenções clínicas neste contexto envolveram uma constante análise da realidade, compromisso ético no estabelecimento de parâmetros, domínio da metodologia de trabalho, respeito ao outro como pessoa humana e uma crença de que sempre é possível disponibilizar-se ao contato com a pessoa com transtorno mental para construir laços e sentidos sobre si e sobre o outro.

5. Considerações finais

Este trabalho pretendeu apresentar os eixos de trabalho da equipe de Psicologia, analisando a importância das intervenções clínicas e as pesquisas científicas que estão sendo desenvolvidas na unidade com pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. O trabalho clínico com internos do HCT-BA envolveu o diagnóstico, as intervenções, os estudos sobre subjetividades delirantes, as interações no contexto prisional e projeções para o futuro após o cumprimento da Medida de Segurança.

A metodologia utilizada oportunizou o diálogo, proporcionando que os pacientes percebessem as suas histórias, suas identidades e as possibilidades de reorientação com a lei e com o cuidado de si. Com as intervenções da equipe de psicologia na instituição, mulheres e homens assumiram relações de convivência com o outro, mais compromissadas e cooperativas.

As pesquisas em andamento no HCT deram visibilidade aos aspectos psicodinâmicos dos internos a partir da utilização das técnicas gráficas e projetivas como mediadoras e facilitadores do intercâmbio social e possibilitaram a análise da experiência de institucionalização e as possibilidades de reinserção social das pessoas internadas em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

As intervenções no âmbito da psicologia objetivam desenvolver saberes e competências para a assistência a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. As intervenções realizadas, como as oficinas expressivas, temáticas, ações educativas, partiram de assuntos que despertavam interesse nos internos e com utilização de técnicas diversas que foram construídas a partir de histórias de vida, filmes, estudos de caso, socialização e troca de experiências entre internos, estudantes de psicologia e técnicos da unidade. As intervenções são desenvolvidas com metodologia participativa, em parceria com outros serviços

como assistência social e segurança, contemplando a singularidade do contexto de um hospital de custódia e tratamento e a pluralidade dos sujeitos envolvidos.

Percebeu-se, por meio das intervenções clínicas e pesquisas que as equipes, cada uma ao seu modo, tem desconstruído o manicômio como único espaço para perícia e custódia e ampliado as compreensões sobre o cuidado em saúde mental. Quando não há esse trabalho e percepção dos profissionais, torna-se mais difícil e demorado o processo de desinstitucionalização. As oficinas e ações educativas tiveram como fundamento o interesse em enlaçar, ordenar e produzir sentidos e lugares com base em uma intenção voluntariosa e firme de provocar reflexões e mudanças.

Com a Portaria Interministerial 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS e a Portaria 305, de 10 de abril de 2014, que estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional, aguardamos as articulações intersetorial e interinstitucional necessárias à implementação das diretrizes do PNAISP, bem como a articulação com o SUS na esfera estadual e distrital, e assim esperam-se definições quanto à garantia de espaços adequados nas unidades prisionais, com salubridade, além da organização, tipos de equipes, especificações das ações, entre outros.

Entende-se que à medida que são compreendidas as necessidades de saúde dessa população, de maneira individual e/ou coletiva, aproximando-nos dos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade, à medida que há compreensão das desigualdades sociais, e que surgem, nos diferentes territórios estratégias de organização da atenção básica efetivas, seguindo o Decreto 7.508, de 28 de julho de 2011, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990), é possível identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, articular diferentes tecnologias de cuidado, oferecer a clínica ampliada, coordenando o cuidado, acompanhando e fazendo a gestão do atendimento dos usuários de saúde mental para que seja avaliado o disparador do comportamento desviante, em determinadas situações delituosas, antes mesmo que se manifestem.

O artigo, assim apresentou e discutiu a experiência sobre as intervenções clínicas, de ensino e pesquisa desenvolvidas por profissionais de psicologia no HCT do estado da Bahia. E como conclusão se evidenciou a necessidade de as equipes abrirem espaços para a escuta, acolherem os familiares e criarem estratégias para a manutenção dos vínculos, inserção social e corresponsabilização no cuidado em saúde mental.

6. Referências

ABDALLA-FILHO, E. Transtornos de personalidade. In: TABORDA, J. G. V.; CHALUB, M.; ABDALLA-FILHO, E. (Org.). *Psiquiatria forense.* Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 281-295.

ALMEIDA, F.; CARVALHO, D. Homicidas e doença mental grave: a propósito de uma amostra de homicidas submetidos à perícia psiquiátrica forense. In: ALMEIDA, F e PAULINO, M. *Profiling, vitimologia* e ciência forenses: perspectivas atuais. Lisboa: Pactor, 2015.

BERBEL, N.A.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Interface – comunicação, saúde, educação,* v. 2, n. 2, 1998.

BLEGER, J. *Temas de psicologia:* entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

BAHIA (Estado). Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. *População carcerária em 23.04.2008*. Bahia. 2008. Disponível em: [www.sjcdh.ba.gov.br/sap/populacao_carceraria.htm]. Acesso em: 24.05. 2009.

BAHIA (Estado). Secretaria da Justiça e Direitos Humanos. *Notícias*. Bahia. Disponível em: [www.sjcdh.ba.gov.br/notícias/noticia001.html]. Acesso em: 01.06.2009.

BAHIA (Estado). Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. *Programa liberdade e cidadania.* Disponível em: [www.sjcdh.ba.gov.br/lib_cid.htm]. Acesso em: 15.06.2009.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Institui o Código Penal. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm]. Acesso em: 30.07.2017.

BRASIL. Presidência da República. *Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984*. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7210.htm]. Acesso em: 12.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica.* Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 68. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006).

BRASIL. Presidência da República. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm]. Acesso em: 12.2016.

BRASIL. Presidência da República. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Institui a Lei da Reforma psiquiátrica. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm]. Acesso em: 12.2017.

BRASIL. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. Disponível em: [www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/]. Acesso em: 04.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf]. Acesso em: 04.2016.

BRASIL. *Portaria Interministerial n. 1.777 de 2003*. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1777.htm]. Acesso em: 05.2017.

BRASIL. *Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993*. Lei Orgânica da Assistência Social. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm]. Acesso em: 14.08.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf]. Acesso em: 04.2017.

BRASIL. *Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993*. Lei Orgânica da Assistência Social. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm]. Acesso em: 14.08.2017.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional*. PNAISP. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php]. Acesso em: 20.01.2018.

CANTERO, F. G. Educación y cuidado en prisiones. In: IBÁNEZ-MARTÍN, J. A. (Coord.). *Educación, liberdad y cuidado*. Madrid:Editorial Dykinson, 2013. p. 297-312.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA: Atuação do Psicólogo no sistema Prisional; Brasília. 2010. Disponível em: [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/09/Atuacao_dos_Psicologos_no_Sistema_Prisional.pdf]. Acesso em: 30.01.2018.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

MITRE, S.M.; BATISTA, Rodrigo. MENDONÇA, Jose Marcio. PINTO, Neila; MEIRELES, Cintia; PORTO, Claudia: MOREIRA, Tania. HOFFMAN, Leandro. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva,* 2008. 13 (Sup. 2), 2133--2144.

PALOMBA, Guido Arturo. *Perícia na psiquiatria forense*. São Paulo: Saraiva, 2014.

RUEDA, F.J.M.; AVILA-BATISTA, A. *Escala de avaliação de impulsividade formas – A e B*. São Paulo: Vetor, 2012.

SERAFIM, Antônio de Pádua; SAFFI, Fabiana. *Psicologia e práticas forenses*. Barueri, SP: Manole, 2014.

SPIELBERGER, C. *STAXI 2. Inventário de expressão de raiva como estado e traço*. São Paulo: Vetor, 2010.

TABORDA, J. G. V. Os sistemas de justiça criminal brasileiro e anglo-saxão: uma comparação. In: TABORDA, J. G.V.; CHALUB, M.; ABDALLA-FILHO, E. (Org.). *Psiquiatria forense*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 119-128.

TORRES, C.R.O.V. *"Por um céu inteiro"*: crianças, educação e sistema prisional. Tese (doutorado). Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação, Salvador, 2010.

TORRES, C. R. O. V. *Desconstruindo a identidade de "criminoso/a"*: o significado das ações educativas no sistema penitenciário. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

TOURINHO, Denise. *Notas realizadas durante o I Seminário de Proteção Social no Sistema Prisional*. Salvador: Auditório da SJCDH, 2008.

Pesquisas do editorial

Veja também Doutrina

- Adequação da legislação penal à Lei de Reforma Psiquiátrica: a internação como exceção, de Alessandra Rapassi Mascarenhas Prado – *Ciências Penais* 13/87-118 (DTR\2010\627);
- Considerações sobre o atual sistema de fundamentação e imposição da medida de segurança, de Adel El Tasse – *Ciências Penais* 9/137-149 (DTR\2011\2160); e
- Direito e sofrimento mental, de Dirceu Aguiar Dias Cintra Júnior – *RBCCrim* 30/87-93 (DTR\2000\586).

Controle cotidiano: farmacocracia e normalização na sociedade do controle

Daily control: pharmacracy and normalization in the control society

Ricardo Jacobsen Gloeckner

Pós-Doutor em Direito pela Università Frederico II (2016). Doutor em Direito pela Universidade Federal do Paraná (2010). Coordenador da Especialização em Ciências Penais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Advogado.
ricardogloeckner@hotmail.com

Marcelo Buttelli Ramos

Mestre e Doutorando em Ciências Criminais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2016). Advogado.
mbuttelliramos@hotmail.com

Recebido em: 30.01.2018
Aprovado em: 12.03.2018
Última versão do (a) autor (a): 20.03.2018

Área do Direito: Penal

Resumo: O artigo pretende discutir o processo de invisibilização da crítica ao saber/poder psiquiátrico como objeto de estudo criminológico. Para tanto, serão problematizadas algumas ideias e hipóteses extraídas da abordagem teórica antipsiquiátrica. No intuito de mais claramente descrever e melhor explicar os problemas identificados ao longo da análise do referido processo de invisibilização, o artigo discutirá, mediante a realização de uma revisão bibliográfica de caráter interdisciplinar, a relação estabelecida entre o saber/poder psiquiátrico, a revolução farmacêutica (e sua lógica mercantil) e a ética neoliberal, um tipo de relacionamento que, conforme se argumenta, sugere a existência de uma lógica transcarcerária de controle.

Abstract: The article seeks to discuss the process of invisibilization of the critique of the psychiatry knowledge/power as an object of the criminological investigation. Therefore, some ideas and hypotheses drawn from the antipsychiatric theoretical approach will be problematized. In order to clearly describe and better explain the problems identified during the analysis of the aforementioned process of invisibilization, the article will address, through an interdisciplinary bibliography review, the relationship established between psychiatric knowledge/power, the pharmaceutical revolution (and its merchant logic) and the neoliberal ethics, a type of relationship which, as argued, suggests the existence of a transcarceral logic of control.

Gloeckner, Ricardo Jacobsen; Ramos, Marcelo Buttelli.
Controle cotidiano: farmacocracia e normalização na sociedade do controle.
Revista Brasileira de Ciências Criminais. vol. 144. ano 26. p. 397-439. São Paulo: Ed. RT, junho 2018.

Palavras-chave: Antipsiquiatria – Criminologia – Sociedade do controle – Revolução farmacêutica – Ética neoliberal.

Keywords: Antypsichiatry – Criminology – Control society – Pharmaceutical revolution – Neoliberal ethics.

Sumário: 1. Introdução. 2. A posição da Antipsiquiatria no Discurso Criminológico. 2.1. Um capítulo inacabado: um breve excurso em torno do movimento antipsiquiátrico. 3. Da crítica aos substitutivos penais à fármacocracia. 4. Considerações finais. 5. Referências bibliográficas.

1. Introdução

O discurso da criminologia crítica, formalmente construído a partir de determinadas conexões epistêmicas, possui, em seus traços genealógicos, certa dívida para com a antipsiquiatria.

De regra, a antipsiquiatria costuma ser representada de forma ambígua na seara dos estudos criminológicos, sendo considerada: ora como um dos primeiros capítulos da história das teorias da reação social, ora como uma corrente do pensamento posicionada contiguamente às denominadas sociologias do conflito.

Seja como for, o saber antipsiquiátrico, ao menos no que diz respeito às suas relações com o saber criminológico crítico, foi estabelecido a partir de um conjunto de escritos emblemáticos, escritos que problematizam a natureza violenta dos tratamentos prescritos aos internados, bem como o caráter extremamente artificial de uma linguagem capaz de recolher fragmentos de experiências quotidianas e, em certos casos, transformá-las em sintomas constituintes de quadro patológico a reclamar pela pronta intervenção médica. Para além dessas contribuições, o saber antipsiquiátrico notabilizou-se pela afirmação de que o ato de configuração das doenças mentais constitui um fenômeno político. Não por outra razão, tal vertente teórica enfatiza a importância do estudo da relação de poder estabelecida entre o médico psiquiatra e o seu paciente.

As várias formas de se conceber a doença mental e o conjunto de reflexos decorrentes da caracterização de determinados comportamentos sociais à luz de tal categoria serão mais claramente desenvolvidos no percurso exploratório que se pretende realizar a seguir. Não obstante, algo, desde logo, pode ser afirmado: é por demais evidente que a análise do movimento antipsiquiátrico, isto é, das suas injunções relativamente ao poder psiquiátrico e ao discurso criminológico, deve ser inserida no contexto da contemporaneidade. Nesse sentido,

opta o artigo, metodologicamente, pela análise das hipóteses lançadas a partir da noção foucaultiana de governamentalidade, conceito que, como poderá ser visto mais diante, permitirá identificar, nesta relação estabelecida entre o saber psiquiátrico e o saber criminológico (crítico), a existência de certos espaços que, ao se furtarem das rotinas institucionais disciplinares, gozam de um claro potencial para a recodificação da própria ideia de disciplina. A opção pelo emprego do conceito foucaultiano em comento e o esquadrinhamento dessa hipótese que aponta para a existência de certos espaços a partir dos quais seria possível operar a recodificação de certas disciplinas (sobretudo o saber psiquiátrico), resulta, por sua vez, de um outro diagnóstico, ainda mais elementar e quiçá mais fundamental, que se assenta sobre o entendimento de que o foco teórico do movimento antipsiquiátrico está demasiadamente voltado aos problemas identificados no âmbito das chamadas "instituições totais".[1]

Mutatis mutandis, não se nega o fato de que, nas sociedades contemporâneas, continuam a existir espaços dedicados à vigilância onde imperam verdadeiros códigos disciplinares.[2] Vale dizer, este artigo não defende a completa superação da era panóptica e de todo o conjunto de discursos concebidos com o fito de otimizar as suas cadeias de controle, mas sim algo diverso: o intento que move o presente ensaio diz respeito à visibilização da conexão estabelecida entre o saber antipsiquiátrico e o fenômeno denominado sociedade do controle.[3]

---

1. A característica fundamental de uma instituição total será o seu "fechamento", isto é, um conjunto de relações travadas dentro da instituição, que conflitam inexoravelmente com o modo de vida aberto da sociedade. A separação entre a vida social (na qual as interações sociais podem ocorrer sob distintas circunstâncias de tempo, local, pessoas) e a vida dentro de uma instituição total, organizada sob a forma de uma clausura formal (mesmos pacientes internados, mesmos funcionários e tipo de relação que os coloca ali) produzirá alterações no "eu" do internado. (GOFFMAN, Erwing. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974).
2. A categoria "disciplina" é utilizada, neste artigo, no sentido trabalhado por Foucault: "esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar 'disciplinas'". (FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*: o nascimento da prisão. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 118).
3. Como alerta Deleuze: "o estudo sócio-técnico dos mecanismos de controle, apreendidos em sua aurora, deveria ser categorial e descrever o que já está em vias de ser implantado no lugar dos meios de confinamento disciplinares, cuja crise todo mundo anuncia. Pode ser que meios antigos, tomados de empréstimo às antigas sociedades de soberania, retornem à cena, mas devidamente adaptados. O que conta é que estamos

Tomando-se como paralelo os chamados substitutivos penais,[4] pode-se reconhecer que a expansão do fenômeno da sociedade do controle se deveu, sobretudo, à inculcação da ideia de que a prisão representa a estrutura em torno da qual se organiza todo o sistema penal. A criminologia crítica, nesse ponto, tratou de esclarecer a conexão existente entre a prisão e o mercado de trabalho, mediante o enfrentamento de certos problemas macroestruturais, cujo equacionamento deveria contribuir para a elucidação dessa simbiose havida entre os universos da força de trabalho (faltante ou excedente) e da prisão,[5] um empreendimento teórico que culminou no atingimento da compreensão de que as penitenciárias funcionavam, com efeito, como espécies de filtros reguladores da mão de obra.

Com o advento dos denominados substitutivos penais – que, na qualidade de dispositivos,[6] acabaram transcendendo a relação molar entre os universos

---

no início de alguma coisa. No regime das prisões: a busca de penas 'alternativas', ao menos para a pequena delinquência, e a utilização de coleiras eletrônicas que obrigam o condenado a ficar em casa em certas horas. No regime das escolas: as formas de controle contínuo, avaliação contínua, e a ação de formação permanente sobre a escola, o abandono correspondente de qualquer pesquisa na Universidade, a introdução da "empresa" em todos os níveis de escolaridade. No regime dos hospitais: a nova medicina "sem médico nem doente", que resgata doentes potenciais e sujeitos a risco, o que de modo algum demonstra um progresso em direção à individuação, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria "dividual" a ser controlada. No regime da empresa: as novas maneiras de tratar o dinheiro, os produtos e os homens, que já não passam pela antiga forma-fábrica. São exemplos frágeis, mas que permitiriam compreender melhor o que se entende por crise das instituições, isto é, da implantação progressiva e dispersa de um novo regime de dominação". (DELEUZE, Gilles. *Post scriptum* sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p. 226).

4. Este artigo parte da pressuposição de que os substitutivos penais são, em realidade, produtos de movimentos de desinstitucionalização. Neste sentido, a corroborar tal entendimento: "as medidas descarcerizadoras devem ser vistas como importantes mecanismos de desinstitucionalização". (CARVALHO, Salo de. Substitutivos penais na era do grande encarceramento. In: ABRAMOVAY, Pedro; BATISTA, Vera Malaguti. *Depois do grande encarceramento*. Rio de Janeiro: Revan, 2010. p. 361).
5. Por exemplo: "a política do sistema penal, para ajustar-se às mudanças estruturais, adota o trabalho forçado, extingue as penas corporais destruidoras da força de trabalho e introduz a prisão como principal modalidade punitiva". (SANTOS, Juarez Cirino dos. *A criminologia radical*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006. p. 66).
6. Um dispositivo pode ser entendido como um conjunto multilinear, cujas linhas de tessitura são heterogêneas, que seguem em diferentes sentidos, cujos processos operam em desequilíbrio. Tais linhas, se tocam e ao mesmo tempo fogem uma das outras.

da força de trabalho e da prisão, foi possível afirmar, à toda evidência, que o sistema penal é capaz de se relegitimar a partir de movimentos, forças, práticas que definitivamente não se limitam ao mecanismo "prisão".

A capacidade dos substitutivos penais de rearticular universos discursivos tão díspares e heterogêneos – daí a razão pela qual é possível considerá-los espécie de dispositivos, na acepção deleuziana – permitiu que a criminologia crítica fosse confrontada com situações e questões que, embora ainda não claramente formuladas, lhe afetavam diretamente. Nessa toada, os discursos criminológicos que se sucederam a partir dos anos de 1960 e 1970, ao concentrarem a maior parte das críticas ao sistema penal na crítica à prisão, contribuíram, ainda que indiretamente, para o surgimento de políticas criminais que, lastreadas no ideal welfarista da ressocialização, foram organizadas sob o epíteto de "alternativas": alternativas ao processo de prisionização, porém não ao próprio sistema de justiça criminal.

Tomando como paradigma de análise o caso brasileiro, os denominados substitutivos penais foram introduzidos no ordenamento jurídico pátrio no ano de 1984 e ampliados em 1998, sendo que, em 2012, foram concebidas, simetricamente, uma miríade de medidas "alternativas" no plano das cautelares processuais-penais (sendo o art. 319 do Código de Processo Penal a norma que melhor ilustra tal movimento).

Parcela considerável das análises criminológicas que endereçavam agudas críticas às prisões brasileiras também sinalizavam, *pari passu*, o surgimento de novos aparatos cuja adoção deveria diminuir a importância da prisão, provando, destarte, a sua inadequação (ou anacronismo) para continuar a servir como principal pilar de sustentação do sistema punitivo estatal. Não bastasse, o número crescente de possibilidades da aplicação das penas não privativas de liberdade, também contribuiu para consolidar a percepção de que seria possível superar, completamente, a ideia de a prisão representar o fundamento *par excellence* do aparato disciplinar estatal.

Com efeito, isso não apenas não aconteceu, como a prisão, na era dos substitutivos penais, acabou sendo francamente relegitimada, o que permite cogitar

---

As primeiras dimensões de um dispositivo são as curvas de visibilidade e as curvas de enunciação. Um dispositivo implica, ainda, linhas de força, consistindo o poder na terceira dimensão do dispositivo. Em síntese muito apertada, tais são os registros que Deleuze localiza na obra de Foucault sobre o dispositivo. (DELEUZE, Gilles. ¿Qué esun Dispositivo? In: BALBIER, E.; DELEUZE, G.; DREYFUS, H. L. et al. *Michel Foucault filósofo*. Barcelona: Gedisa, 2009. p. 155-163).

o acerto da tese, segundo a qual toda reforma que se dá às margens do sistema termina, no limite, reforçando o núcleo do próprio sistema.

O resultado de anos de aplicação de substitutivos penais, utilizando-se, ainda, como paradigma de análise o caso brasileiro, indica claramente que a promessa veiculada pelo movimento dos substitutivos penais não apenas não foi realizada – não tendo sido verificado, nas última décadas, qualquer diminuição no que diz respeito ao recurso à pena privativa de liberdade –, como a utilização destes recursos "alternativos" fez aumentar, exponencialmente, o número de brasileiros sujeitados ao controle penal.[7]

Em um contexto de forte crítica às políticas hegemônicas de segregação, seria de se esperar o surgimento de novas propostas (alternativas) de controle. No campo da loucura e da psiquiatria forense, o movimento em prol da busca por alternativas às políticas de segregação de portadores de transtornos mentais pode ser traduzido em dois momentos: o primeiro é caracterizado pela crítica à natureza virulenta dos manicômios e das clínicas de internação; o segundo, por sua vez, diz respeito à adoção e à ampliação dos centros de atendimento ambulatorial (uma dimensão da política de desinstitucionalização que somente se consolidou no Brasil com a publicação da Lei Federal 10.216/01).

Assim sendo, o discurso da antipsiquiatria dos anos 1960 e 1970, fortemente conectado aos movimentos contraculturais e de defesa de grupos sociais minoritários e vulneráveis, em franca ebulição na época, pressionava pela ampliação das zonas de liberdade, postulando, fundamentalmente, a restrição radical das hipóteses de internações psiquiátricas compulsórias.[8]

Importante observar, contudo, que uma análise realmente complexa da questão da doença mental – assim como da criminalidade – não pode se limitar ao estudo das relações de poder (e, eventualmente, de dominação) estabelecidas entre o Estado, seus agentes e a população governada. Um recorte criminológico complexo acerca da questão de saúde mental também levar em consideração o fato de que os atores privados também tomam parte e têm voz ativa no desenvolvimento de discursos que visam à exploração econômica, vale dizer, a rentabilização, de ambos os campos: o criminal e o da doença mental.

7. Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen, de 2017, o Brasil conta atualmente com população carcerária de 726.712 detentos. Em 2002, esse indicador dava conta de 239.345 detentos.

8. Caso paradigmático, embora não isolado, no Brasil, de internação massiva de indivíduos à despeito de qualquer diagnóstico, é o do Hospital Colônia de Barbacena. A propósito, consultar: ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

Se, no tocante à questão criminal, é possível testemunhar, atualmente, uma crescente articulação entre a ampliação da percepção de insegurança e, *pari passu*, o aumento do medo com relação à criminalidade, um fenômeno que, por sua vez, vem permitindo o desenvolvimento uma economia de mercado regulada por tecnologias transversais de comunicação – que se estendem do domínio público até o privado –, cumpre observar que o mesmo sucede, guardadas as devidas proporções, no caso do "enfrentamento"[9] da loucura, isto é, do "tratamento" doença mental. Se, por um lado, os meios de comunicação, as empresas de segurança privada, de carceragem e de comercialização de dispositivos eletrônicos de vigilância estão confortavelmente inseridos no contexto daquilo que, na esteira da teoria deleuziana, chamamos de sociedade do controle; por outro, a indústria farmacêutica, no campo da doença mental, acabará por exercer um papel correspectivo.

Nesse sentido, é possível apontar, desde logo, aquelas que serão as duas principais questões a serem perscrutadas nos próximos tópicos: a primeira concerne à problematização da atração e da atuação do setor farmacêutico no campo do tratamento jurídico-penal da doença mental; a segunda questão, contudo, não menos importante que a primeira, busca elucidar a maneira pela qual o saber antipsiquiátrico percebe as relações de poder derivadas dessa comensal, porém simbiótica relação estabelecida entre a doença mental, as indústrias farmacêuticas e as técnicas (formais e informais) de controle social.

2. A posição da Antipsiquiatria no Discurso Criminológico

No campo dos discursos criminológicos, encontra-se, com frequência, um tipo de narrativa genealógica que costuma situar a criminologia crítica como um estágio do desenvolvimento do saber criminológico *lato sensu*.

Com efeito, várias das obras que se dedicaram à realização de um amplo espectrograma do pensamento criminológico debruçaram-se sobre o surgimento e o desenvolvimento de uma miríade de perspectivas teóricas que vão se sucedendo no tempo e no espaço. Não é por outra razão que parte considerável

9. A utilização das aspas em certos termos neste artigo tem por objeto performar uma estratégia retórica bastante específica: "As aspas mostram que eles [os termos destacados] estão sob crítica, disponíveis para iniciar a disputa, questionar sua disposição tradicional, e pedir por algum outro termo (...). O efeito das aspas é desnaturalizar os termos, designar esses significantes como lugares de debate político". (BUTLER, Judith. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do pós-modernismo. *Cadernos Pagu*, n. 11. 1998. p. 28).

dos manuais de criminologia costuma dissecar as teorias criminológicas de maneira linear (do classicismo e do positivismo à criminologia crítica), apresentando-as, destarte, como momentos de um mesmo *continuum* teórico atrelado a uma abordagem evolucionista.[10]

Evidentemente, os problemas que esse tipo de interpretação suscita são muitos. Dois, no entanto, merecem destaque.

O primeiro deles diz respeito apenas à incorporação das limitações heurísticas decorrentes da assunção (acrítica) do método historiográfico positivista.[11] O segundo problema, contudo, concerne à tentativa de se privar os discursos criminológicos do regime da complexidade, desprezando-se, desse modo, os méritos inerentes à tentativa de se tentar fazer conviver múltiplas e distintas análises, abordagens teóricas e práticas epistêmicas, o que acaba dificultando o estabelecimento de regimes de sobreposição das mais variadas matrizes de pensamento, sejam elas consideradas críticas ou ortodoxas. Essa consideração permite considerar o saber antipsiquiátrico – que representa o ponto de arranque das análises reservadas para este ensaio – com um movimento que possibilitou, ao fim, o surgimento das teorias da reação social. Qual é a importância dessa consideração? É o que se tentará elucidar a seguir.

De fato, na década de 1960, as tradicionais teorias criminológicas sofrerão um profundo abalo a partir de construções que, desde a filosofia da linguagem, deixarão de enxergar o mundo como uma realidade predeterminada ontologicamente. Será a partir da década de 1960, incialmente com George Mead,[12] e, posteriormente, com Herbert Blumer,[13] que a sociologia será invadida pela perspectiva fenomenológica.

Obras como as de Howard Becker[14] e Erwing Goffman[15] constituem ótimos exemplos de empreendimentos teóricos que lograram se desvencilhar de

10. Cf BARATTA, Alessandro. *Criminologia crítica e crítica do direito penal*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2002.
11. Segundo o qual a sucessão de teorias haveria de ser compreendida como fato denotativo do aprimoramento contínuo do pensamento teórico, no caso, o criminológico.
12. Cf MEAD, George H. *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press, 1934.
13. Cf BLUMER, Herbert. *Symbolic interactionism*: perspective and method. Berkeley: University of California Press, 1986.
14. Cf BECKER, Howard. *Outsiders*: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
15. Cf GOFFMAN, Erwing. *A representação do eu na vida cotidiana*. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

uma perspectiva macroestrutural do delito, cuja origem pode ser encontrada no conceito durkheimiano de anomia. Uma sociedade interpretada a partir de jogos de interação e linguagem entabulados pelos seus membros e uma ciência social ciosa da necessidade de abdicar das pretensões funcionalistas relativas à construção de explicações sistemáticas e estruturais para o fenômeno da coesão social (*vide*, no ponto, as teorias do consenso, cujo apogeu se poderia detectar na obra de Talcott Parsons)[16] constituirão, com efeito, as condições de possibilidade para o estabelecimento da denominada teoria do etiquetamento.

Nesse mesmo universo em que novas concepções da socialidade ganham força, deve-se, também, atribuir destaque para o trabalho desenvolvido por Garfinkel no campo das análises etnometodológicas.[17] Além disso, o trabalho de Dahreondorf[18] figura como um ingrediente extra nessa nova onda de trabalhos que procuram desenvolver novas interpretações acerca dos fenômenos sociais, cuja frágil unidade se pode identificar na crítica às "teorias consensuais da sociedade". O saber antipsiquiátrico seria, com efeito, um dos reflexos dessa efervescência intelectual verificada no campo das ciências sociais.

De acordo com uma linha compreensiva endossada por grande parte do pensamento criminológico crítico, a antipsiquiatria teria contribuído para o desenvolvimento da teoria do etiquetamento (*labelling approach*). A propósito disso, algumas ideias forjaram aquilo que poderia ser concebido como sendo o "núcleo duro" da teoria antipsiquiátrica. A seguir, discorreremos, brevemente, acerca de cada uma dessas ideias-chave, a fim de sustentar que, mesmo diante de um quadro interpretativo que compreende a antipsiquiatria como um epifenômeno teórico que deriva do desenvolvimento das chamadas "teorias do conflito", a compreensão que vigora no interior do pensamento criminológico crítico ainda relega a reflexão antipsiquiátrica à condição de uma teoria coadjuvante no processo de construção da própria crítica criminológica. Cumpre registrar, no entanto, que essa forma de conceber o saber antipsiquiátrico e de compreender como meramente acessórias as categorias teóricas que lhe dão sustentação faz com que os discursos criminológicos percam a oportunidade de explorar, de maneira mais aprofundada, algumas questões centrais relativamente à problemática nuclear de uma sociologia do castigo.

16. Cf PARSONS, Talcott. *The structure of social action*. Glencoe: The Free Press, 1949.
17. Cf GARFINKEL, Harold. *Studies in etnomethodology*. Malden: Polity Press, 1984.
18. Cf DAHRENDORF, Ralf. *Class and class conflict in industrial society*. Stanford: Stanford University Press, 1959.

A sujeição da antipsiquiatria à condição de teoria meramente ancilar em relação ao paradigma da reação social acabou por afastar, mediante o delineamento de uma dicotomia claramente artificial, as relações (outrora concebidas como) estreitas entre as searas da criminalidade, da doença mental e do controle social. Em outras palavras, a questão da doença mental *tout court* acabou sendo afastada das abordagens criminológicas de largo espectro, sendo, inclusive, invisibilizada no âmbito das narrativas historiográficas concebidas em torno do fenômeno da criminalidade, como se ambos os fenômenos (Crime e Loucura) representassem realidades completa e radicalmente distintas.

Nesse cenário, quando muito, o "problema" da doença mental é tratado a partir de certa crítica tecida ao positivismo (criminológico). Ocorre, contudo, que, com a superação das posições teóricas preconizadas pela criminologia etiológica, a temática da doença mental passou a ocupar uma posição marginal no campo das investigações criminológicas, sendo a questão do encarceramento considerada, destarte, um problema tipicamente conectado ao fenômeno da criminalidade, porém não propriamente relacionado às políticas de internações compulsórias e outras formas de institucionalização de pessoas portadoras de transtornos mentais.

Talvez a análise de três importantes obras criminológicas ajude a compreender a razão pela qual o estudo das interseções entre crime e loucura, a despeito do viés crítico dos estudos inspirados pelo movimento da antipsiquiatria,[19] costumam passar ao largo das preocupações cotidianas do saber criminológico, sobretudo do saber criminológico crítico, cujos trabalhos elegem como objeto preferencial o estudo da dinâmica parasitária das relações estabelecidas entre os universos da força de trabalho e da prisão nas sociedades capitalistas. O foco atribuído pelo saber criminológico, sobretudo pelo de corte crítico, ao estudo dessas relações impactou profundamente o campo da sociologia do desvio que, ao menos na sua fase inaugural, tinha por fundamento a teoria do etiquetamento. Nesse contexto, as determinações relacionadas ao fenômeno da criminalidade nas sociedades capitalistas passaram a exercer o papel antes protagonizado pela conduta desviante no âmbito dos estudos criminológicos, o que, por via de consequência, acabou por enfraquecer a relação entre o saber criminológico e a série de estudos e questionamentos organizados sob o manto da antipsiquiatria.

Esse distanciamento faz sentido na constatação de que o discurso criminológico crítico em geral parece não aproveitar boa parte das contribuições

19. Que costumam conceber as intervenções psiquiátricas como uma espécie de violência praticada em detrimento de indivíduos rotulados como "anormais".

decorrentes do desenvolvimento do saber antipsiquiátrico. Prova disso reside no fato de que o controle social exercido pela psiquiatria constitui uma preocupação que, a rigor, é restrita ao campo dos especialistas e intelectuais que se dedicam, especificamente, ao estudo das implicações criminais decorrentes das doenças mentais.[20]

Como foi argumentado, esse profundo *gap* existente entre os discursos criminológico e antipsiquiátrico pode ser sondado a partir da análise de três importantes e conhecidas obras criminológicas que, em comum, derivam de uma reflexão acerca das razões que deram azo à guinada punitiva contemporânea. Tal análise, que poderia muito bem ser guindada à condição de um estudo de caso, pretende demonstrar que o estudo da violência psiquiátrica simplesmente escapa às reflexões de estilo engendradas pelo saber criminológico contemporâneo.[21]

Tomemos, pois, o texto *Punir os pobres*, de Loic Wacquant,[22] como primeiro exemplo do "exílio" imposto pela discursividade criminológica às reflexões oriundas do campo da antipsiquiatria. Nesse livro, Wacquant parte da constatação de que o tipo de organização estatal preconizado pelo neoliberalismo tem como principais consequências o arrefecimento do modelo do Estado Bem-Estar Social e a criação das condições de possibilidade para o surgimento de um "Estado Penal", que, por sua vez, acaba por alçar a política de encarceramento à condição de política "social", um giro axial que resulta do questionamento radical dos princípios e fundamentos ideológicos sobre os quais se assentavam os planos de seguridade social gestados nos Estados Unidos a partir da segunda metade do século XX. De acordo com o autor, a partir do momento

20. A maior parte dos intelectuais que atuam no universo do saber antipsiquiátrico são radicados nas ciências médicas e "psi". Tal constatação indica, a um só tempo, a relativa impermeabilidade do discurso médico às indagações provenientes das ciências sociais e a feição obtusa de parte considerável da discursividade criminológica contemporânea que, ao se voltar para o estudo das violências (re)produzidas pelo sistema de justiça criminal sobre uma massa carcerária imputável, parece não considerar como algo válido, vale dizer, como algo digno de reflexão, o estudo do controle social exercido pela psiquiatria sobre os "loucos" ditos inimputáveis.

21. Evidentemente, tem-se um quadro meramente exemplificativo. Tais obras compõem, no campo criminológico brasileiro, importantes instrumentais utilizados na detecção de um modelo de punitivismo brasileiro. As três obras, muito embora sejam semelhantes entre si, partem de métodos distintos de trabalho, o que permite destacar o afastamento da antipsiquiatria do quadro discursivo da criminologia crítica em geral.

22. WACQUANT, Loic. *Punir os pobres*: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. 3 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2013.

em que o encarceramento em massa passa a ser considerado o mote da política criminal estadunidense, resta evidenciado o novo tipo de tratamento preconizado pelas autoridades públicas em relação às camadas mais vulneráveis da população norte-americana: no lugar da promoção de políticas públicas baseadas em prestações positivas, mediante o oferecimento de seguros sociais, por exemplo, a promoção de políticas públicas dotadas de feições negativas, isto é, exclusivistas, centradas em práticas segregatórias, racistas e higienistas.

A tendência a qual adere Wacquant ao enfatizar o novo papel desempenhado pela prisão e o estudo das dinâmicas de criminalização que se situam na base daquilo denominado como um "Estado Penal" corresponde à tradição de parte do pensamento criminológico crítico, sobretudo aquele de inspiração marxista, que percebe o fenômeno da criminalidade como algo umbilicalmente relacionado ao controle social exercido por uma elite dominante sobre o mercado e as relações de trabalho.[23] Interessante observar, contudo, que o controle psiquiátrico e as relações de poder lhe dão sustentação em momento algum são retratados pelo autor, como uma dimensão relevante do controle social compreendido a partir de um espectro mais amplo.

Outra obra relevante e bastante conhecida no Brasil é o trabalho de David Garland, *A cultura do controle*.[24] Nesse estudo, o autor examina as transformações das políticas públicas endereçadas à gestão do crime na contemporaneidade, identificando o que denomina como uma "nova cultura do controle do crime",[25] que emerge com o desaparecimento dos ideais de reabilitação (provocado essencialmente pelo colapso do Estado de Bem-Estar Social), e que se arvora em três pilares: (a) "um previdenciarismo penal recodificado"; (b) "uma criminologia do controle"; (c) "um estilo econômico de pensamento".[26] As reflexões encetadas nessa importante obra criminológica também terminam atribuindo à prisão o *status* de sustentáculo de todo o sistema de justiça criminal, passando, destarte, ao largo da crítica aos discursos e mecanismos institucionais de controle concebidos e exercidos pelo poder psiquiátrico e suas instâncias de agenciamento.

23. Alessandro De Giorgi, outro proeminente criminólogo contemporâneo, alcançará conclusões similares àquelas veiculadas por Wacquant. A propósito, consultar: DE GIORGI, Alessandro. *A miséria governada através do sistema penal*. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

24. GARLAND, David. *A cultura do controle*: crime e ordem social na sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Revan, 2008.

25. Ibidem, p. 365-401.

26. Ibidem, p. 376.

O terceiro estudo que serve como exemplo do alijamento do discurso antipsiquiátrico das narrativas criminológicas contemporâneas é o trabalho de Jonathan Simon, *Governing Through Crime*.[27] O autor, assim como Garland, procura elaborar uma "história do presente", nisso buscando clara inspiração no trabalho de Michel Foucault. Todavia, diferentemente de Garland, Simon procura identificar os eixos que caracterizariam aquilo que chamará de governamentalidade criminal na contemporaneidade, a partir da análise dos argumentos centrais da famosa e mundialmente repercutida ideologia da guerra ao crime (*war on crime*), que, segundo o autor, teria se iniciado com a promulgação da *Omnibus Crime Control and Safe Streets Act* de 1968, ainda no governo Lyndon Johnson. A tese defendida pelo autor, em rapidíssima síntese, buscar representar o crime como um elemento central do cotidiano que transforma as relações sociais de maneira profunda, impactando campos ou setores da sociabilidade relativamente distantes e, em alguns casos, aparentemente estranhos ao fenômeno da criminalidade. Questões tais como a reconfiguração das visões tradicionais da família, da educação, do trabalho, são relacionadas pelo autor como consequências em parte decorrentes da centralidade adquirida pelos discursos vinculados à questão criminal. O estudo da obra elaborada por Simon atesta que o saber antipsiquiátrico continua a carecer de espaço no âmbito das discussões criminológicas contemporâneas, sendo invocado, quando muito, através de uma espécie de apropriação instrumental que visa, no limite, a potencializar as já conhecidas críticas à prisão. *Governing Through Crime* representa, com efeito, mais um exemplo de estudo criminológico cujas considerações críticas relativamente aos usos e consequências do poder punitivo passam ao largo da crítica antipsiquiátrica ao funcionamento das agências de controle (públicas e privadas), às operações de "normalização" por elas chanceladas e, finalmente, às subjetividades estigmatizadas que derivam do processo de sujeição dos "loucos" ao "tratamento" penal.

Tendo sido identificada essa lacuna no plano da discursividade criminológica contemporânea, cumpre tentar superá-la mediante a análise de alguns conceitos ancilares do saber antipsiquiátrico. A realização desse passo, convém esclarecer, permitirá, mais adiante, valorar a potencialidade heurística destes mesmos conceitos para a análise dos processos de normalização do "louco criminoso" controlados pelo discurso psiquiátrico, processos cujos meandros não são, nem de longe, tão evidentes quanto aqueles verificados no caso

27. SIMON, Jonathan. *Governing through crime*: how the war on crime transformed American democracy and created a culture of fear. New York: Oxford University Press, 2007.

dos criminosos "normais", que, como se viu anteriormente, continuam sendo o principal objeto de interesse do saber criminológico contemporâneo.

2.1. Um capítulo inacabado: um breve excurso em torno do movimento antipsiquiátrico

O que há de ser inicialmente registrado é que o saber penal sempre operou no limite entre os campos do crime e a loucura, muito embora jamais tenha abdicado da pretensão de exercer um papel central em ambos. Nesse sentido, é digno de nota o fato de que o saber penal preconiza, desde muito, a existência de uma diferença entre os conceitos de pena e medida de segurança.[28] Tal dicotomia, para além da clássica distinção realizada em torno dos fundamentos dessas duas espécies de sanção penal (culpa *versus* periculosidade), encontra amparo, igualmente, no cotejo das funções atribuídas tanto à pena quanto à medida de segurança pelo ordenamento jurídico-penal brasileiro: enquanto que à pena – notadamente à pena privativa de liberdade – tocaria, principalmente, a prevenção da criminalidade, à medida de segurança caberia, preponderantemente, o tratamento do "louco criminoso".[29]

Importante esclarecer, contudo, que tal distinção se sustenta apenas do ponto de vista jurídico-formal. Com efeito, a realidade concreta dos manicômios judiciários brasileiros revela que as medidas de segurança, sobretudo aquelas cumpridas em regime de internação hospitalar, constituem verdadeiras punições que apenas agudizam o sofrimento psíquico daqueles que portam transtornos mentais, circunstância cuja constatação apenas corrobora a validade da abordagem foucaultiana, que preconiza a existência de uma relação de interpenetração (e, em certa medida, de interdependência) entre os discursos psiquiátricos e jurídico.[30]

Com efeito, tal como sucede no caso da sujeição de um indivíduo à pena de prisão, a aplicação da medida de internação também costuma dar ensejo

28. Uma diferença que, conforme vem sendo sustentado, por décadas, pelos estudos criminológicos de orientação crítica, foi construída a partir da naturalização das funções declaradas da pena. Por todos, conferir: BARATTA, Alessandro. *Criminologia crítica e crítica do direito penal*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

29. Uma das hipóteses centrais apresentadas neste escrito reside no entendimento de que tal dicotomia contribuiu para a ocultação e a invisibilização, durante largo período, dos problemas enfrentados por internados no âmbito dos manicômios judiciários, instituições totais por excelência.

30. Cf FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2010.

à ocorrência de um processo de estigmatização que, como já sustentado por Goffman,[31] pode culminar na deterioração da identidade do sujeito institucionalizado. Nesse sentido, é importante notar que, assim como existiram penas consideradas "cruéis", "anômalas" etc., também se tem notícia de processos de internação que lançavam mão de expedientes tão ou mais cruéis do que aqueles denunciados pelo iluminismo jurídico-penal: aplicação de eletrochoques, estabelecimento de isolamento físico, ministração de potentes psicofármacos, realização de lobotomias etc. Todas essas medidas, na prática, constituíam (algumas ainda constituem) sanções travestidas de medidas terapêuticas cujo foco primordial consiste na transformação do internado em um "corpo dócil", mais adaptado à garantia da ordem interna ditada pela própria instituição. Da mesma maneira que a pena, a "cura" prescrita pelo discurso psiquiátrico convencional carregava inúmeros componentes moralizantes, pelo que se poderia descrevê-la como uma espécie de "rito mágico" ou, ainda, um enunciado performativo. Confrontando, pois, com esse estado de coisas, o saber antipsiquiátrico emergirá imbuído do propósito de denunciar a tonalidade moralizante e, ao mesmo tempo, repressiva do discurso psiquiátrico hegemônico.

O primeiro grande pressuposto teórico que ajudou a pavimentar o caminho aberto pelas importantes críticas delineadas pelo saber antipsiquiátrico foi a desmistificação da "doença mental", cuja caracterização deixou de ser considerada apenas como uma avaliação técnica baseada em critérios objetivos, formais e pretensamente imparciais. As técnicas de aferição e as definições que orbitavam em torno dos estados definidos pelo discurso psiquiátrico convencional como denotativos de doença mental, passaram, elas próprias, a serem entendidas como construções teóricas atravessadas por conflitos sociais, institucionais e decisões políticas. Neste sentido, o saber antipsiquiátrico veio afirmar que a psiquiatria não deveria se limitar à busca pela cura e/ou tratamento das doenças mentais, sendo, também, sua incumbência – quiçá sua principal função – a problematização dos arquétipos de normalidade instituídos por certas formas de organizações sociais que, como referido anteriormente, repercutiam discursos altamente repressores e moralizantes, produtores, eles próprios, de ambientes patológicos.

A doença mental, portanto, de acordo com o saber antipsiquiátrico, haveria de ser considerada uma noção essencialmente política, ou seja, uma noção que condensava e expressava as preferências axiológicas de um determinado grupo social hegemônico, que enxergava outros comportamentos, contrários a essa

31. GOFFMAN, Erwing. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

cosmovisão, como anormais.[32] Da mesma forma como sucedeu com a teoria do etiquetamento, ao demonstrar que o crime corresponde a um conjunto de procedimentos de atribuição de uma etiqueta negativa, a antipsiquiatria enxergará a doença mental enquanto tal como uma espécie de rótulo atribuído a alguém por intermédio de um procedimento formal de classificação. A doença mental seria, assim, não tanto uma característica psicossomática que habita o sujeito, mas antes uma definição oficial que recai tão somente sobre um conjunto de sujeitos cujos comportamentos colocam em xeque a percepção hegemônica acerca da normalidade no campo da sociabilidade. É com base nesse entendimento que o saber psiquiátrico – e suas propostas terapêuticas – será considerado, pela antipsiquiatria, como um discurso antipolítico, vale dizer, um discurso baseado no esvaziamento da dimensão política dos conflitos sociais, cujas manifestações, por sua vez, são representadas como se fossem meras extensões de problemas/transtornos individuais.

O movimento antipsiquiátrico terá em David Cooper uma importante figura. Para Cooper, a loucura e a psicose nada mais eram que manifestações derivadas de uma ruptura entre a verdadeira identidade de uma pessoa (fundada no conjunto de representações que a pessoa projeta sobre si mesma) e sua identidade social (cujos traços constitutivos derivam da interação do indivíduo com outras pessoas). Cooper foi conhecido, também, por equiparar a loucura a um estado revolucionário permanente a partir do qual a pessoa opta por desconstruir constantemente a sua própria (auto)imagem a pretexto de alcançar um mundo melhor. Para o autor, destarte, a loucura deveria ser concebida não como uma desordem ou desregulação biopsicofísica, mas sim como uma espécie de rebelião inconsciente, diante das contradições de um mundo.[33] É importante salientar que, durante a década de 1960, período que marca a primeira fase do desenvolvimento do saber antipsiquiátrico, a esquizofrenia

32. Muitas das críticas referendadas pela antipsiquiatria podem ser encontradas no paradigmático trabalho de Georges Ganguilhem, *O normal e o patológico*. Ilustra tal entendimento o comentário realizado pelo autor acerca da suposta objetividade das condições ditas patológicas: "(...) a qualidade de patológica, porém, é uma noção de origem técnica e, por isso, de ordem subjetiva. Não há patologia objetiva. Podem-se descrever objetivamente estruturas ou comportamentos, mas não se podem chamá-los de "patológicos" com base em nenhum critério puramente objetivo". Cf. CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Trad. Maria Theresa Barrocas. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p. 164.

33. Cf COOPER, David. *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Locus Hypocampus, 1976.

era compreendida como a mais paradigmática dentre as doenças mentais. Para Cooper, no entanto, esse conhecido estado de perturbação mental poderia ser melhor entendido caso deixasse de ser definido como uma doença, e passasse a ser interpretado como uma reação à insuportabilidade do *stress* da vida social. No entendimento do autor, esse *stress* é construído a partir de uma série de problemas que têm início no seio da família, mas que alcançam todas as relações sociais. Tal é a tese defendida em *The Death of The Family*,[34] obra na qual o autor representa a família como um sistema de relações, baseado na imposição de injunções morais que constrangem o indivíduo a assumir uma série de falsos ideais que terminam moldando a sua própria visão da sociedade. Ocorre que este sistema que promove falsos ideais performa uma profunda violência no "eu" e quem quer que se desvie daquelas injunções morais familiares – que nada mais são que padrões comportamentais oriundos de expectativas sociais (normatizadas) – acaba candidatando-se a receber a etiqueta de "esquizofrênico".[35] Partindo-se, pois, desse entendimento, a psiquiatria poderia ser considerada uma disciplina violenta, constituindo a estrutura hierárquica do hospital psiquiátrico um privilegiado exemplo de estrutura de poder. Ainda, a condição esquizofrênica poderia ser representada, no entendimento de Cooper, como uma espécie de crise motivada pela inculcação de uma série de preconceitos aprendidos durante o estágio familiar, que costuma eclodir no momento em que a pessoa passa, de forma mais sistemática, a interagir socialmente.

Outro autor que merece destaque nessa análise que envolve a identificação dos primeiros estudos dedicados à crítica do saber psiquiátrico convencional é Ronald Laing, autor da obra *The divided self*.[36] Fortemente influenciado pela filosofia existencialista, Laing lançou mão dessa matriz de pensamento, com o intuito de tentar compreender e explicar o fenômeno do enlouquecimento. Contemporâneo de Cooper, Laing também desenvolveu sua teoria durante a década de 1960, período no qual, como referido anteriormente, a esquizofrenia era considerada a mais paradigmática das doenças mentais. No

34. Cf COOPER, David. *The death of the family*. London: Penguin, 1971.

35. Impossível não notar a existência de uma certa proximidade entre as postulações de Cooper e aquelas que constituem a teoria do *labelling approach*, tal como apresentada na obra *Social Pathology*, de Edwin Lemert, onde se verifica que o processo de atribuição do rótulo de "desviante" tem como ponto de partida, justamente, a interação social. Cf LEMERT, Edwin. *Social pathology*: a systematic approach to the theory os sociopatic behaviour. New York: McGraw-Hill, 1951.

36. Cf LAING, Ronald D. *The divided self*: an existential study in sanity and madness. London: Penguin, 1960.

entendimento de Laing, os traços esquizoides e, consequentemente, o desenvolvimento da esquizofrenia, derivariam de uma categoria cara a certo setor da sociologia: a insegurança ontológica, compreendida, pois, como a condição de grande ansiedade experimentada pelo homem ao perceber-se como um "ser no mundo". Seguindo o raciocínio proposto por Laing, durante o processo de autoajustamento com o mundo exterior, ontologicamente inseguro, as pessoas criariam falsos "eus", a fim de proteger o seu verdadeiro "eu" de toda a sorte de frustrações e perigos. Entretanto, à medida que esses "falsos eus" eram assimilados e compreendidos pelo mundo exterior, o "verdadeiro eu" sofria, gradualmente, um processo de aniquilação. Este processo de distanciamento do indivíduo do seu "verdadeiro eu" – categoria também utilizada por Cooper – implicaria uma espécie de tentativa de (auto)proteção, devido à "ausência de reconhecimento" dessa identidade original por parte do mundo exterior. De acordo com Laing, esse ciclo repete-se até o momento em que os traços constitutivos do "verdadeiro eu" desaparecem por completo.[37] Esse processo cíclico que retrata a fragmentação do "verdadeiro eu" e a sua substituição por outros "falsos eus" daria, segundo Laing, ensejo à emergência do "eu-dividido".

Outro texto importante escrito por Laing se chama *The self and the others*[38] (1961). Resultado de seu trabalho no Instituto Tavistock de Relações Humanas, a obra em questão analisa os processos intersubjetivos que ocorrem em contextos sociais indesejáveis. Laing continua seu trabalho e, em 1967, escreve *The politics of experience and the birth of paradise*,[39] onde passa a adotar o entendimento de que a "sociedade moderna prega a camisa-de-força da conformidade em cada criança que nasce". No entendimento de Laing, o caráter precoce dessas injunções comportamentais eliminaria, desde cedo, a potência vital e criativa do "eu", podendo a esquizofrenia ser interpretada, nesse cenário, como um protesto, igualmente criativo, contra esse tipo de alienação. Nessa última obra, Laing acusa Freud de alinhar a psicanálise às ciências ditas naturais, a fim de assegurar a sua respeitabilidade e autonomia como ciência. Na antípoda desse entendimento, Laing proporá a criação de uma "ciência de

37. Curioso notar que esse processo cíclico de vulnerabilização do eu em muito se assemelha àquele outro processo amplamente retratado pelos teóricos do *labelling approach*: a profecia autorrealizável, processo através do qual o sujeito adota como seu o comportamento do "falso eu" visando, com isso, a proteger o seu "verdadeiro eu" contra de uma possível dissolução identitária.

38. Cf LAING, Ronald D. *The self and the others*. London: Tavistock, 1961.

39. Cf LAING, Ronald D. *The politics of experience and the bird of paradise*. London: Penguin, 1967.

pessoas" baseada em uma "fenomenologia intersubjetiva" que, para além de pressupor a existência do inconsciente (freudiano), buscará fundamento nos trabalhos de Hegel, Heidegger, Husserl e outros filósofos.

Na esteira da análise dos principais pensadores relacionados às críticas engendradas pelo movimento da antipsiquiatria, impossível deixar de mencionar as contribuições de Thomas Szasz, psiquiatra norte-americano cuja principal obra é *O mito da doença mental*.[40] Neste livro, Szasz explica que a doença mental não pode existir num plano real e nem tampouco possuem os médicos psiquiatras legitimidade para definir os rumos da vida das pessoas diagnosticadas como portadoras de algum transtorno dessa ordem. Szasz inicia sua obra afirmando que a doença mental corresponde a uma lesão física cuja consequência mais imediata é a produção de alterações nas funções cerebrais do sujeito. Todavia, quando esse termo é aplicado com o intuito de descrever uma forma de sofrimento moral, a expressão termina sendo utilizada de maneira incorreta. Nesse sentido, afirma o autor que somente seria lícito o emprego dessa expressão, nesse contexto, com a ressalva de que o seu uso apela para um sentido metafórico.

Szasz assevera que, desde o nascimento da psiquiatria contemporânea, os critérios para a detecção e classificação das doenças mentais foram sendo de tal modo alargados que, para além das referidas alterações nas funções cerebrais, também passaram a ser adotados indicadores relacionados a condutas consideradas socialmente desajustadas. Este processo de ampliação do catálogo das doenças mentais foi intensificado durante os séculos XIX e XX, tendo sido registrado, nesse período, um incremento não apenas do número de doenças "detectadas", mas também do número de zonas de controle social. A diagnose das doenças mentais passou a levar em consideração elementos e juízos tipicamente morais. Por exemplo, o mau comportamento escolar passa a ser diagnosticado como sintoma de um desajuste, que, por sua vez, necessita ser corrigido, tratado medicamentosamente. O resultado da intensificação desse "processo terapêutico" é a expansão das zonas de atuação do saber psiquiátrico, cujo discurso acaba transcendendo o seu campo tradicional – a medicina – e avançando sobre domínios antes considerados estranhos. A ampliação do controle social verificada a partir das décadas de 1960 e 1970, pode, destarte, ser entendida como um fenômeno também derivado da implementação de uma política de medicamentalização do comportamento humano (e, especialmente, dos desvios sociais). O uso desses amplos poderes classificatórios

40. Cf SZASZ, Thomas. *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

conferidos aos psiquiatras – que, para além de atuar sobre os sinais de mau funcionamento do corpo, também foram incumbidos da correção moral dos seus "pacientes" – daria ensejo a uma miríade de violações dos direitos humanos das pessoas submetidas ao tratamento proposto pela psiquiatria convencional. É nesse contexto, portanto, que o próprio conceito de diagnóstico será ressignificado, por Szasz, e reinterpretado como procedimento de aplicação de uma etiqueta, de um estigma a um sujeito desviante, um procedimento cuja função primária será a de constituir a própria identidade do doente mental, o que acabaria por autorizar a retirada de sua liberdade. Szasz chegará a afirmar que: se a teocracia é um sistema de governo baseado no poder religioso e se a democracia consiste no governo do povo pelo povo, a "farmacocracia" designaria, claramente, um governo fundado na autoridade da medicina e dos médicos.

Para Szasz, a doença mental é, no limite, uma metáfora que descreverá ofensas, distúrbios, atitudes vexatórias etc. Daí a importância da distinção entre doença mental e comportamento desviante, pois: na medida em que a expressão "doença" aspira designar algo que a pessoa tem, seus comportamentos refletem ações e opções que, consideradas isoladamente, não autorizam afirmar aquilo que a pessoa é. Dessa forma, por exemplo, uma mulher que não atende aos desejos de seu marido poderia ser "diagnosticada", do ponto de vista psiquiátrico, como "histérica". A classificação "doente mental" consistiria, desse modo, em um rótulo que extrai do sujeito todo e qualquer vestígio de responsabilidade, o que, por via de consequência, lhe qualifica para ser visto e tratado como um sujeito incapaz e dependente cuja redenção jaz nas prescrições do discurso psiquiátrico.

Não obstante, é interessante observar que a classificação das doenças mentais, bem como dos sintomas que lhes são associados, é tratada como uma atividade efetivamente científica. Todavia, escreve Szasz, tais classificações se confundem com julgamentos morais, cujo escopo é assegurar o poder dos psiquiatras. Dessa forma, a esquizofrenia não se constitui como uma "doença" dotada de uma realidade objetiva, sendo, antes, um julgamento baseado em juízos híbridos, parte social, parte psiquiátrico, de reprovação. A esquizofrenia, para Szasz, será considerada o "símbolo sagrado da psiquiatria", vez que serão justamente os portadores desse rótulo aqueles que conferirão a legitimidade necessária para que a psiquiatria continue expandindo os seus poderes. Mas o autor vai além: afirma, com efeito, que a psiquiatria não passa de uma "pseudociência", que imita a medicina por intermédio do uso de palavras belas e complexas, inventadas em tempo não superior a cem anos. Os psiquiatras seriam, de acordo com essa linha compreensiva, sucessores diretos de

feiticeiros e sacerdotes, personagens cujo propósito era alcançar a "cura espiritual", mediante a ação sobre os "problemas da vida" dos sujeitos. Em seu livro *Ceremonial chemistry*,[41] Szasz sustenta que a mesma vontade de perseguir e controlar que no passado mais claramente atingiu bruxas, judeus, ciganos e homossexuais, se faz sentir, atualmente, em relação aos "viciados em drogas" e aos "loucos de todo o gênero", sujeitos que servem como bodes expiatórios dos rituais cultivados pela psiquiatria contemporânea. O exemplo explorado pelo autor, no ponto, é o da obesidade: em vez de se promover campanhas desencorajando o consumo de *junk foods* (comidas rápidas, com baixo percentual nutritivo), as autoridades lutam contra a hipernutrição. Assim, os próprios discursos concebidos em torno do universo das dietas alimentares passaram a impor uma nova ordem moral sobre o corpo, sendo a busca pelo peso "ideal", em alguns casos, um verdadeiro gatilho para o enquadramento do sujeito em descrições tais como a da anorexia nervosa.

Outro importante livro de Szasz é *A fabricação da loucura*.[42] Nesta obra, o autor procura traçar um paralelo entre as práticas adotadas pela psiquiatria e aquelas relacionadas às atividades de persecução durante a época dos Tribunais do Santo Ofício. Szasz compara, destarte, a crença na existência de bruxas com a crença na existência da doença mental e as cruzadas morais realizadas contra tais figuras com as hodiernas práticas de persecução levadas a efeito, contemporaneamente, em detrimento dos "doentes mentais". O autor estabelecerá, ainda, outro interessante paralelo, agora entre as queixas apresentadas pelos pacientes das instituições de tratamento psiquiátrico e as reclamações dos réus submetidos à Santa Inquisição. Nesse sentido, as reclamações apresentadas pelos pacientes acerca de sua internação que se constitui com uma tortura e o hospital uma prisão, apenas servirão para justificar a sua contenção, já que tais atitudes são, convenientemente, interpretadas como a manifestações da doença, ou seja, como sintoma. Tal como verificado no período da Inquisição, toda negação somente reforçará os pressupostos acusação. Ou, como consta da obra de Kramer e Sprenger, o *Malleus Maleficarum*: se a bruxa, ao ser torturada, grita de dor, significa que está a pedir pela intervenção do demônio; portanto, mais intensas devem ser as torturas aplicadas. Contudo, se não grita, significa que já está sendo amparada pelo demônio. O remédio, nesse caso, é conhecido: mais tortura.

41. Cf SZASZ, Thomas. *Ceremonial chemistry*: the ritual persecution of drugs, addicts, and pushers. Syracuse: Syracuse University Press, 2003.

42. Cf SZASZ, Thomas. *A fabricação da loucura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1976.

O italiano Franco Basaglia é outro importante pensador no cenário da antipsiquiatria. Sua principal obra será a *L'Istituzione negata*.[43] Neste livro, Basaglia tentará superar a influência do positivismo na medicina através do desenvolvimento de uma série de reflexões teóricas baseadas na abordagem fenomenológico-existencialista. Dessa maneira, o autor elabora uma contundente crítica à alegada objetividade dos sintomas das doenças mentais, interpretados, tradicionalmente, como "fatos empiricamente observáveis" durante o processo de construção do diagnóstico da doença. Partindo, portanto, da abordagem fenomenológica (percebe o autor, na esteira de tantos outros, que não pode haver uma objetividade "em si mesma" no mundo), Basaglia argumentará que não deve a medicina encarar o "doente" como um mero objeto destinado à intervenção clínica, coleta de dados e verificação de sintomas previamente classificados. Contrariando tal entendimento, sustentará que o melhor método de tratamento a ser dispensado àquele que busca ou necessita de atendimento é a escuta atenta e humanizada da sua história. Com base nesses postulados, Basaglia criticará duramente as "tipologias" e classificações objetivizantes concebidas pela cultura médica hegemônica relativamente as doenças mentais.

Inspirado nos escritos de autores como Frantz Fanon, Michel Foucault e Erving Goffman, Basaglia debruçou-se sobre os manicômios, concluindo que tais instituições deveriam ser abolidas, já que os únicos resultados práticos decorrentes da sua intervenção são a marginalização e agudização do sofrimento mental dos seus pacientes. A necessidade de estabelecer uma relação humanizada entre o paciente e o médico (em tese o responsável pela cura) definirá os contornos da abordagem preconizada por Basaglia. Possível identificar, na obra do autor, uma genuína preocupação para com a subjetividade do paciente diante da violência do saber psiquiátrico. Através de seus escritos e de sua atuação como diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia (Itália), Basaglia ainda promoveu uma série de reformas contundentes no âmbito do sistema de saúde mental italiano. O autor foi também considerado o líder do movimento denominado "Psiquiatria Democrática", concebido no intuito de superar a abordagem exclusivista defendida pelo modelo tradicional de internação manicomial. Muito em função da obra e da atuação de Basaglia, a Psiquiatria Democrática italiana logrou abolir os manicômios em funcionamento através da criação de uma rede descentralizada de atendimento. A "Lei 180", promulgada, na Itália, em 13 de março do ano de 1978, reconheceu os méritos das ideias de Basaglia e determinou a extinção, em caráter definitivo, de todos

43. Cf BASAGLIA, Franco. *La institución negada*: informe de um hospital psiquiátrico. Buenos Aires: Ediciones Corregidor, 1972.

os manicômios italianos, passando a prever, no lugar destes, outros tipos de serviços e espécies de tutelas mais humanizadas das pessoas que necessitam de cuidados relativamente à sua saúde mental.

Cumpre notar, no entanto, que, malgrado a contundência das suas críticas, o movimento da antipsiquiatria acabou, em um contexto mais amplo, tendo a sua importância ofuscada pelo advento da revolução farmacêutica, cujo apogeu se deu nos anos de 1980, com a publicação do DSM-III. Esse o próximo ponto a ser examinado.

3. Da crítica aos substitutivos penais à fármacocracia

Não há dúvidas de que o principal foco das críticas idealizadas pelo movimento da antipsiquiatria foi o manicômio, entendido, destarte, como espaço destinado à segregação, invisibilização e marginalização de "doentes mentais". Viu-se, nesse sentido, que o principal mérito do movimento em questão foi a radical crítica institucional por ele elaborada.[44] Assim, em virtude do advento e da popularização desse movimento (sobretudo pela sua relação com o movimento contracultural, da década de 1960), as lutas em prol da restrição do uso de hospitais psiquiátricos, da substituição dos regimes de confinamento por tratamentos ambulatoriais e da concepção de abordagens mais humanizadas de tratamento da saúde mental, ganharam espaço no âmbito da esfera pública.

No entanto, pode-se dizer que o sucesso das empreitadas capitaneadas pelo discurso antipsiquiátrico foi, em certa medida, restringido pela consolidação da "revolução farmacológica", iniciada ainda durante a década de 1950 com a descoberta da clorpromazina, o primeiro neuroléptico. Se, por um lado, as propostas de humanização do tratamento da saúde mental direcionavam seu arsenal de críticas contra os tratamentos aberrantes empregados pela psiquiatria convencional, como o eletrochoque e a lobotomia (tidos como essenciais para a manutenção da ordem interna destas instituições), a "revolução

44. O sentido que neste escrito se atribui à expressão "crítica institucional" encontra fundamento no pensamento de Michel Foucault: "A crítica institucional – hesito dizer 'antipsiquiátrica', enfim, certa forma de crítica que se desenvolveu a partir dos anos 1930-1940 partiu, ao contrário, não de um discurso psiquiátrico que se supõe verdadeiro para dele deduzir a necessidade de uma instituição e de um poder médico, mas sim do fato da instituição, da crítica da instituição, para evidenciar, por um lado, a violência do poder médico que nela se exercia e, por outro lado, os efeitos de desconhecimento que perturbavam logo de saída a suposta verdade desse discurso médico". (FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*: curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006. p. 49).

farmacológica" corria por fora desse embate e, a partir do desenvolvimento de uma metanarrativa organicista, centrada na ideia do desequilíbrio cerebral, cuidava de estruturar, por intermédio de meios mais refinados, um processo massivo de incapacitação semelhante à vetusta lobotomia.

A "revolução farmacológica" coincide, portanto, com a emergência do paradigma do desequilíbrio químico do cérebro, que subjaz o seguinte tipo de raciocínio: se os neurolépticos mitigam os sintomas atribuídos à esquizofrenia ao impedirem a produção excessiva de dopamina, então, logicamente, a causa mesma da condição esquizofrênica consiste em uma disfunção dopaminérgica. A lógica que subjaz o discurso de legitimação da abordagem farmacológica, com o passar dos anos, acabou sendo aplicada ao tratamento de outras enfermidades mentais, sempre a partir da incorporação seguinte esquema: identifica-se uma droga como específica para uma determinada doença; descobre-se o que essa droga faz; afirma-se que a doença em questão é causada por uma condição oposta àquela verificada durante o período de tratamento farmacológico.[45]

Quer parecer, nesse sentido, que a lógica que fundamenta o uso dos neurolépticos e a função que ela exerce no interior dos hospitais psiquiátricos, fazem com que o tratamento farmacológico exerça, atualmente, a função antes desempenhada pelos eletrochoques e pela lobotomia, qual seja, garantir a ordem interna dessas instituições. Segundo Peter Breggin, ao impedir a conexão entre os lobos frontais e as partes mais primitivas do cérebro (cenário verificado no caso do bloqueio dos receptores de dopamina), os neurolépticos (antipsicóticos) acabam desconectando determinadas seções do cérebro, dando causa, destarte, a efeitos muito similares aos provocados por lobotomias.[46] Ainda de acordo com Breggin, os psicotrópicos atualmente utilizados pela psiquiatria realizam, para além dos seus difundidos benefícios, verdadeiras lobotomias químicas que, por sua vez, produzem danos ao cérebro tão extensos quanto aqueles verificados nas terapias de eletrochoque.[47] Tal análise vem sendo confirmada pela própria psiquiatria. Com efeito, segundo Robert Whitaker, "medicamentos psiquiátricos induzem uma patologia".[48]

45. BURSTOW, Bonnie. *Psychiatry and the business of madness*: an ethical and epistemological accounting. New York: Palgrave Macmillan, 2015. p. 62.

46. Ibidem, p. 63.

47. BREGGIN, Peter. *Brain-disabling treatments in psychiatry*: drugs, electroshock, and the psycopharmaceutical complex. New York: St. Martin's, 2001.

48. WHITAKER, Robert. *Anatomy of an epidemic*. New York: Broadway Paperbacks, 2010. p. 133.

No entendimento do autor, se, por um lado, essas drogas produzem algum efeito a curto prazo, por outro, elas aumentam a possibilidade de o paciente se tornar um doente crônico, sujeito a um número cada vez maior de sintomas. Por via de consequência, ao ser submetido a intenso tratamento farmacológico, o paciente, a cada novo ciclo do seu tratamento, acaba sendo gradualmente transformado, pela própria psiquiatria, em um adicto.

Nesse sentido, cresce a percepção de que a "revolução farmacológica" não pode ser considerada nem uma conquista evolutiva, em matéria de direitos humanos, tampouco uma resposta – quer se queira institucional, corporativista ou mesmo emotiva – aos conflitos desencadeados pelo surgimento do movimento pelos direitos civis nos Estados Unidos. Com efeito, à época do *boom* da "revolução farmacológica", que, como se viu, ocorreu, coincidentemente, ao longo da década de 1950, já se encontram em curso um conjunto de processos institucionais que foram ativados por aquilo que se convencionou de neoliberalismo[49] como resposta à crise atravessada pela feição social do pensamento liberal, máxime, pelas políticas assistenciais – por muitos consideradas "paternalistas" – concebidas pelo *New Deal*. Quer-se com isso dizer que a "revolução farmacológica" teve lugar em um momento histórico específico, em que as bases daquilo que se poderia chamar de um "intervencionismo liberal"[50] começavam a fincar raízes na política dos Estados Unidos. Também nesse contexto, coincidentemente, verifica-se o surgimento de uma sociedade orientada por valores e sentimentos submetidos ao ideal do consumo de bens e serviços, fato que também provocaria mudanças drásticas em muitos âmbitos das relações sociais. No campo da saúde mental, mais especificamente,

49. Lembrando com Dardot e Laval que "se é verdade que a crise do liberalismo teve como sintoma um reformismo social cada vez mais pronunciado a partir do fim do século XIX, o neoliberalismo é uma resposta a esse sintoma, ou ainda, uma tentativa de entravar essa orientação às políticas redistributivas, assistenciais, planificadoras, reguladoras e protecionistas que se desenvolveram desde o fim do século XIX, uma orientação vista como uma degradação que conduzia diretamente ao coletivismo. A criação da Sociedade Mont-Pèlerin, em 1947, é citada com frequência, e erroneamente, como o registro do nascimento do neoliberalismo. Na realidade, o momento fundador do neoliberalismo situa-se antes, no Colóquio Walter Lippman, realizado durante cinco dias em Paris, a partir de 26 de agosto de 1938". (DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *A nova razão do mundo*: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 71).

50. O termo procura, no limite, retratar o desenvolvimento de uma postura mais ativa, por parte de representantes da iniciativa privada, no âmbito dos processos de discussão e definição de políticas públicas.

verifica-se, claramente, um processo de ressignificação da própria ideia de saúde, que, de um direito social fundamental, passa a ser entendido, simplesmente, como um bem de consumo a ser adquirido no mercado, sendo possível cogitar, no ponto, a sua comoditização.

Vale notar, ainda, que a "revolução farmacológica" não teria alcançado sucesso sem o auxílio de outro valoroso câmbio. Foi já na década de 80, durante a apoteose do estilo neoliberal de governar (pense-se na administração Tatcher na Inglaterra e Reagan nos Estados Unidos), que se pôde testemunhar, com a publicação do DSM-III,[51] a consolidação de uma estreita relação de parceria entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica. Reputado por muitos como a "bíblia" dos transtornos mentais, o DSM sistematiza, em tons enciclopédicos, uma longa lista de transtornos mentais que, com o passar dos anos, expande-se cada vez mais. Além disso, o manual reúne os critérios aceitos pela comunidade científica para a realização de diagnósticos de transtornos mentais. Imbuído, como dito anteriormente, de uma clara pretensão enciclopédica, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais ainda oferece aos seus usuários uma sequência de questionários, cujo escopo é ajudar a identificar eventuais comorbidades e sintomas, a partir de lapsos temporais determinados. Em suma, o DSM, qualquer que seja a sua versão, deu azo a um verdadeiro sistema rizomático[52] de doenças e de critérios de detecção, provocando, assim, uma profunda mudança na clínica psiquiátrica, que passou a ser considerada, na comparação com outros saberes, tais como a psicanálise, cada vez mais "demonstrável" e, portanto, científica.

---

51. A sigla em comento trata do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, obra que compila os critérios concebidos pela Associação Americana de Psiquiatria para a realização de diagnósticos em matéria de saúde mental.

52. O conceito que serve de inspiração para este termo provém da obra *Mil platôs*: capitalismo e esquizofrenia, de Gilles Deleuze e Félix Guatarri. Neste trabalho, os autores apelam para a figura botânica do rizoma para ilustrar, dentre outras questões, a crise dos paradigmas filosóficos fundados em certezas e verdades transcendentais, metafísicas. Associando o pensamento contemporâneo à imagem de uma raiz complexa, cheia de hastes, porém carente de filamento (fundamento) comum, dirão: "o rizoma se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, com suas linhas de fuga. [...] unicamente definido por uma circulação de estados". (DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs:* capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. v. 1. p. 32. O motivo que leva a associação do termo com o DSM parece ser claro: em ambos os casos o que se tem é um sistema de pensamento fluido, baseado em uma epistemologia maleável.

Apesar dessas questões, outro fato importante verificado a partir da constante reedição do DSM reside na constatação de que a psiquiatria baseia suas práticas em uma espécie de saber *etiologic free*. Com isso, se quer dizer que as patologias listadas pelo DSM carecem de bases físicas. Com efeito, não há necessidade de qualquer alteração física no sujeito para que ele se veja diante da possibilidade de ser diagnosticado como portador de um transtorno mental. O próprio conceito de transtorno mental preconizado pelo DSM-V – sua mais recente versão – justifica tal impressão:

> Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimentos ou incapacidades significativas que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito.[53]

Dois registros podem ser considerados dignos de nota após a análise desse conceito: primeiramente, constata-se que o "transtorno é uma síndrome" que, por sua vez, "reflete uma disfunção". Além disso, desvios de comportamento e conflitos individuais (e sociais) não podem ser interpretados como transtornos mentais, a menos que um ou outro possa ser considerado "resultado de uma disfunção no indivíduo".

A questão fundamental, nesses termos, consiste em perceber que a psiquiatria, historicamente, somente pôde exercer seu poder sobre os "loucos" à medida que logrou estabelecer com aqueles que recebiam este rótulo uma relação muito similar àquela, de base nosográfica, estabelecida entre a medicina e o seu principal objeto de estudo: a doença. Daí se infere que, para a psiquiatria, o sujeito será um objeto onde se instala a doença, que, por sua vez, autoriza o exercício do (plenipotenciário) poder médico. Interessante notar, neste sentido, que a partir do século XIX é possível identificar, em relação ao exercício

53. ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA NORTE-AMERICANA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 20.

do poder médico, aquilo que Foucault chamará, em um dos seus cursos, de "processo de despatologização do objeto", através do qual o poder médico avança sobre outros objetos não propriamente patológicos. Segundo Foucault, dito processo se inicia, curiosamente, com o nascimento da psiquiatria contemporânea, que, desde os seus estágios iniciais, adotou como estratégia de legitimação a sua identificação com o próprio saber médico[54]. Neste sentido, partindo dessas premissas, vale dizer, assumindo que há "um poder médico sobre o não patológico"[55] e que o saber psiquiátrico contemporâneo opera a partir da mimetização das bases teóricas, epistemológicas e metodológicas da medicina contemporânea, segue-se, enquanto corolário lógico, que o poder psiquiátrico também é exercido em relação ao não patológico.

Interessante notar, novamente com Foucault, que a generalização do poder e do saber psiquiátrico, metaforicamente apoiada no saber da medicina, pressupõe a realização de três movimentos discursivos.

Em primeiro lugar, foi preciso lidar com as "síndromes", isto é, com aqueles comportamentos que, embora pudessem ser considerados exóticos ou mesmo excêntricos, não representavam, por si e em si, consoante a gramática tradicional da medicina, sintomas de uma doença propriamente dita. Confrontada com esse problema, a psiquiatria reunirá e organizará sob o rótulo de "síndromes" toda uma série de "excentricidades", que vão desde a agorafobia, passando pela claustrofobia, até chegar ao estudo dos "invertidos" (homosseexualismo). A fim de melhor ilustrar o ponto, recorre-se a uma das breves, porém potentes, referências anedóticas apresentadas por Foucault em *Os anormais*: "quando uma sociedade protetora dos animais faz uma campanha contra a vivissecção, Magnan, que é um dos grandes psiquiatras do fim do século XIX, descobrirá uma síndrome: a síndrome dos antivivisseccionistas"[56]. Da análise deste primeiro giro discursivo, o que interessa reter, segundo Foucault, é o fato de que o discurso psiquiátrico passa o seu poder normalizador, a partir do século XIX, sobre um conjunto de estados gerais, porém não patológicos, que ilustram, no limite, comportamentos considerados excêntricos, anormais.[57]

O segundo movimento discursivo que teria permitido a generalização do saber psiquiátrico pode ser verificado na retomada do problema do delírio

54. FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2010. p. 271.

55. Ibidem, p. 271.

56. Ibidem, p. 272.

57. FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2010. p. 273.

(considerado um problema médico por excelência).[58] No entendimento de Foucault, ao pretender rastrear os vestígios do delírio (núcleo duro da doença mental) em práticas consideradas excêntricas e relacionadas, sobretudo, à economia dos instintos e dos prazeres, a psiquiatria procurava, com efeito, ressignificar a anormalidade como doença.

O terceiro e último giro discursivo considerado ancilar para a generalização do discurso psiquiátrico, ainda de acordo com Foucault, pode ser visto no desenvolvimento da noção de "estado".[59] De acordo com Foucault, o "estado" designa uma espécie de "fundo causal permanente" a partir do qual um indivíduo pode desenvolver toda sorte de doenças.[60] Importante esclarecer, como faz Foucault, que a noção em questão não se confunde com a "predisposição", pois, neste último caso, se está diante de uma mera virtualidade cuja constatação não permite definir o indivíduo como um anormal *tout court*. A noção de "estado", ao contrário do conceito de predisposição, operaria a partir de uma descrição diagnóstica mais radical e, portanto, mais fecunda sob o ponto de vista etiológico, na medida em que ilustraria uma condição que, instalada de modo irreversível no indivíduo (e.g. uma deformidade física, um impulso controvertido, um ato criminoso), daria ensejo a todo tipo de doenças ou desvios comportamentais. Eis o principal mérito da noção de estado: dela pode derivar todo tipo de diagnóstico, já que o que está em jogo, quando da sua identificação, é uma "espécie de déficit geral das instâncias de coordenação do indivíduo".[61] A noção de estado garante certa flexibilidade ao discurso psiquiátrico, uma plasticidade capaz de, ao cabo, discriminar sujeitos, sendo, destarte, uma importante ferramenta topológica de distinção entre sãos e anormais.

Não cabe aqui tecer maiores considerações sobre como tais movimentos discursivos teriam avalizado, numa perspectiva histórica, as diversas mutações epistêmicas ocorridas no seio da psiquiatria desde o século XIX até o presente. O que interessa reter dessa breve análise é a razão pela qual, ao que tudo indica, o DSM-V relaciona as noções de "síndrome" e de "transtorno mental": a noção de síndrome garante ao discurso psiquiátrico certa maleabilidade epistêmica ao instituir uma verdadeira zona de indistinção entre os domínios do anormal e do patológico.

Caberia notar, contudo, que ao definir transtornos como síndromes que provocam (dis)funções, o DSM-V termina chancelando um tipo de compreensão

58. Ibidem, p. 272.

59. Ibidem, p. 273.

60. Ibidem, p. 273.

61. Ibidem, p. 274.

que beira o ilógico: é que o significado de transtorno é, ele próprio, dependente de um predicado (disfunção) que, por sua vez, remete a uma categoria tão problemática quanto polissêmica (função), que não está isenta de preenchimentos políticos.

Ainda mais interessante se mostra a parte final do conceito de transtorno preconizado pelo DSM-V, quando informa que desvios ou conflitos sociais, a menos que produzam uma (dis)função do indivíduo, não podem ser considerados doenças mentais. Como pode ser visto, a noção de disfunção rege todo um léxico que, para além de poder ser caracterizado pela circularidade das suas definições, garante ao psiquiatra um poder absoluto em relação à construção do diagnóstico de seu paciente. Não se trata tanto, no ponto, de afirmar, como bem observado por Thomas Szasz, que a construção dos diagnósticos relacionados à questão da saúde mental constitui um processo essencialmente metafórico (a doença mental exsurge como uma metáfora). Trata-se, antes, de observar que o saber psiquiátrico representa um discurso tipicamente performático que é dotado de um "efeito de verdade" pela sua simples enunciação. Cumpre recordar, nesta senda, ainda com Foucault, que não há efeito de poder sem uma economia da verdade a lhe tensionar. Tem-se aí, inequivocamente, que a psiquiatria é um saber produzido, fundamentalmente, a partir de enunciados performativos, que, como regra, são politicamente dirigidos. O caso do "Transtorno de Oposição Desafiante" constitui um exemplo privilegiado disso. Segundo o DSM-V, o transtorno em comento deve ter, ao menos, duração de seis meses, devendo ainda o paciente apresentar, no mínimo, quatro dos seguintes sintomas:

> 1. Com frequência perde a calma. 2. Com frequência é sensível ou facilmente incomodado. 3. Com frequência é raivoso e ressentido. 4. Frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, adultos. 5. Frequentemente desafia acintosamente ou se recusa a obedecer regras ou pedidos de figuras de autoridade. 6. Frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas. 7. Frequentemente culpa outros por seus erros ou mau comportamento. 8. Foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses.[62]

Outro caso que ajuda a ilustrar o escopo dos argumentos até aqui desenvolvidos: o "Transtorno de Personalidade Narcisista". Para que esse transtorno

62. ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA NORTE-AMERICANA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 462.

mental possa ser adequadamente diagnosticado, deve o psiquiatra, consoante as recomendações compiladas pelo DSM-V, identificar ao menos cinco dos seguintes sintomas:

> 1. Tem uma sensação grandiosa da própria importância (p. ex. exagera conquistas e talentos, espera ser reconhecido como superior sem que tenha as conquistas correspondentes); 2. É preocupado com fantasias de sucesso ilimitado, poder, brilho ou amor ideal. 3. Acredita ser "especial" e único e que pode ser somente compreendido por, ou associado a outras pessoas (ou instituições) especiais ou com condição elevada. 4. Demanda admiração excessiva. 5. Apresenta um sentimento de possuir direitos (i.e. expectativas irracionais de tratamento especialmente favorável ou que estejam automaticamente de acordo com as próprias expectativas). 6. É explorador em relações interpessoais (i.e. tira vantagem de outros para atingir os próprios fins). 7. Carece de empatia: reluta em reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e as necessidades dos outros. 8. É frequentemente invejoso em relação aos outros ou acredita que os outros o invejam. 9. Demonstra comportamentos ou atitudes arrogantes e insolentes.[63]

Por fim, também parece ser digno de nota o "Transtorno de Ansiedade Generalizada", "estado" cuja caracterização depende do fato de o paciente demonstrar, ao longo de seis ou mais meses, ao menos três dos seguintes sintomas:[64]

> 1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele. 2. Fatigabilidade. 3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente. 4. Irritabilidade. 5. Tensão muscular. 6. Perturbação do sono.[65]

Tais "sintomas", como já anteriormente enfatizado, expressam condutas e situações comuns à vida cotidiana nas sociedades contemporâneas. Guindá-los à condição de vestígios de delírio ou de indícios de doença mental, a pretexto de reprimi-los farmacologicamente, consiste, claramente, em uma estratégia discursiva que apenas visa à ampliação do controle social, pela via das injunções (não raro morais) do discurso psiquiátrico.

---

63. ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA NORTE-AMERICANA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 669-670.
64. Em relação aos critérios adotados para o diagnóstico dos transtornos elencados, questiona-se: o que define o número de sintomas a serem observados? Por que, no caso do Transtorno de Ansiedade Generalizada, o prazo mínimo apresentado para a sua caracterização é, precisamente, o de seis meses?
65. Ibidem, p. 222.

Curioso notar, ademais disso, que os sintomas listados pelo DSM-V como representativos dos três transtornos referidos anteriormente correspondem a um conjunto de experiências, físicas e psíquicas, relacionadas à racionalidade neoliberal, que, como lembrado por Pierre Dardot e Christian Laval, impele o sujeito a perceber a si mesmo como um empresário, um "empresário de si", como um capital humano que precisa, a qualquer custo, render.[66]

Além da abstração das categorias que servem de base para o conceito de transtorno mental estampado no DSM-V, cabe ainda ressaltar a ubiquidade dos próprios sintomas descritos pelo manual, circunstância que permite ao psiquiatra a realização de uma miríade de tipificações. Para se ter uma ideia da "fecundidade etiológica" dos sintomas catalogados pela psiquiatria contemporânea, basta ter em vista a constatação de Kirk e Kutchins acerca do Transtorno de Estresse Pós-Traumático que, no entendimento dos autores, pode ser diagnosticado em 174 cenários distintos, vale dizer, mediante a realização de 174 combinações diferentes de sintomas, sendo possível, inclusive, que dois indivíduos que apresentam dois conjuntos distintos de sintomas sejam classificados como portadores deste transtorno.[67]

Além da natureza ubíqua dos sintomas listados pelo DSM-V, vale ressaltar que, desde a publicação DSM-III, a psiquiatria vem "descobrindo" e catalogando um número cada vez maior de transtornos mentais, gerando, assim, a impressão geral de que a saúde mental dos indivíduos está a se deteriorar. Nesse sentido, são sintomáticas as observações registradas ao final do DSM-V, onde a equipe responsável pela sua edição sugere a necessidade de novas investigações relativamente ao que se chamou de "transtorno do jogo pela internet",[68] ou, ainda, de "transtorno por uso de cafeína".[69] Fica claro, destarte, que mesmo os aspectos mais triviais da vida e das relações sociais estão sendo pouco a pouco capturados pelo saber (e poder) psiquiátrico, cujo apetite por dados pueris do quotidiano – a fim de conformá-los em sintomas denotativos de "síndromes" – não parece ter limites.[70]

---

66. Tese central do trabalho de Dardot e Laval, já citado neste artigo. Cf DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *A nova razão do mundo*: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

67. KIRK, S.; KUTCHINS, H. *Making us Crazy*: DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders. New York: The Free Press, 1997. p. 124

68. ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA NORTE-AMERICANA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 795-798.

69. Ibidem, p. 792-795.

70. Frente a esse cenário, a conclusão de Roudinesco é, sob muitos aspectos, reveladora: "Quanto ao DSM, permite doravante, graças à extensão crescente de suas

Ao que tudo indica, portanto, a afirmativa de que o DSM constitui símbolo máximo da política de "medicamentalização do comportamento humano", para além de ter pertinência, possui fundamento. Cuida-se, a medicamentalização, de uma estratégia político-discursiva que aspira transformar conflitos sociais e comportamentos desviantes em problemas tipicamente psiquiátricos, frequentemente associados à constatação da degeneração da saúde mental dos indivíduos. Essa estratégia sugere, pois, a possibilidade/necessidade de se descrever, compreender e resolver os conflitos que pululam cotidianamente em termos unicamente médicos.[71] Tome-se como exemplo deste processo – de consumo do ordinário pelo poder psiquiátrico – a resposta de um psiquiatra norte-americano. Indagado acerca do motivo pelo qual prescreve drogas para crianças em idade escolar, o psiquiatra afirma proceder de tal maneira visando a que seus pacientes tenham condições de realizar metas escolares que educadores e escolas sequer conseguem atingir:

> Eu não tenho muita escolha. Nós decidimos, como sociedade, que é muito caro modificar o ambiente da criança. Então, devemos modificar a criança. Nós talvez não possamos saber os efeitos de longo prazo, mas nós sabemos os efeitos de curto prazo de uma reprovação escolar, que são reais. Eu estou olhando para a pessoa individualmente considerada onde ela está agora. Eu sou um médico para o paciente, não para a sociedade. [72]

---

classificações (306 contra 108, há dois anos), esquadrinhar a população norte-americana e, por que não, a população mundial. Em virtude de envolver todos os comportamentos humanos, ele tende a incluir qualquer sujeito numa categoria que o designe como doente mental, desde a criança agitada na escola, à qual se dá um psicotrópico, até o tabagista ou o alcoólatra, acusados de danos à sociedade, passando pelas pessoas rotuladas como depressivas, narcísicas, fóbicas, etc. No ritmo em que vão as coisas, pode-se imaginar inserir nos cinco eixos do DSM – e isso já se fez – todos os comportamentos ligados ao prazer, ao desejo, ao sucesso ou ao gozo. Eles podem muito bem ser efetivamente incluídos na noção moderna dita de dependência ou adição; adição à morte para os suicidas, adição à alimentação para os bulímicos, adição ao sexo para os adeptos do adultério ou dos parceiros múltiplos, adição à vida conjugal para os casais duradouros e fieis, adição à competitividade para os esportistas, estejam ou não drogados, adição à celebridade para as estrelas da televisão, adição ao fracasso para aqueles que não conseguem ser bem-sucedidos etc. ROUDINESCO, Elisabeth. *A análise e o arquivo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006. p. 72.

71. CONRAD, Peter. Medicalization, Genetics and Human Problems. In: BIRD, Chloe E; CONRAD, P.; FREEMONT, Allen. *Handbook of medical sociology*. 5. ed. New Jersey: Prentice Hall, 2000. p. 322.

72. SCHWARZ, Alan. Attention Disorder or Not, Pills to Help in Schools. *The New York Times*. October 9, 2012. p. 03.

A intervenção médica sobre um fato da vida social, ou, ainda, a correção de defeitos de cognição ou comportamento de alunos, como no caso referido, passa pela alternativa de se procurar evitar os riscos provenientes de uma eventual frustração escolar no presente, independentemente de eventuais problemas ou perigos futuros derivados da administração destas substâncias. Apenas a título de registro: os antidepressivos possuem riscos elevados quando comparados com antipsicóticos e estabilizadores de humor. Além disso, a hiperestimulação de uma pessoa também pode contribuir para a deflagração de atos de violência.[73] A propósito dessa última assertiva, Breggin[74] afirma que a maior parte dos atiradores em escolas dos Estados Unidos estavam sendo tratados por inibidores seletivos de receptação de serotonina (ISRS). Com efeito, ao tempo do massacre de Columbine, Eric Harris estava submetido a tratamento psiquiátrico consistente no uso de Luvox (Fluvoxamina); Toby Sincino, atirador de Blackville-Hilda High School, fazia uso comprovado de Zoloft; Luke Woodham, atirador em Pearl High School e Michael Carneal, atirador em Heath High School, estavam, ambos, submetidos a tratamento baseado no uso do antidepressivo Prozac; enquanto Elizabeth Bush, no caso da Bishop Neumann High School, tomava Paxil, Jason Hoffman, atirador em Granite Hills High School, consumia Celexa; Jesse Carriales, por sua vez, atirador em Fresno, fazia uso do inibidor Lexapro.[75] Todos os casos, ainda de acordo com Breggin, representariam hipóteses de anosognosia por intoxicação.[76]

Tudo isso corrobora a hipótese de que processo de patologização do cotidiano, pressuposto da política de medicamentalização do comportamento humano, foi catapultado, inicialmente, pela "revolução farmacológica" e, posteriormente, com muito mais intensidade, pelo desenvolvimento da própria sintomatologia psiquiátrica que, como visto, passou a se debruçar sobre perfis e estilos de vida. Ambos os cenários, cumpre relembrar, haviam sido intuídos e denunciados, muitos anos antes, pela antipsiquiatria.

Fundamental ter em mente, contudo, que, se por um lado, as críticas concebidas pela antipsiquiatria evidenciaram as complicações iatrogênicas derivadas

73. MOORE, T; GLENMULLEN, J; FURBERG, C. Prescription Drugs Associated With Reports of Violence and Towards Others. In: PloS ONE (s12): el15337, 2010.

74. BREGGIN, Peter. *Medication madness*: the role of psychiatric drugs in cases of violence, suicide and crime. New York: Saint Martins, 2008.

75. BURSTOW, Bonnie. *Psychiatry and the business of madness*: an ethical and epistemological accounting. New York: Palgrave Macmillan, 2015.p. 189.

76. BREGGIN, Peter. *Medication madness*: the role of psychiatric drugs in cases of violence, suicide and crime. New York: Saint Martin's, 2008.

do uso contínuo de psicotrópicos, por outro, o próprio êxito político deste movimento terminou produzindo um efeito colateral inesperado. Paradoxalmente, o sucesso do movimento de desinstitucionalização implicou a precarização da condição da pessoa diagnosticada como portadora de transtorno mental, que passou a ser considerada, pura e simplesmente, um elemento criminoso (e perigoso).

Eis o nó fundamental que amarra as relações entre a criminologia crítica e toda a sorte de oposições à psiquiatria deflagradas pelo movimento antipsiquiátrico. Segundo dados da NAMI (*National Alliance on Mental Illness*), um em cada cinco indivíduos presos possui algum tipo de doença mental.[77] Nesse sentido, o processo de desinstitucionalização preconizado pelo movimento antipsiquiátrico, quando somado à "revolução farmacológica" e ao uso das orientações padrão contidas no DSM como modelo de diagnóstico e tratamento de doenças mentais, acabou ensejando a criação de uma zona de indistinção entre o "doente mental" e o delinquente, circunstância que revitalizou antigas abordagens positivistas acerca do crime e da doença mental. Tal constatação comprova que a artificialidade da dicotomia "doente mental"/"criminoso" não resiste a uma simples descrição dos mecanismos de controle social que operam a partir dos dispositivos de defesa social.

Assim como as políticas criminais alternativas concebidas a partir da década de 70 não lograram tornar a prisão uma instituição obsoleta, o movimento de desinstitucionalização não conferiu maiores liberdades aos indivíduos considerados portadores de transtornos mentais. Com efeito, a ofensiva neoliberal contra o Estado Social não motivou apenas a diminuição dos gastos com a saúde pública (mental), também acabou propiciando o deslocamento de um novo contingente de indivíduos, agora considerados apenas "perigosos", para o interior das prisões, reforçando ainda mais a centralidade e o protagonismo dessas instituições.

Daí se infere a razão pela qual a velha fórmula concebida por Goffman para designar as "instituições totais" como campos fechados à vida que se desenvolve fora de seus muros já não capta a complexidade e as sutilezas deste cenário no qual "a sociedade inteira porta o elemento penitenciário, do qual a prisão é apenas uma formulação".[78] A revolução farmacológica, as paradoxais

77. Disponível em: [www.nami.org/Blogs/From-the-CEO/August-2014/Criminalization-of-Mental-Illness-It-s-a-Crime]. Acesso em: 23.01.2018.

78. FOUCAULT, Michel. *A sociedade punitiva*: curso no Collège de France (1972-1973). São Paulo: Martins Fontes, 2015. p. 94.

implicações do movimento de desinstitucionalização e, finalmente, a consagração do DSM como um instrumento privilegiado de identificação, catalogação e controle dos desajustes sociais, representam fenômenos que indicam que a criminologia crítica, ao deixar de analisar de forma conjunta o crime e a doença mental, vem perdendo a oportunidade de realizar investigações que poderiam ajudar a identificar como certos aspectos do controle social formal se determinam reciprocamente.

Uma análise acerca dos castigos contemporâneos e das políticas criminais (alternativas ou ortodoxas) que lhes servem de base não pode deixar de considerar os regimes de verdade criados em torno do (mito) da doença mental no horizonte das investigações que buscam compreender a (não) relação estabelecida entre o crime e a loucura.

4. Considerações finais

O pensamento neoliberal sugere, em linhas gerais, a necessidade de uma menor intervenção pública nos vários campos da vida social, providência que garantiria uma maior liberdade aos indivíduos. Vale observar, no entanto, que uma ideologia que prega uma menor ingerência, por parte do Estado, na vida dos cidadãos não se confunde, em absoluto, com uma política baseada na ideia de menos governo. Antes pelo contrário. A expressão "governo", aqui interpretada como "conduta de condutas",[79] designaria, na esteira da racionalidade neoliberal, um governo pela e para a liberdade. É preciso aduzir ressalva, contudo, no sentido que tal liberdade é, antes de tudo, uma liberdade para consumir e aderir às regras do livre mercado. Nesse contexto, o fenômeno de comoditização da saúde condensa, em uma mesma identidade, as figuras do paciente e do consumidor, e opera a partir de uma retórica que prega a "autonomia individual" como paradigma que explica, ao menos parcialmente, a "normalização" autoinduzida através do consumo "consciente" e "voluntário" de psicotrópicos. No plano da ética neoliberal, lembra Foucault, o sujeito deve "cuidar de si". Assim, a psiquiatria e o universo farmacológico passam a determinar como os indivíduos devem se relacionar com a sua liberdade. Com efeito, o indivíduo deve ser livre para decidir anular, quimicamente, o sofrimento psíquico que lhe é causado pelo *way of life* capitalista. Nessa linha compreensiva, sugerem Esposito e Perez:

79. FOUCAULT, Michel. *Do governo dos vivos*: curso no Collège de France (1979-1980). São Paulo: Martins Fontes, 2014. p. 13.

> (...) drogas prescritas, neste sentido, são frequentemente designadas para modificar comportamentos a fim de se amoldar a padrões normativos da agência neoliberal (e.g. suprimindo sentimentos de depressão e ansiedade para potencializar o foco pessoal e comportamento competitivo/produtivo, promovendo, assim, melhores resultados no trabalho, na escola, na vida pessoal, etc.).[80]

Ainda acerca da análise da ética neoliberal de medicamentalização dos comportamentos humanos, continuam os autores:

> O controle social se torna auto-induzido quando pessoas modificam a si mesmas quimicamente para melhor se ajustar à realidade do mundo neoliberal, assim equacionando a felicidade e a solução para a angústia mental com o consumo.[81]

Não há dúvidas de que as diversas críticas concebidas pela antipsiquiatria ao longo das décadas de 1950 e 1960 miravam alvos importantes e questões fundamentais. Tal como verificado no caso dos processos de criminalização, a seleção/construção das doenças mentais também constitui uma questão política. Contudo, existem debilidades no bojo das críticas institucionais, debilidades estas que dificultam o aprofundamento da compreensão acerca da relação de determinação recíproca que se estabelece entre os universos do crime e da loucura. Inclusive, como referido neste texto, a própria criminologia crítica, ao operar a partir de uma clivagem antinatural entre a reação social concernente ao crime e aquela estabelecida em face da doença mental, acaba contribuindo para o esvaziamento da potência transformadora da crítica antipsiquiátrica, ao tender considerar o controle social exercido sobre formas e estilos alternativos de vida um problema desconectado da questão criminal.

Dois exemplos ilustram o erro desse tipo de raciocínio. Veja-se, primeiramente, o caso da "drapetomania". Segundo Cartwright, o termo "drapetomania" resulta da conjunção das expressões "drapetes", um escravo fugido, e "mania", loucura ou desrazão. O principal sintoma diagnóstico atribuído a esse transtorno, a ocultação em relação ao chamado para o serviço era, mesmo antes de ser elaborado pela psiquiatria, bem conhecido por plantadores e feitores. A causa desse transtorno, por sua vez, que impelia o negro a fugir reiteradamente das suas atribuições, poderia derivar "tanto de uma doença da mente

80. ESPOSITO, Luigi; PEREZ, Fernando M. Neoliberalism and the Commodification of Mental Health. In: *Humanity & Society*, v. 38. n. 4. 2014. p. 416.

81. Ibidem, p. 433.

como de quaisquer outras espécies de deterioração mental".[82] Relativamente à questão de gênero, Charles Maudsley[83] afirmava que as mulheres que buscavam por educação ensejavam preocupação, pois, ao perseguirem a realização de seus objetivos intelectuais, estariam agindo contra a sua própria natureza, algo que poderia ser interpretado como uma manifestação da loucura histérica.

Ao longo da história, não há a menor dúvida de que assim como a "criminalidade", a ideia da doença mental foi construída a partir de classificações essencialmente políticas. Como afirma Armstrong, "Ler sobre a evolução do DSM é saber isso: é um documento inteiramente político. O que ele inclui, o que ele não inclui, é o resultado de uma campanha intensiva, demoradamente negociada, brigada, onde o poder joga.[84]"

No mesmo sentido é a interpretação dada por Burstow: a retirada da homossexualidade do DSM[85] não foi motivada por uma "descoberta" científica; foi, antes, determinada pelos próprios interesses dos membros da Associação Americana de Psiquiatria, que, à época, se encontravam alinhados às demandas provenientes e aos protestos organizados pela sociedade civil[86]. O mesmo fenômeno sucedeu no caso do Transtorno de Personalidade Autodestrutiva.

Ainda de acordo com Bonnie Burstow, a dimensão política do DSM é denunciada, igualmente, pelo fato de que 79.31% dos psiquiatras que contribuíram para o desenvolvimento da versão publicada em 2013 (DSM-V) possuía histórico de conexões com a indústria farmacológica. Muitos deles, inclusive, serviam como consultores de companhias farmacêuticas.

Vê-se, portanto, diante de tudo aquilo que foi argumentado e até aqui analisado, que os processos de normalização, isto é, de criação dos corpos dóceis, já

82. CARTRIGHT, S. A Report on the diseases and physical pecularities of the negro race. *New Orleand Medical and Surgical Journal*. 1851. p. 691-715.

83. MAUDSLEY, Charles. *The phisiology of the mind*. London: McMillan, 1876.

84. ARMSTRONG, L. *And they call it help*: the psychiatric policing of America's Children. Reading: MA: Addison-Wesley, 1993 p. 132.

85. Na realidade, Burstow afirma que o DSM não removeu o homossexualismo do seu catálogo de transtornos mentais. Tal "condição" teria sido, com efeito, meramente "escamoteada" por outras categorias mais atuais. (BURSTOW, Bonnie. *Psychiatry and the business of madness*: an ethical and epistemological accounting. New York: Palgrave Macmillan, 2015. p. 80).

86. BURSTOW, Bonnie. *Psychiatry and the business of madness*: an ethical and epistemological accounting. New York: Palgrave Macmillan, 2015. p. 80.

não funcionam como antes, ou melhor, não funcionam exclusivamente a partir de registros disciplinares. Atualmente, uma nova subjetividade é preconizada pela união da técnica psiquiátrica com a ética neoliberal: os indivíduos deixam de receber, passivamente, a disciplina pregada pelas instituições, e passam, eles próprios, a se engajar nos processos normalizadores anunciados – tanto pela psiquiatria como pela indústria farmacêutica – como soluções para as frustrações do cotidiano. Não se deve perder de vista que o poder psiquiátrico e o modelo de saúde mental por ele preconizado constituem, em conjunto com a prisão e seus aparatos correlatos, dispositivos de segurança transcarcerários. A ideia de polícia, nesse contexto, exerce um papel especialíssimo: em virtude do fenômeno da crescente medicamentalização dos comportamentos humanos, o psiquiatra reveste-se, sobretudo no que diz respeito à avaliação da periculosidade dos seus pacientes, da mesma autoridade que o policial de rua que tenta garantir a segurança urbana. Destarte, a multiplicação de formas do poder de polícia (que vai desde a polícia das famílias[87] até a polícia-de-si) indica claramente que Foucault tinha razão quando afirmava que a prisão representa apenas uma manifestação do elemento penitenciário – e da sua correlata vontade de punir – da sociedade, e não uma instituição que funciona segundo parâmetros ou regras opostas à própria socialidade. Segundo Foucault, o doente mental acaba sendo o resíduo de todas as disciplinas. Inassimilável pelas mais conhecidas disciplinas, sejam elas escolares, militares e policiais, o seu registro acaba sendo aquele da mais completa generalização. E aqui se verifica uma importante característica das disciplinas contemporâneas: a isotopia, ou seja, a capacidade de articulação, entre si, dos dispositivos disciplinares.[88]

Burstow afirma que "a essência da 'moderna psiquiatria' é manter as pessoas medicadas".[89] Percebe-se, pois, claramente, como a relação entre doença e psiquiatria mimetiza a própria relação estabelecida entre o crime e prisão: a essência da prisão não é acabar com o crime, mas produzir a reincidência. A criminologia crítica deve se ocupar do problema da transcarcerização, o que requer, evidentemente, a elaboração de estudos críticos acerca doença mental e das suas técnicas de controle. Para tanto, julga-se necessário problematizar as injunções apregoadas, hodiernamente, pela racionalidade neoliberal a fim de

87. DONZELOT, Jacques. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

88. FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*: curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006. p. 67.

89. BURSTOW, Bonnie. *Psychiatry and the business of madness*: na ethical and epistemological accounting. New York: Palgrave Macmillan, 2015. p. 134.

que se possa, nas palavras de Nikolas Rose, identificar a "genealogia das tecnologias políticas da individualidade".[90]

Fundamental notar, portanto, que as técnicas de autocontrole social engendradas pelo poder psiquiátrico produzem uma cadeia consensual de normalização massiva que representa, em termos mais práticos, uma grande "terapia da liberdade",[91] onde impera, como estratégia de governo, a obrigação de ser livre.

Pontua o presente escrito a certeza de que a criminologia crítica não pode continuar a desconsiderar os fenômenos transcarcerários que integram e organizam os castigos contemporâneos, que, como demonstrado, vão muito além daqueles praticados no interior das prisões ou mesmo das relações das prisões com o castigo.

5. Referências bibliográficas

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARMSTRONG, L. *And they call it help*: the psychiatric policing of America's Children. Reading: MA: Addison-Wesley, 1993.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA NORTE-AMERICANA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARATTA, Alessandro. *Criminologia crítica e crítica do direito penal*. 3 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

BASAGLIA, Franco. *La institución negada*: informe de un hospital psiquiátrico. Buenos Aires: Ediciones Corregidor, 1972.

BECKER, Howard. Outsiders: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BLUMER, Herbert. *Symbolic interactionism*: perspective and method. Berkeley: University of California Press, 1986.

BREGGIN, Peter. *Brain-disabling treatments in psychiatry*: drugs, electroshock, and the psycopharmaceutical complex. New York: St Martins, 2001.

BREGGIN, Peter. *Talking back to ritalin*: what doctors aren't telling you about stimulants and ADHD. Cambridge: MA: Da Capo, 2001.

BURSTOW, Bonnie. *Psychiatry and the business of madness*: na ethical and epistemological accounting. New York: Palgrave Macmillan, 2015.

90. ROSE, Nikolas. *Governing the soul*: haping of the private self. 2. ed. London: New York: Free Association Books, 1999. p. 221.

91. Ibidem, p. 261.

BUTLER, Judith. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do pós-modernismo. *Cadernos Pagu*, n. 11, p. 11-42. 1998.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Trad. Maria Theresa Barrocas. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CARTRIGHT, S. A Report on the diseases and physical pecularities of the negro race. *New Orleand Medical and Surgical Journal*, p. 691-715. 1851.

CARVALHO, Salo de. Substitutivos penais na era do grande encarceramento. In: ABRAMOVAY, Pedro; BATISTA, Vera Malaguti. *Depois do grande encarceramento*. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

CONRAD, Peter. Medicalization, genetics and human problems. In: BIRD, Chloe E; CONRAD, p; FREEMONT, Allen. *Handbook of medical sociology*. 5. ed. New Jersey: Prentice Hall, 2000.

COOPER, David. *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Locus Hypocampus, 1976.

COOPER, David. *The death of the family*. London: Penguin, 1971.

DAHRENDORF, Ralf. *Class and class conflict in industrial society*. Stanford: Stanford University Press, 1959.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *A nova razão do mundo*: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DE GIORGI, Alessandro. *A miséria governada através do sistema penal*. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

DELEUZE, Gilles. ¿Qué esun Dispositivo? In: BALBIER, E; DELEUZE, G; DREYFUS, H. L et al. *Michel Foucault filósofo*. Barcelona: Gedisa, 2009.

DREYFUS, H. L. *Post scriptum* sobre as sociedades de controle. In: DREYFUS, H. L. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DREYFUS, H. L.; GUATTARI, Félix. *Mil platôs:* capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. v. 1.

DONZELOT, Jacques. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

ESPOSITO, Luigi; PEREZ, Fernando M. Neoliberalism and the commodification of mental health. *Humanity & Society*, v. 38, n. 4, p. 414-442. 2014.

FOUCAULT, Michel. *A sociedade punitiva*: curso no Collège de France (1972-1973). São Paulo: Martins Fontes, 2015.

FOUCAULT, Michel. *Do governo dos vivos*: curso no Collège de France (1979-1980). São Paulo: Martins Fontes, 2014.

FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*: curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GARFINKEL, Harold. *Studies in etnomethodology*. Malden: Polity Press, 1984.

GARLAND, David. *A cultura do controle*: crime e ordem social na sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Revan, 2008.

GOFFMAN, Erwing. *A representação do eu na vida cotidiana*. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOFFMAN, Erwing. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

KIRK, S; KUTCHINS, H. *Making us Crazy*: DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders. New York: The Free Press, 1997.

LAING, Ronald D. *The divided self*: an existential study in sanity and madness. London: Penguin, 1960.

LAING, Ronald D. *The politics of experience and the bird of paradise*. London: Penguin, 1967.

LAING, Ronald D. *The self and the others*. London: Tavistock, 1961.

LEMERT, Edwin. *Social pathology*: a systematic approach to the theory os sociopatic behaviour. New York: McGraw-Hill, 1951.

MAUDSLEY, Charles. *The phisiology of the mind*. London: McMillan, 1876.

MEAD, George H. *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press, 1934.

MOORE, T; GLENMULLEN, J; FURBERG, C. Prescription Drugs Associated With Reports of Violence and Towards Others. In: PloS ONE (s12): el15337, 2010.

PARSONS, Talcott. *The structure of social action*. Glencoe: The Free Press, 1949.

ROSE, Nikolas. *Governing the soul*: haping of the private self. 2. ed. London: New York: Free Association Books, 1999.

SANTOS, Juarez Cirino dos. *A criminologia radical*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

SCHWARZ, Alan. Attention disorder or not, pills to help in schools. *The New York Times*. October 9, 2012.

SIMON, Jonathan. *Governing through crime*: how the war on crime transformed American democracy and created a culture of fear. New York: Oxford University Press, 2007.

SZASZ, Thomas. *A fabricação da loucura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1976.

SZASZ, Thomas. *Ceremonial chemistry*: the ritual persecution of drugs, addicts, and pushers. Syracuse: Syracuse University Press, 2003.

SZASZ, Thomas. *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

WACQUANT, Loic. *Punir os pobres*: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2013.

WHITAKER, Robert. *Anatomy of an epidemic*. New York: Broadway Paperbacks, 2010.

Pesquisas do Editorial

Veja também Doutrina

- Criminologia crítica: dimensões, significados e perspectivas atuais, de Salo de Carvalho – *RBCCrim* 104/279-303 (DTR\2013\9088);
- Discussão em torno do internamento de inimputável em razão de anomalia psíquica, de Maria João Antunes – *RBCCrim* 42/90-102, *Doutrinas Essenciais de Direito Penal* 3/1083-1097 e *Doutrinas Essenciais Processo Penal* 6/863-877 (DTR\2003\16); e
- Ensaio sobre a história da criminologia comparada a da psiquiatria, de Joe Tennyson Velo – *RBCCrim* 29/269-300 (DTR\2000\6).

O que diriam os "loucos"?

What would the "mad" say?

Fernanda Otoni de Barros Brisset

Doutora em Sociologia e Política pela UFMG. Mestre em Psicologia pela UFMG.
Diretora da Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas (2017/2018).
Coordenadora do PAI-PJ/TJMG e Supervisora da Rede de Saúde Mental da PBH.
fernanda.otonibb@gmail.com

Regina Geni Amorim Juncal

Mestre em Direito pela UFMG. Advogada criminalista.
Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
reginajuncal.advocacia@gmail.com

Recebido em: 31.01.2018
Aprovado em: 12.03.2018
Última versão do(a) autor(a): 28.03.2018

Área do Direito: Penal

Resumo: O artigo analisa, por meio de uma interlocução do direito com a psicanálise, propostas e projetos de lei que buscam alterar a forma de o Estado lidar com os portadores de sofrimento mental que cometem um delito, seja tornando ainda mais draconiana a medida de segurança, possibilitando internações longas e indeterminadas, seja delegando a competência pelo tratamento desses sujeitos à esfera cível ou mesmo apenas à autoridade de saúde. Saberes especializados sobre os "loucos", de diversas correntes políticas e epistemológicas, tomam a dianteira da discussão em cada proposta, sem que o saber desses sujeitos seja chamado a compor o debate. O conceito de periculosidade ainda resiste nos textos analisados, sendo que, quando ele é supostamente superado, ou seja, suprimido do direito penal, não são apresentados critérios suficientes para evitar satisfatoriamente que a

Abstract: The article analyzes, through an interlocution of the law with the psychoanalysis, Proposals and Projects of Law that search to change the way of the State to deal with the mental suffering people that commit a wrongdoing. It is to make the security measure even more draconian, allowing long and indeterminate admissions, either by delegating jurisdiction over the treatment of these subjects to the civil sphere or even to the health authority alone. Specialized knowledge about the "crazy", from several political and epistemological currents, takes the lead of the discussion in each proposal, without the knowledge of these subjects is called to compose the debate. The concept of dangerousness still resists in the texts analyzed, and when it is supposedly overcome, that is, suppressed from criminal law, sufficient judgement are not presented to avoid satisfactorily that segregation

segregação e a exceção não ocorram em outros âmbitos. A longa e atual internação de jovens na Unidade Experimental de Saúde, sem que lhes tenha sido dada a oportunidade de tratamento ambulatorial, dá mostras dos riscos e dos cuidados que se deve ter quando se trata de legislar sobre a matéria dos designados "loucos infratores": a lógica periculosista tende a permanecer e pode ser reproduzida massivamente mesmo fora do sistema penal. Nesse imbróglio de possibilidades, qualquer proposta deverá considerar o saber daquele nomeado como "louco" ou qualquer outra classificação que o designe. Sem isso, não há proposta legítima nem debate verdadeiramente democrático.

Palavras-chave: Medida de segurança – Inimputabilidade – Loucura – Direito Penal – Responsabilidade.

and exception does not occur in other areas. The long and current admission of young people in the Experimental Health Unit, without having been given an outpatient treatment, shows the risks and the care that must be taken when it comes to legislating on the subject of the so-called "crazy offenders": the logic of dangerous-ness tends to remain and can be reproduced massively even outside the penal system. In this confusion of possibilities, any proposal should consider the knowledge of the subject named as "crazy" or any other classification that designates them. Without this there is no legitimate proposal neither a truly democratic debate.

Keywords: Security measure – Inimputability – Madness – Criminal law – Responsibility.

> Para Benjamin, só uma revolução podia interromper a marcha da sociedade burguesa rumo ao abismo, mas ele dava a respeito da revolução uma definição nova: "Marx havia dito que as revoluções são a locomotiva da história mundial. Mas talvez as coisas se apresentem de maneira completamente diferente. É possível que as revoluções sejam o ato, pela humanidade que viaja nesse trem, de puxar os freios de emergência."
> (LOWY apud BENJAMIN, 2013, p. 19)

Sumário: 1. Introdução. 2. Saber e responsabilidade do "falasser por natureza". 2.1. O saber pericial – confabulações do "portador de diploma médico". 2.2. A resposta do falasser. 3. Inimputabilidade – pedra sepulcral do silêncio. 4. A importância do dispositivo conector. 5. Análise das propostas e projetos de lei que alteram as medidas de segurança. 5.1. Projeto de Lei do Senado 236/2012. 5.2. Reforma da Parte Geral do Código Penal: uma proposta alternativa para debate. 5.3. Proposta de Reforma da Parte Geral do Código Penal apresentada pelo Instituto Carioca de Criminologia. 5.4. Projeto de Lei do Senado 513, de 2013. 6. O que não se fala nas propostas apresentadas: a condição do falasser – condição humanizante que funda o direito à responsabilidade. 7. Considerações finais. 8. Referências.

1. Introdução

A medida de segurança constitui uma espécie de sanção penal portadora de um impasse quanto à noção de responsabilidade no Direito Penal, pois sua concepção parte da ideia de uma periculosidade intrínseca atribuída àqueles

que cometeram crimes e foram diagnosticados como "doentes mentais". Sua aplicação é historicamente reconhecida pelas sistemáticas violações de direitos dos que são submetidos a tal sanção. A medida de segurança é orientada por uma lógica epistêmica que, presente desde o discurso ideológico da Santa Inquisição – cuja pretensão foi identificar, classificar e eliminar o mal[1] –, se lastreia na perspectiva etiológica do crime e no direito penal de autor[2].

A sanção determinada para os inimputáveis funciona numa lógica que faz mover a engrenagem da segregação, para fazer valer as consequências da pressuposição de que loucura apaga o crime, como demonstrou Foucault[3]. O impasse engendrado pela aplicação da medida de segurança decorre do fato de que o direito penal de autor, abolido da argumentação discursiva que sustenta o direito penal moderno, sub-repticiamente, continua vivo a queimar nas fogueiras aqueles que não recebem uma pena pelo que são, mas recebem uma medida de segurança por serem etiquetados como *doentes mentais perigosos*, sem capacidade de responder pelos atos que praticam. A presunção da periculosidade, indubitavelmente, tem suas bases no direito penal de autor e permite a realização do genocídio silencioso das pessoas algemadas por tal sentença segregativa.

Por que insistimos que a medida de segurança, indubitavelmente, funciona como uma sentença segregativa, violadora de direitos?

1. BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. Genealogia do conceito de periculosidade. *Revista Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 57-52, 2011. Disponível em: [http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao_01_1/02-GENEALOGIA%20DO%20CONCEITO%20DE%20PERICULOSIDADE.pdf]. Acesso em: 15.01.2018.
2. "Ainda que não haja um critério unitário acerca do que seja o direito penal de autor, podemos dizer que, ao menos em sua manifestação extrema, é uma corrupção do direito penal, em que não se proíbe o ato em si, mas o ato como uma manifestação de uma 'forma de ser' do autor, esta em si considerada verdadeiramente delitiva. O ato teria valor de sintoma de uma personalidade; o proibido, reprovável ou perigoso, seria a personalidade e não o ato. [...] *O direito penal que parte de uma concepção antropológica que considera o homem incapaz de autodeterminação* (sem autonomia moral, isto é, sem capacidade para escolher entre o bem e o mal), *só pode ser um sujeito de direito penal de autor*: o ato é o sintoma de uma personalidade perigosa, que deve ser corrigida do mesmo modo que se conserta uma máquina que funciona mal" (PIERANGELI, José Henrique; ZAFFARONI, Eugenio Raúl. *Manual de direito penal brasileiro* – parte geral. 4. ed. São Paulo: Ed. RT, 2002. p. 118).
3. FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

Atualmente, as "melhores garantias" que um *portador de sofrimento mental* tem decorrem basicamente: da Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça, que dispõe sobre o máximo da pena cominada em abstrato como limite para o cumprimento da medida de segurança; da jurisprudência que reconhece a possibilidade de desinternação progressiva; e de poucos julgados que não vinculam a possibilidade de tratamento ambulatorial ao disposto no artigo 97 do Código Penal (a saber, a obrigatoriedade de imposição da medida de internação no caso de o crime ser punido com pena de reclusão).

É de se notar que a Lei 10.216/2001, fruto do movimento da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, ainda é pouco assimilada tanto pelo Executivo e Judiciário quanto pelo Legislativo brasileiro, salvo o pioneirismo do esforço cotidiano de sua aplicação prática, desde o ano 2000, pelo Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, que serviu de inspiração para outras propostas, como o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), em Goiás (2007), e o Projeto Desmedida, no Rio Grande do Sul (2015). No campo legislativo, recentemente vimos surgir alguns projetos de lei e propostas de reforma do Código Penal e da Lei de Execução Penais, que serão aqui brevemente analisados. Esses projetos e propostas tentam intervir em relação ao destino dos identificados como "portadores de sofrimento mental" que cometem um ilícito penal.

No entanto, um aspecto fundamental nos parece ainda não ter sido levado em consideração nas discussões para alterar o tratamento dos inimputáveis (seja ele no âmbito penal ou não): o que eles, os próprios "portadores de sofrimento mental", têm a dizer sobre isso. Nesse processo de discussão sobre modificações legislativas, há uma reprodução do lugar do "louco" na posição de objeto, que mais uma vez não tem voz sobre os seus direitos, sobre a sua própria situação. Quem diz sobre eles, novamente, é o "saber especializado" sobre a loucura.

Este artigo analisou as propostas e projetos de lei sobre a temática, bem como apontou para a premente necessidade de se instruir com o saber dos "loucos" nesse importante debate. Não é mais possível, com uma perspectiva garantista do direito penal e em uma sociedade democrática de direito, que os pré-conceitos sobre a loucura, forjados desde o século XVIII, continuem a determinar e assujeitar tais pessoas a essa tecnologia de controle e mortificação que é a medida de segurança.

2. Saber e responsabilidade do "falasser por natureza"

O diálogo cruzado entre o crime e a loucura tem sido objeto de diversos campos do saber. Histórica e, na maioria das vezes, exclusivamente, essa

interlocução tem tomado o dito "louco" como um objeto de exame científico, mudo e estático. Participam desse conjunto teorias no campo do direito, psicologia, psiquiatria, criminologia e outros. São abordagens cuja leitura positivista do homem "louco" jamais considera o saber que ele porta, que advém de sua experiência, e que, como ser falante, a transmite incontestavelmente a quem se dispuser a escutá-lo. O saber que orienta tais abordagens é o saber do examinador, e nunca o do sujeito. Tal situação nos permite estabelecer uma relação importante entre saber e poder, quando fica evidente que o saber que está em jogo nesse processo participa da formação de um discurso cuja lógica biopolítica visa ao controle das populações. Tal controle só se alcança ao silenciar o saber que o ser falante porta sobre sua experiência com a loucura – um saber real que, ao se fazer ler, desmonta qualquer pretensão de controlá-lo.

2.1. O saber pericial – confabulações do "portador de diploma médico"

Nesse sentido, o saber científico encarnado no discurso psiquiátrico, por meio das perícias médicas e dos argumentos que a elas se referem, não apenas reconhece a inimputabilidade como confirma a existência da suposta *periculosidade*. Essa etiqueta permanece no sujeito mesmo depois que se constata, por perícia médica, a sua *cessação* (*vide* os exames de verificação da cessação da periculosidade), sendo tal saber transcendente, moralizante e sem conexão com o real singular de cada caso ali em jogo. Partindo de premissas higienistas e ideológicas, as perícias apresentam como possível um mundo que só existe nas confabulações do examinador. Inadvertidamente, seu poder de contágio contamina aqueles que, longe do que dizem os "loucos", decidem o que é melhor para esses sujeitos e para a sociedade a partir de tais considerações, como se fossem a tradução da verdade.

Tais perícias se confirmam, no cotidiano da prática jurídica, como o principal elemento para a liberação ou manutenção de indivíduo sentenciado com uma medida de segurança, algemando-o, quase sempre definitivamente, à sentença que lhes foi imposta, justo pelo que ele é e não pelo que ele fez, contrariamente ao que se espera de uma resposta do Estado, que, doutrinariamente, deveria ser aplicada de forma democrática a todos, conforme o fato-crime cometido.

O suposto saber especializado sobre a loucura contamina e dirige a doutrina penal: em que pese o resultado do incidente de insanidade mental não vincule o magistrado para determinar a inimputabilidade (muito embora a praxe seja acatar a classificação e impor a medida de segurança), o exame de verificação da cessação da periculosidade, por sua vez, vincula por completo a

manutenção ou não do sujeito no sistema. Ou seja, o saber psiquiátrico, nesse caso, *determina* a decisão do juiz, que só pode liberar o sujeito da sanção caso seja positivo o exame de cessação da periculosidade. Dessa forma, o diagnóstico está longe de ser apenas um dado informativo para o magistrado, pois, de fato, ele (diagnóstico) acaba por determinar os rumos do processo[4]. Esse cenário demonstra uma vez mais a força do saber especializado, seu poder sobre os destinos da loucura no âmbito penal – o porão, na enorme maioria dos casos.

A designação "portador de sofrimento/doença mental", em si mesma, já indica o entendimento de que esse sujeito porta, como condição intrínseca e imutável de sua existência, a periculosidade. Dessa leitura decorrem todas as confabulações doutrinárias e científicas sobre a presunção de periculosidade e, por consequência, presumem nele um sujeito incapaz de responder, de saber, de falar por si mesmo da sua experiência; portanto, um sujeito que não precisa ser considerado e escutado enquanto um ser falante capaz de saber transmitir

4. "Uma inadequada prática judiciária permite aos peritos concluírem seus laudos afirmando ou negando tivesse o sujeito compreendido a criminalidade do ato. Semelhante afirmação usurpa a função judicial, que é a única a que incumbe determiná-lo, por tratar-se de um grau de exigibilidade e não de uma simples comprovação técnico-médica" (PIERANGELI, José Henrique; ZAFFARONI, Eugenio Raúl. *Manual de direito penal brasileiro* – parte geral. 4. ed. São Paulo: Ed. RT, 2002. p. 630-631).

   No mesmo sentido: "Aqueles que prestigiam o conceito de doença mental engessado na concepção alienista de base biológica esquecem que a doença mental só resulta em inimputabilidade quando impedir que se possa exigir do sujeito a compreensão da ilicitude de sua conduta ou a autodeterminação segundo tal compreensão, *o que compreende claríssima valoração jurídica imposta pela lei*. Para eles, o fator valorativo, indispensável para o juízo de culpabilidade, estaria a rigor excluído pela predominância biológica da doença mental; assim, ante o diagnóstico pericial, tocaria ao juiz apenas referendá-lo (declarando a imputabilidade ou a inimputabilidade). Já disse que isso seria uma 'conviva de pedra' no processo. Ao contrário, *a declaração de inimputabilidade demanda claramente a valoração jurídica da doença mental (em sentido amplo) ou do desenvolvimento mental incompleto ou retardado referida ao conteúdo injusto do fato concreto*. Reside aí um componente jurídico-valorativo através do qual é avaliada a aptidão da doença mental (em sentido amplo) ou do desenvolvimento mental incompleto ou retardado para suprimir a capacidade de compreensão. [...] Por isso costuma-se frisar que a fórmula legal responde a um *critério psíquico-normativo, já que ela remete às limitações psíquicas do sujeito submetidas no entanto a uma valoração jurídica. [...] Com isto, fica claro que a imputabilidade penal constitui um conceito jurídico, cuja valoração corresponde unicamente ao juiz, a quem o perito apenas ilustra com os dados de seu saber*" (ALAGIA, Slokar; BATISTA, Nilo; SLOKAR, Alejandro; ZAFFARONI, Eugenio Raul. *Direito penal brasileiro*. Rio de Janeiro: Revan, 2017. v. 2. t. 2. p. 257-258. Grifo nosso).

o que importa sobre sua vida, ainda que seja ao seu modo. O saber psiquiátrico nesses casos é a única voz a ser levada em conta no processo. O saber do "portador de diploma médico" passa a ser o único saber válido para dizer quem é o "portador de doença mental" e o que ele pode vir a ser. O que o sujeito fez não interessa mais, muito menos o que ele diz e o que ele sabe. "O que ele é", conforme o saber do perito, passa a dirigir o processo judicial. O exame de verificação da cessação da periculosidade se torna um imperativo e o especialista opera em um registro de garantia diante do real, impossível de saber[5].

Trata-se, na verdade, de uma ideologia de controle cuja pretensão é transmitir a funcionalidade da defesa social[6], outro conceito cuja materialidade social se realiza na prática executiva por meio do exercício cotidiano da violação de direitos. Mas como mensurar a periculosidade de alguém? Seria possível?

Como legitimar em um Estado democrático que um ser falante não tenha o direito de ser escutado sobre um ato que praticou? Quais são os princípios republicanos que sustentam a instalação da mordaça em sua boca, silenciando sua palavra, sua voz, sua resposta? Como sustentar a validade dos direitos humanos num Estado Democrático de Direito quando se admite que

5. Vide GOMES, R. M. M. A avaliação pericial do louco infrator: dos desvios da norma à responsabilidade pelo imprevisível. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2015. p. 207.

6. A ideologia de defesa social (ou do "fim") nasceu contemporaneamente à revolução burguesa e, enquanto a ciência e a codificação penal se impunham como elementos essenciais do sistema jurídico burguês, aquela assumia o predomínio ideológico dentro do específico setor penal. As escolas positivistas herdaram-na da Escola clássica, transformando-a em algumas de suas premissas, em conformidade com as exigências políticas que assinalam, no interior da evolução da sociedade burguesa, a passagem do estado liberal clássico ao estado social. O conteúdo dessa ideologia [...] é sumariamente reconstruível na seguinte série de princípios. (a) *Princípio da legitimidade*. [...] (b) *Princípio do bem e do mal*. [...] (c) *Princípio de culpabilidade* [...]. (d) *Princípio da finalidade ou da prevenção*. [...] (e) *Princípio de igualdade*. [...] (f) *Princípio do interesse social e do delito natural*. [...] As diferenças entre as escolas positivistas e a teoria sobre criminalidade da escola liberal clássica não residem, por isso, tanto no conteúdo da ideologia da defesa social e dos valores fundamentais considerados dignos de tutela, quanto na atitude metodológica geral com relação à explicação da criminalidade. [...] O conceito de defesa social parece ser, assim, na ciência penal, a condensação dos maiores progressos realizados no direito penal moderno. Mais que um elemento técnico do sistema legislativo ou do dogmático, este conceito tem uma função justificante e racionalizante com relação àqueles (BARATTA, Alessandro. *Criminologia crítica e crítica do direito penal* – introdução à sociologia do direito penal. 6. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011. p. 41-43. Grifo do autor).

alguns – dentre outros, os classificados como inimputáveis e presumidamente perigosos, conforme laudo de especialista – sejam jogados na vala dos incapazes de responder pelos seus atos? E, por isso, admite-se que sejam sentenciados – por serem o que são, loucos e infratores – a uma sentença de segregação, por tempo indeterminado, condenados ao exílio no silêncio?

Não há democracia ou qualquer vislumbre de direitos humanos quando se decepa a voz de um corpo, quando arrancam a fala do ser, quando ignoram seu saber e sua resposta por ser o que é. No direito penal de autor, a pessoa é acusada e condenada pelo que ela é, por sua condição existencial: essa situação não é diferente da medida de segurança, quando o indivíduo é absolvido pelo que ele é e sujeito a diversas consequências "jurídico-terapêuticas" que não podem ser consideradas melhores que a pena.

2.2. A resposta do falasser

Por nossa condição como sujeito somos sempre responsáveis[7], é o que nos ensina Jacques Lacan. E essa colocação, diga-se, é de uma radicalidade quanto ao que marca a fundação da condição humana, ou seja, do falasser (*parlêtre*). O homem tem um corpo, fala com seu corpo. O ato é sempre uma manifestação, uma resposta, desse homem que fala com seu corpo, "ou em outras palavras, que é um falasser por natureza"[8]. Ali onde a natureza humana, em ato, se mostra tão real, deveríamos nos apressar em apagá-la? Por que silenciar o ser falante que o praticou? "Nada é mais humano que o crime"[9], afirmou Jacques-Alain Miller.

Fazer passar para a ordem simbólica o que de sua humanidade se apresentou em ato é o que esperamos de um projeto de civilização. Engendrar o sem sentido do ato na cadeia do discurso – se possível, provocar um esforço de grampear isso em algumas palavras – é promover a conexão do ser falante com o mundo público após o ato.

Responder, publicamente, pelos atos dos quais é autor é se servir da língua para localizar o que irrompeu como incabível no laço social; é reafirmar-se

7. LACAN, Jacques. A ciência e a verdade. In: LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 873.

8. "Foi para não perdê-lo, esse pulo do sentido, que enunciei agora que é preciso sustentar que o homem tem um corpo, isto é, que fala com seu corpo, ou em outras palavras, que é um falasser por natureza" (LACAN, Jacques. Joyce, o sintoma. In: LACAN, Jacques. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 2003. p. 562).

9. Disponível em: [http://almanaquepsicanalise.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Nada-mais-humano-que-o-crime.pdf].

partícipe da humanidade, cuja experiência da linguagem marca a singularidade da condição humana entre o conjunto dos animais. Ter acesso a essa possibilidade é dar o direito a cada um de alçar no campo do discurso uma resposta razoável, ainda que não seja estritamente racional.

No caso das pessoas em que a passagem ao ato configurou uma espécie de crime, entendemos que a força do próprio ato insurge de uma angústia intensa, inominável e sem cabimento nas formas simbólicas, tantas vezes vivida como um sofrimento, uma coisa sem sentido, mas radicalmente real e materialmente perturbadora. Sigmund Freud[10] designou tal força pelo conceito de pulsão. Sobretudo, é justo lá onde a pulsão se engendra que a posição subjetiva deixa sua marca, apresenta-se de forma inexorável. O ato é uma escolha da pulsão[11], é quando o ser mostra o que há em si de mais humano, portanto, um ato é sempre uma assinatura, marca da responsabilidade.

Conferir a esses sujeitos a possibilidade de alçar tal força pulsional ao campo do discurso, servindo-se da língua própria para conferir forma simbólica ao impossível de dizer que precipitou o ato, é uma aposta no laço social: uma sutura no lugar da ruptura. É dar condições para que ele possa estabelecer outras saídas para a sua angústia que não a passagem ao ato, que não o crime, enquanto responde por sua posição, ou seja, seu modo de viver a pulsão. Quanto a isso, somos todos loucos, porque "há o gozo"[12]; pulsa no ser uma coisa que ultrapassa a jurisdição do pensamento, pois há uma vontade que não pensa, que não tem governo, nem nunca terá. E isso participa do fato de que o ser humano porta um corpo – "há gozo enquanto propriedade de um corpo vivo"[13] – que fala. Há uma disjunção real entre o gozo e o Outro, ou seja, a relação aí não é natural, ela só se instala à custa de conectores[14].

---

10. FREUD, Sigmund. *A pulsão e suas vicissitudes*. Edição Bilíngue. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. p. 13-72.
11. A entrevista com Éric Laurent, "O tratamento da escolha forçada da pulsão", pode nos servir de forma esclarecedora aqui. Disponível em: [http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao_02_01/01-O%20TRATAMENTO%20DAS%20ESCOLHAS%20FORCADAS%20DA%20PULSAO.pdf]. Acesso em: 15.01.2018.
12. LACAN, Jacques. *O seminário, livro 20*: mais, ainda (1972-1973). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
13. MILLER, Jacques-Alain. Os seis paradigmas do gozo. *Opção Lacaniana* on-line *nova série*, São Paulo, n. 7, ano 3, p. 42, 2012. Disponível em: [http://opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_7/Os_seis_paradigmas_do_gozo.pdf]. Acesso em: 15.01.2018.
14. "Há um corpo que fala. Há um corpo que goza por diferentes meios. O lugar do gozo é sempre o mesmo, o corpo. Ele pode gozar masturbando-se ou, simplesmente,

Por isso se entende que convocar o falasser a falar para alguém, dizer do gozo que irrompeu na forma de ato, é oferecer-lhe forma de conectar o que pulsa em seu corpo à forma simbólica, inventando conectores, grampos, para reenlaçar o que irrompeu fora da lei, fora do laço social, e encontrar nesse acesso a invenção de uma outra forma de satisfação do gozo, o gozo da fala, ampliando seu circuito mais além do corpopróprio.

Normas, processos e rituais jurídicos fazem parte do escopo simbólico e cultural de uma dada sociedade, e, ao ser ofertado a todo cidadão, serve como um recurso civilizatório, regulador, ao indicar o que é razoável como forma de satisfação nos modos de convívio e o que do gozo restará sempre sem cabimento no laço social: o fora da lei. No final das contas, o Direito existe porque há o gozo. É nisso que está a sua essência, diz Lacan, "repartir, distribuir, retribuir o que diz respeito ao gozo"[15]. E viver junto exigirá de cada um essa tarefa constante de regulação do gozo, desde que seja permitido gozar um bocadinho, que cada um possa, afinal, alçar um pedacinho de satisfação. Existem tantas formas de satisfação, ou seja, de gozar, quantos forem os falasseres. O direito de convivência, dada tal pluralidade, participa de uma real democracia. Afinal, "são esses bocadinhos do gozo que conferem seu estilo próprio ao nosso modo de vida"[16]. A cada um é consentido gozar, desde que não ultrapasse a borda do que é considerado razoável em uma dada sociedade. Em nossa sociedade, coube ao Direito estabelecer as estacas formais que delimitam essa borda.

Dos diversos modos de satisfação, podemos sublinhar o órgão da linguagem como um aparelho de gozo, pois boa parte dessa satisfação se localiza e se realiza no ato de falar. Jacques-Alain Miller irá sublinhar em Lacan, no princípio de seu ensino, que:

> Uma satisfação provém do fato de falar para alguém e de um certo número de efeitos de mutação que isso acarreta. Fala-se para alguém e, ao se falar

falando. [...] Trata-se de tomar a fala como um modo de satisfação específica do corpo falante" (MILLER, Jacques-Alain. Os seis paradigmas do gozo. *Opção Lacaniana* on-line *nova série*, São Paulo, n. 7, ano 3, p. 45, 2012. Disponível em: [http://opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_7/Os_seis_paradigmas_do_gozo.pdf]. Acesso em: 15.01.2018).

15. LACAN, Jacques. *O seminário; livro 20*: mais, ainda (1972-1973). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. p. 11.

16. MILLER, Jacques-Alain. Os seis paradigmas do gozo. *Opção Lacaniana* on-line *nova série*, São Paulo, n. 7, ano 3, p. 36, 2012. Disponível em: [http://opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_7/Os_seis_paradigmas_do_gozo.pdf]. Acesso em: 15.01.2018.

> para alguém, aparecem efeitos de verdade que remanejam o sujeito completamente. A relação com o Outro surge, aí, como sendo inaugural, inicial, dada[17].

Por que a interlocução com a psicanálise nos interessa nesse debate? Porque aos sujeitos ditos "loucos e infratores", hoje, resta o silêncio. Os peritos falam em seu lugar. Depois de detectada a sua inimputabilidade, não são ouvidos em audiências, não participam do processo, pois sua fala não é considerada válida. Considerar esses sujeitos como cidadãos de direitos é conferir a cada um o direito de participar de cada formalidade instituída enquanto processo jurídico. Nossa prática junto a esses falasseres nos confirma que a acessibilidade a formas jurídicas, como qualquer cidadão, pode vir a ser uma maneira de fazer o gozo alçar o campo do discurso e fazer dessa alça um modo de grampear-se ao laço social, conferindo à substância pulsional uma borda, um litoral.

Por essa via do alçamento, em muitos casos verifica-se uma mutação da satisfação, do ato à fala, sempre de forma contingente e singular, ao modo do laço social de cada um, mas, indubitavelmente, uma forma inédita de lidar com o que do gozo tende a escapar. É o que o PAI-PJ pode testemunhar, em 18 anos de experiência, por meio de inúmeros casos dos falasseres que acompanha em sua relação com a justiça.

Não oferecer o acesso a esse recurso civilizatório que participa da ordem simbólica de nossa época é manter a solução segregativa de ejetar o indivíduo denominado *inimputável* para um sistema de exceção da humanidade, objetalizá-lo como um animal para exame, promovendo o apagamento da expressão de sua fala, pela qual transmite sua singularidade, sua resposta/responsabilidade. Ao não se reconhecer sua condição de falasser por natureza, lhe é negado o direito de demonstrar sua capacidade de conectar o que é disjunto pela própria natureza.

3. Inimputabilidade – pedra sepulcral do silêncio

Ao fim e ao cabo, pergunta-se: quem falou que o sujeito dito "psicótico", conforme a nosografia psicopatológica científica atual, não é capaz de responsabilidade? As pessoas que cometem crimes, em uma situação de sofrimento, em resposta à angústia, não seriam falasseres? Existe sujeito sem

17. MILLER, Jacques-Alain. Os seis paradigmas do gozo. *Opção Lacaniana* on-line *nova série*, São Paulo, n. 7, ano 3, p. 42, 2012. Disponível em: [http://opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_7/Os_seis_paradigmas_do_gozo.pdf]. Acesso em: 15.01.2018.

responsabilidade? Qual conceito de responsabilidade fundamenta a inimputabilidade? A teoria do livre-arbítrio, enquanto crença religiosa ou elucubração filosófica de um mundo moral que só existe no exercício paradoxal do pensamento? É sustentável a crença nesse impossível? O livre-arbítrio não é um conceito puro, provamos todos de sua impureza. Cometemos atos sem pensar, dadas as contingências do tempo de sua ação. A livre escolha pode se mostrar uma escolha forçada.

Somos, então, todos os vivos da humanidade, intrinsecamente perigosos?

A presunção de periculosidade, noção despida de qualquer pretensa precisão científica e tão nutrida de violência simbólica, mesmo física, como efeito do sentido moral, poderá ser substituída, ou melhor, subvertida pela presunção de sociabilidade?[18] A periculosidade é um conceito forjado e naturalizado ao longo da história. Esse conceito permitiu que a psiquiatria fosse reconhecida como campo autônomo da medicina[19], bem como permitiu a legitimação de espaços de segregação e de exceção para as pessoas tidas como "perigosas"[20].

A concepção do louco como mais perigoso e mais imprevisível do que qualquer um dos considerados "normais" franqueou no direito penal um regime específico, desprovido de garantias penais e processuais penais disponíveis à população infratora não "portadora de sofrimento mental". A naturalização da loucura como intrinsecamente perigosa, bem como o conceito mesmo de periculosidade trata-se de um esquema moral que foi normatizado. Nesse sentido, a norma só se coloca como referência de regulação quando é instituída e colocada como parâmetro em detrimento ou para substituir um estado de coisas insatisfatório, que se quer afastar. Só se institui uma norma enquanto ordem possível pela aversão à norma inversa possível.

> Em resumo, sob qualquer forma implícita ou explícita que seja, as normas comparam real a valores, exprimem discriminações de qualidades de acordo

18. BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. Assassinato d'alma: impasses sobre a responsabilidade na leitura de "o crime louco". *Revista Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 23-38, 2013. Disponível em: [https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/1778/2/Revista%20Responsabilidades-Vol.%203%20N.%201.pdf]. Acesso em: 18.01.2018.
19. FOUCAULT, Michel. *Estratégia, poder-saber*. Ditos e escritos IV. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
20. "O nó entre defesa social e periculosidade criminal normatiza a parceria direito-psiquiatria, criando uma nova tecnologia de controle desses casos: a medida de segurança" (BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. Genealogia do conceito de periculosidade. *Revista Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 47, 2011).

> com a oposição polar de um positivo e de um negativo. Essa polaridade da experiência de normalização, experiência cientificamente antropológica ou cultural – se é verdade que por natureza se deve entender apenas um ideal de normalidade sem normalização –, baseia-se a prioridade normal da infração na relação da norma com seu campo de aplicação.
>
> Uma norma, na experiência antropológica, não pode ser original. A regra só começa a ser regra fazendo regra, e essa função de correção surge da própria infração[21].

Pierre Legendre, jurista contemporâneo de Lacan, afirmava que o Direito divulga certo regime de crenças e se inaugura enquanto instrumento político. Assim, a arte do censor é a de fazer crer, ou seja, "a crença, eis aí um termo chave [...]. O trabalho do jurista é exatamente a arte de inventar palavras [...], de indicar o objeto onde a política coloca o prestígio e de manipular as ameaças primordiais"[22]. No caso em tela, o que se quis fazer crer e demonstrar é que o sujeito racional, normal, imputável é capaz de responsabilidade e que o sujeito louco, irracional, inimputável não é capaz, por ser o que é. Essa ideia passou a fazer parte de um esquema normativo que designava o inimputável. Isso significa dizer que não é porque o louco é diferente no seu modo de vida que ele não seja capaz de responder por seus atos, ainda que de forma diferenciada. A ideia de um sujeito padrão contribui historicamente para a padronização de comportamentos, a criação de norma e a noção de desvio. Não diz necessariamente sobre reais capacidades de pessoas concretamente consideradas.

A questão que se coloca com o arcabouço teórico em matéria penal derivado desses saberes que "avaliam a periculosidade" é que a construção da ideia de homem médio, de prognósticos de risco, de norma – ou seja, a destituição de toda singularidade do sujeito – retira do eventual "louco infrator" (e, nos idos do positivismo criminológico, também do "criminoso comum") a condição de responsável. Assim como padrões de comportamentos são estabelecidos, formas de prevenção e respostas universais também são estabelecidas, de forma generalista.

> Livremo-nos também desse homem médio, que, em primeiro lugar, não existe. É apenas uma ficção estatística. Existem indivíduos, é tudo. Quando

21. CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p. 190.

22. LEGENDRE, P. *O amor do censor*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1983. p. 8-24.

> ouço falar do homem da rua, das pesquisas de opinião, de fenômenos de massa e de coisas desse gênero, penso em todos os meus pacientes que vi passar pelo divã em quarenta anos de escuta. Nenhum, em qualquer medida, é semelhante ao outro, nenhum tem as mesmas fobias, as mesmas angústias, o mesmo medo de contar, o mesmo medo de não compreender. O homem médio, que é? Eu, o senhor, meu zelador, o presidente da república?[23]

No caso do "louco", a medida de segurança desloca o ilícito penal que motivou a entrada do sujeito no sistema penal da razão que enseja a sua manutenção nesse sistema. O "louco" é estigmatizado sobretudo no sentido de ser *anormal* e *doente mental*, condição esta que o impediria de falar, de dizer jurídica e socialmente sobre o seu ato. Assim, a sua condição seria incapacitante, sendo o caso de um sujeito que foge tanto à suposta média, que lhe é retirada toda a possibilidade de se posicionar sobre o seu ilícito penal, sobre o seu próprio ato. Tratar-se-ia de uma completa inaptidão social, que geraria uma consequente subcidadania drástica.

> Definir a anormalidade a partir da inadaptação social é aceitar mais ou menos a ideia de que o indivíduo deve aderir à maneira de ser de determinada sociedade, e, portanto, adaptar-se a ela como a uma realidade que seria, ao mesmo tempo um bem. Em virtude das conclusões do nosso primeiro capítulo, parece-nos lícito poder rejeitar esse tipo de definição sem ser tachado de anarquismo. Se as sociedades são conjuntos mal unificados de meios, podemos negar-lhes o direito de definir a normalidade pela atitude de subordinação que elas valorizam em nome da adaptação[24].

A inimputabilidade decreta o silêncio do sujeito durante todo o processo penal e, não obstante, o faz suportar um castigo ainda pior que a pena. O caso do conhecido filósofo francês Louis Althusser é um precioso relato daquele que, por seu crime, dito *louco*, foi condenado ao silêncio pelo assassinato de sua esposa; como *louco*, não pôde responder, sendo condenado à *pedra sepulcral do silêncio*. Althusser faz do seu livro autobiográfico, *O futuro dura muito tempo*, uma resposta ao sequestro indeterminado de sua palavra, à mordaça que incrustaram em seu corpo com a impronúncia, interdito que lhe foi decretado

23. Entrevista inédita de J. Lacan realizada por Emilio Granzotto, concedida à revista italiana *Panorama*, 1974 (LACAN, Jacques. Un entretien inédit avec Jacques Lacan par Emilio Granzotto. *Magazine Littéraire*, n. 428, février 2004).

24. CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p. 230-231.

com a sentença baseada em uma inimputabilidade que lhe rendeu seus últimos anos em internação:

> Este libro es la respuesta a la que, en otras circunstancias, habría estado obligado. Y cuanto pido, es que se me conceda; que se me conceda ahora lo que entonces habría sido una obligación.
>
> [...] Cuando hablo de prueba, no sólo me refiero a lo que había vivido en mi intenamiento, sino a lo que viví postenormente, y tambien, soy consciente de ello, a lo que me condenaron a vivir hasta el fin de mis días si no intervenía *personal* y *publicamente* para hacer oír mi propio testimonio. ¡Tantas personas en mi lugar de buen o mal grado, se han ofrecido hasta hoy a hablar o a callarse en nombre mío! El destino del no ha lugar es, en realidad, la losa sepulcral del silencio[25].

Desse modo, em que pese não seja considerado capaz de responsabilidade perante o ordenamento jurídico, o "louco" continua suportando as consequências dos seus atos, porém as suporta de uma forma ainda pior que uma pena, uma vez que sem as garantias penais e processuais penais dela advindas. Colocar em palavras o sem-sentido do ato, convocar o falar a alguém, no caso a autoridade jurídica, como forma de responder pelo que se faz, é considerar a responsabilidade enquanto uma condição intrínseca do ser falante, condição que deveria ser compreendida não apenas como um dever, mas também como um *direito*. Como Althusser, os que não podem responder por seus atos, mesmo depois do ato, demonstram o esforço de conexão ao laço social; dedicam o tempo que segue o trauma a construir arranjos conectores para dar conta das consequências de seu ato. Essa operação intrinsecamente humana é o que não muda, e participa do cenário da vida como ela é, ainda que o direito penal/avestruz continue com a cabeça enfurnada no buraco de suas abstrações sobre o tal do homem médio.

4. A importância do dispositivo conector

Fato é também que há dispositivos que não se orientam pela periculosidade do *louco infrator*, que encontram formas de favorecer a conexão do seu modo de viver a pulsão ao mundo público do Outro, atentos ao que funciona como borda/litoral ao gozo e ao que pode servir de alçamento ao laço social.

25. ALTHUSSER, L. *El porvenir es largo* – los hechos. Barcelona: Ediciones Destino, 1992. p. 25-31.

Aqui se destaca o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário *Portador de Sofrimento Mental*, o PAI-PJ. Esse trabalho, que teve início como um projeto-piloto em 1999, transformou-se em iniciativa institucional do Tribunal de Justiça de Minas Gerais em 2001, vinculando-se ao Programa Novos Rumos no ano de 2010. O PAI-PJ funciona como *dispositivo conector*, nas palavras de Célio Garcia:

> O dispositivo conector funciona como uma sutura que vem refazer uma conexão que estava interrompida. O termo sutura é usado em Medicina, exatamente com o sentido que acaba de ser lembrado. Ele não assume caráter defeituoso, ou de precariedade, como seria o caso se o aproximássemos de remendo, ou substituto de uma solução mais elaborada.
>
> A conexão se passa entre duas instâncias do serviço público brasileiro, a saber, o serviço de Saúde Mental e o Judiciário. Entre as instâncias dos dois serviços, havia um tensionamento originado pelo acúmulo de usuários que chegavam às portas do hospital psiquiátrico, oriundos do Judiciário, quando esses usuários haviam recebido uma medida de segurança, após terem sido considerados inimputáveis diante do juiz. [...] O paralelo com o dispositivo conector sugere que estamos diante de fenômenos aproximados do ponto de vista da invenção, criação social. [...] O dispositivo conector viu seu alcance reconhecido por sua vez, ao revelar toda sua capacidade quando permitiu tirar uma outra conclusão, a saber, era possível atender o louco infrator longe do regime de internação permanente, das instituições manicomiais, marcadamente fonte e origem de sociabilidade destroçada, e demais traços de uma prática segregativa[26].

O êxito do PAI-PJ se mostra não apenas por articular a rede de saúde mental com o Poder Judiciário sem se pautar na periculosidade para o direcionamento do tratamento, mas também por demonstrar que, ao ampliar os recursos discursivos e materiais que favorecem o laço social, a redução da passagem ao ato é uma resposta, como demonstra a redução a quase zero da reincidência por crimes hediondos. A importância desse necessário *dispositivo conector*, que se instala entre os equipamentos de tratamento em saúde mental e o sistema judiciário, possibilita-nos analisar algumas importantes e atuais propostas de alteração de leis penais que dizem respeito ao *louco infrator* e, portanto, à medida de segurança.

26. GARCIA, Célio. Prefácio. In: BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. p. 8-9.

O PAI-PJ, como se tornou notório, subverteu a lógica da presunção da periculosidade para a presunção da sociabilidade. Entendendo que o ato ilícito é uma resposta do sujeito *entre outras possíveis*, o que se deve fazer é oferecer as condições necessárias para que o sujeito possa construir outras respostas. Isso, porém, só é possível com o reconhecimento da potência de sociabilidade do dito "portador de sofrimento mental", potência verificável em toda e qualquer pessoa, o que implica considerá-lo responsável pelo que, em si, segue insondável e o marca, irredutivelmente. Ou seja, uma ação como essa só é possível se considerar a condição de falasser por natureza de cada um, sem exceção.

> A lei é a borda, resposta simbólica e social que indica o limite para nossos atos em uma comunidade, numa determinada época. A lei é uma referência, inclusive para situações em que o sofrimento intenso embaraça a fronteira que demarca as condições de sociabilidade, dos acordos de convivência reguladores da sua humanidade. Apresentar-se como responsável é reconhecer a lei e consentir com as consequências estabelecidas pela sociedade quando seu ato for fora da lei. [...] Porém, no final das contas, é o tal dito "louco" julgado incapaz de responder pelas consequências de seus atos, quem responderá. Serão o seu corpo, sua subjetividade e sua sociabilidade que sofrerão as consequências da sua suposta incapacidade e periculosidade. [...] O delírio de controle do risco, presumível no corpo marcado pelo diagnóstico, tornou o próprio sistema de justiça enlouquecido. As sentenças criminais, por via de regra, ao conter os corpos a serem controlados, geram danos cada vez maiores na vida dessas pessoas. A subjetividade e a singularidade desses sujeitos que passaram ao ato com seus crimes foram trituradas pelo trator nosológico, deixando essas pessoas quase sempre incapazes de se protegerem e se defenderem em face dos julgamentos que silenciam a sua voz, promovendo o apagamento do sujeito e de suas respostas de sociabilidade[27].

A lei demarca com suas estacas normativas as formas razoáveis de sociabilidade admitidas em uma dada sociedade – cabe a cada um encontrar a sua forma de se conectar ao mundo público, conforme seu sinthoma[28], seu modo único de fazer laço social. Tarefa intransferível e de responsabilidade do sujeito. Nesse sentido, mostra-se impossível o reconhecimento e a aposta na sociabilidade enquanto a palavra do sujeito designado no processo como

27. BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. Assassinato d'alma: impasses sobre a responsabilidade na leitura de "O crime louco". *Revista Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 23-38, 2013.

28. LACAN, Jacques. *O seminário, livro 23*: o sinthoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

"louco e infrator" não for considerada como portadora da expressão de sua vida e de suas consequências, ou seja, enquanto ainda houver qualquer referência a periculosidade e inimputabilidade.

A presunção de que o dito "louco infrator" é uma ameaça intrínseca à sociedade só seria admissível se essa presunção se estendesse a todo e qualquer indivíduo, pois nada mais humano que o crime e a loucura. Fora isso, tal presunção se revela segregativa, destrói possibilidades de conexões inéditas e inviabiliza a construção de uma saída democrática quanto ao modo como nossa sociedade responde aos crimes que nela acontecem, sejam eles praticados por quem quer que seja. Afinal, não existe crime normal, todo crime é fora da lei, fora da norma, portanto, anormal. E, diante do cenário de reforma que se apresenta, na pauta legislativa dos dias que correm, perguntamos: Quais são os fundamentos e concepções sobre direitos e os humanos que as inspiram? Qual a concepção de sujeito em jogo? Para qual horizonte apontam?

5. Análise das propostas e projetos de lei que alteram as medidas de segurança

5.1. Projeto de Lei do Senado 236/2012

Passar-se-á, primeiramente, à análise do Projeto de Lei do Senado (PLS) 236/2012[29], que propõe a reforma do Código Penal. No que concerne à medida de segurança, a sua manutenção, bem como a manutenção do referencial da periculosidade e dos fins curativos, apresenta-se da forma mais draconiana, legitimando internações perpétuas.

De acordo com o referido PLS, o limite máximo da medida de segurança é o da pena cominada em abstrato; ou 30 anos, nos fatos criminosos praticados com violência ou grave ameaça à pessoa, salvo se o crime for de menor potencial ofensivo. Não obstante, assevera em seu art. 96, § 3º, que, atingido o limite máximo, ou seja, o máximo da pena cominada em abstrato para o crime ou o limite de 30 anos (nos crimes com violência ou grave ameaça contra pessoa), poderá o Ministério Público ou o responsável legal pela pessoa requerer, *no juízo cível*, o prosseguimento da internação.

Este texto desconsidera por completo o que já foi amplamente aceito na jurisprudência brasileira, que entende que o limite do cumprimento da medida

29. Disponível em: [http://s.conjur.com.br/dl/anteprojeto-codigo-penal.pdf]. Acesso em: 10.01.2018.

de segurança é o máximo da pena cominada em abstrato (o que ainda é um cenário ruim, mas é considerado um avanço perto da possibilidade de perpetuidade da medida ou dos 30 anos previstos por analogia ao Código Penal). Sem um sistema de dosimetria e individualização de qualquer medida a ser aplicada, não é possível garantir uma ação jurisdicional constitucionalmente orientada. O PLS 236/2012 se pauta em uma concepção de saúde mental completamente alienada dos preceitos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, bem como continua a se orientar pela lógica do *indivíduo perigoso*.

Em resumo, uma proposta que, em pleno século XXI, ressuscita a teoria de defesa social lombrosiana ao criar os meios legislativos de extirpar da sociedade, de forma definitiva e irrevogável, o que for diagnosticado como "louco e infrator". Ou seja, o "louco infrator" encarna o *homem delinquente* e, por ser o que é, conforme desejou Cesare Lombroso, deverá desaparecer do tecido social pelo maior tempo possível. Resta claro, porém não escrito, que a sentença de morte (inconstitucional) nesse PLS se instala maquiada, de forma cruel e torturante, arrastada por tempo indeterminado, nos porões da loucura. Essa proposta, definitivamente, não deve prosperar, pois legitima o paradigma da internação, da morte social e da violação dos direitos humanos.

Resgatando Zaffaroni, é preciso escutar a palavra dos mortos[30], é preciso estudar, buscar e saber as atrocidades que os hospitais psiquiátricos e os manicômios judiciários fizeram com pessoas nomeadas *loucas*. É preciso esclarecer como tal sistema viola direitos como um fato de estrutura de seu próprio funcionamento: pessoas internadas por muito mais tempo do que poderiam vir a ser condenadas (caso fossem utilizados os critérios de dosimetria da pena); pessoas cujo exame de verificação da cessação de periculosidade (de metodologia e rigor absolutamente duvidosos) impediu o acesso à rede substitutiva de saúde mental e o convívio em sociedade; pessoas objetalizadas das mais diversas formas[31]. Como sociedade, somos todos responsáveis por isso. Não é possível endossar ou permitir êxito a um projeto segregativo, alienante e alienado dos princípios e das conquistas da luta antimanicomial como é o PLS

30. Cf. ZAFFARONI, E. R. *A palavra dos mortos*: conferências de criminologia cautelar. São Paulo: Saraiva, 2012.

31. Cf. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Inspeções aos manicômios*. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015; DINIZ, Débora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil* – censo 2011. Brasília: Editora UNB, 2013; SECRETARIA DE ASSUNTOS LEGISLATIVOS DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (SAL). *Medidas de segurança loucura e direito penal:* uma análise crítica das medidas de segurança. Brasília: 2011. (Série Pensando o Direito, nº 35/2011).

236/2012. Há que se ressaltar que, por mais avançada e absolutamente louvável que seja a reforma psiquiátrica no Brasil, no que diz respeito ao *louco infrator*, ela ainda não foi amplamente assimilada e é preciso conquistá-la.

5.2. Reforma da Parte Geral do Código Penal: uma proposta alternativa para debate[32]

A mais recente das propostas analisadas ainda mantém o referencial da periculosidade e dos fins curativos, e acrescenta três pontos: 1) tendo como referência o Código Penal Espanhol, de acordo com o seu artigo 97, § 5º, propõe a dosimetria da medida de segurança, de tal forma que o juiz ou Tribunal deverá fixar o tempo de duração da medida; 2) o § 1º do mesmo artigo faz referência expressa a que "a internação será aplicada se for necessária, e desde que a lei comine pena privativa de liberdade para o fato previsto como crime"; 3) a perícia pode ser realizada a qualquer tempo, ainda nos termos do § 2º daquele artigo.

O primeiro ponto vem de uma reivindicação antiga de importantes juristas e pesquisadores brasileiros. No entanto, ao tentar dar esse passo em direção à dosimetria da medida, ainda se manteve a permanência de um referencial retrógrado, pois, de acordo com o § 1º-A do seu artigo 97: "o agente será desinternado ou liberado do tratamento ambulatorial quando for averiguada, mediante perícia médica, a cessação da sua periculosidade". Dessa forma, a proposta retrocede mesmo quando propõe avançar. No final das contas, de acordo com a proposta, o agente só será liberado da medida quando houver a cessação da periculosidade. Esse parágrafo, ao fim e ao cabo, autoriza que, caso a "periculosidade" não cesse (a precisão e a idoneidade em se aferir isso é polêmica – para não dizer inexistente, como já vimos), o sujeito pode permanecer sob tutela penal, apesar do cumprimento da medida de segurança em sua integralidade, determinado pela dosimetria. A tônica continua a ser a periculosidade e o direito penal de autor.

O segundo, por sua vez, traz às claras o paradigma da reforma psiquiátrica; porém, da forma como está escrito, essa "necessidade" dá azo a grande discricionariedade do magistrado. A assimilação dos preceitos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial não passará de retórica politicamente correta caso ainda se mantenha o princípio segregativo que embasa o direito penal de autor lastreado pelo domínio do saber médico sobre a loucura.

32. Disponível em: [http://s.conjur.com.br/dl/proposta-alternativa-reforma-parte.pdf]. Acesso em: 10.01.2018.

No terceiro ponto destacado, a proposta destitui o prazo mínimo para a realização da perícia, passando a estabelecer o prazo máximo para sua feitura, que seria de um a três anos. Porém, como já sublinhado, ao manter o exame de cessação de periculosidade, a proposta deixa de avançar e recai no mesmo registro periculosista. A mesma lógica embasa outro ponto nevrálgico da proposta no § 4º do artigo 97, que assevera que o juiz pode, em qualquer fase do tratamento ambulatorial, determinar a internação do agente para *fins curativos*. Sabe-se que os fins do direito penal não são curativos, e sustentar essa suposta função apenas traz uma possibilidade ainda maior de o magistrado, de forma arbitrária, submeter o sujeito à internação, por tempo indeterminado.

Essa proposta alternativa é ainda mantenedora de graves vícios, como a sustentação da categoria de periculosidade, a previsão de perícia médica para cessação desta, bem como o referencial curativo-terapêutico do Direito Penal. Não será possível avançar em uma perspectiva mais democrática do direito ou mesmo barrar o avanço de violações sistemáticas aos direitos dos portadores de sofrimento mental caso se mantenham essas referências, que, ao fim e ao cabo, se orientam em uma perspectiva de direito penal de autor.

5.3. Proposta de Reforma da Parte Geral do Código Penal apresentada pelo Instituto Carioca de Criminologia

A Proposta de Reforma da Parte Geral do Código Penal foi apresentada no ano 2000 pelo Instituto Carioca de Criminologia[33] (ICC), que contou também com a colaboração do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCrim), sendo novamente apresentada em 2017. No que concerne aos inimputáveis não etários, a proposta retirou-os do âmbito penal, eliminando, por conseguinte, a medida de segurança. Propuseram que, com a afirmação judicial da inimputabilidade, competiria ao Ministério Público, como curador supletivo especial, promover, no âmbito cível, as medidas eventualmente necessárias ao tratamento do sujeito. Um dos principais pontos positivos dessa proposta é que ela elimina os "fins curativos" do âmbito penal, uma vez que, de fato, esta, definitivamente, não é função da sanção penal. Contudo, tal eliminação é proposta sob a condição de transportar a competência jurisdicional para o direito cível. Isso impõe, de saída, uma questão: qual concepção de direito e de ser humano consentiria em apagar a materialidade real e simbólica de um

33. Disponível em: [http://emporiododireito.com.br/wp-content/uploads/2017/08/aqui.pdf].

ato, cultural e juridicamente considerado um crime, transformando-o em uma questão administrativa?

Ocorre que há um risco muito grande nessa perspectiva administrativista. Em primeiro lugar, de não haver parâmetros, garantias e controle dessa medida cível. Os critérios trazidos pela proposta são insuficientes para resguardar os direitos do dito *portador de sofrimento mental* que comete um ilícito penal. Quem determinará tratar-se o caso de medida de internação ou de acompanhamento ambulatorial? O Ministério Público, o juízo cível e/ou a autoridade de saúde? O Ministério Público ou o juízo cível poderá alterar a natureza dessa medida? Poderá extingui-la? Quais seriam os parâmetros da manutenção dessa medida no âmbito cível? Por quanto tempo o indivíduo restará submetido à tutela do Estado?

Não há como não recorrer ao exemplo que aponta o risco político e social dessa medida, que são espaços como a Unidade Experimental de Saúde, em São Paulo, onde está internado até hoje Roberto Aparecido Alves Cardoso, vulgo Champinha. Este, por interesses confessáveis e inconfessáveis do Estado, permanece "internado", cumprindo uma já extinta sanção em um verdadeiro regime de exceção, o qual pode se reproduzir massivamente com o acatamento da proposta em comento. Nessa perspectiva, como assegurar as garantias constitucionais para que não seja permitida a privação de liberdade travestida de abordagem terapêutica?

A proposta avança em banir a referência da periculosidade penal do cenário, noção que se extinguiria com propostas como essa. A preocupação, porém, é que tal proposta não antecipa em seu corpo normativo formas legais de impedir a perda de direitos e garantias devidas ao sujeito enquadrado nessa proposta de lei – inclusive aqueles direitos que dizem respeito ao reconhecimento da sua responsabilidade e autonomia (advindos também com a Lei 10.216/2001, bem como com a Lei 13.146/2015).

Outra preocupação é que tal proposta também não abole, da lógica de sua formulação, certo lastro de fundamento no direito penal do autor, pois o crime deixa de existir com base na presunção da incapacidade de o sujeito responder pelo que fez, justamente por ser quem ele é. O sistema da porta giratória explicitado por Foucault continua sua lógica: não existe o crime, apenas a doença; portanto, a esfera jurídica de tratamento da questão deixa de ser o direito penal e passa a ser o direito cível, pois são "loucos e inimputáveis". Uma proposta que parece sugerir substituir a presunção da periculosidade pela presunção da incapacidade, devendo o direito cível – esfera responsável pelos processos de curatela e interdição dos *loucos de todos os gêneros* – ampliar o conjunto dos incapazes sob sua competência, passando a fazer parte de sua bolsa esse gênero dos "infratores".

Ainda que tal proposta aponte um esperado novo horizonte com a abolição do sistema penal, o que é desejável e urgente, infelizmente, ainda não deu conta de avançar considerando o sujeito responsável e capaz de responder pelo que faz. Ao tomá-lo como uma exceção à regra por ser quem ele é, a medida afirmativa de deslocar o processo para o âmbito cível pode provocar o mesmo estado de violação de direitos antes praticado no âmbito penal. Isso porque só podemos considerar uma proposta válida, no sentido de legitimar e sustentar os direitos humanos, se o homem ao qual ela se refere for tratado como um ser humano sujeito de direitos, com capacidade e responsabilidade para responder pelo que faz, sustentar a autoria e as consequências de seus atos, de forma razoável, como qualquer cidadão, apesar das diferenças incomensuráveis e insondáveis que marcam o ser de cada um.

5.4. Projeto de Lei do Senado 513, de 2013

O PLS 513/2013 altera a Lei de Execução Penal (Lei 7.210/1984), já tendo sido aprovado pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania no segundo semestre de 2017, e remetido à Câmara dos Deputados em 8 de novembro do mesmo ano. De acordo com o texto do PLS, as questões relacionadas aos "inimputáveis por doença mental" deverão ser objeto de encaminhamento à Saúde Pública. Dessa forma, o acompanhamento dos ditos "portadores de sofrimento mental" é completamente retirado da competência do juízo de execução penal. O Projeto não faz qualquer menção ao conceito de periculosidade, bem como ao exame de verificação de sua cessação, o que seria considerado um importante avanço se não fossem os mesmos questionamentos que recaem sobre a Proposta do Instituto Carioca de Criminologia.

De acordo com seu artigo 171, caso seja confirmada pelas instâncias ordinárias a aplicação da medida de segurança proferida em sentença, será determinada a expedição de guia de execução à autoridade de saúde competente, promovendo-se a inserção dos dados no Cadastro Nacional de Saúde. Portanto, nessa proposta o *louco infrator* sai de todo do Poder Judiciário e fica sob a égide do Poder Executivo, notadamente da Secretaria de Saúde e suas instituições de tratamento, em função do seu diagnóstico.

Diferentemente da Proposta do ICC, o PLS 513/2013 ainda mantém a medida de segurança; no entanto, ela não será acompanhada e controlada pelo juízo de execução penal. Consideramos esse PLS mais temerário que a proposta do ICC, já que nele o sistema de justiça é completamente eliminado do horizonte (quando muito, só será chamado a atuar quando houver violação manifesta da legalidade). Tal projeto propõe que, confirmada a aplicação da

medida de segurança pelas instâncias ordinárias, qualquer pessoa diagnosticada como "portador de sofrimento mental" (presumidamente *doente/incapaz/irresponsável*), ao praticar o crime que for, terá como única resposta seu encaminhamento à autoridade de saúde para tratamento.

O ideal lombrosiano atualiza sua forma e potência. É sabido que os criminalistas da Escola Positiva do Direito Penal, do final do século XIX, sob a influência desse ideal, defendiam que "o autor de um crime deveria ser entregue a um médico e não a um juiz"[34]. O que é temerário é que o espírito exterminador do mal, em nome da defesa social, pode sempre ser recuperado. É sempre um risco ver renascer a atualização da prescrição do médico Cesare Lombroso, que dizia que, "na realidade, para os delinquentes-natos adultos não há muitos remédios; é necessário isolá-los para sempre, nos casos incorrigíveis, e suprimi-los quando a incorrigibilidade os torna demasiado perigosos"[35]. A história ensina que toda afirmação positivista, pretensamente científica, de classificação dos seres humanos em tipos antagônicos, como "doente/são", "capaz/incapaz", "responsável/inimputável", "bom/mau", "normal/anormal", "branco/negro", "judeu/não judeu" e outros, provocou a reedição, sob novas vestes, do genocídio dos opostos "incorrigíveis" por meio das moendas institucionais da segregação.

Preocupa, portanto, o que o PLS 513/2013 silencia. É notório não ser preciso um novo Projeto de Lei para delegar ao Sistema Único de Saúde o tratamento dos considerados *portadores de sofrimento mental*: é dever irrevogável da autoridade executiva da saúde garantir o tratamento de todos, sem exceção. É um direito de todos. Então, o que quer dizer tal reiteração? Para onde irão os "incorrigíveis loucos e infratores" sem as garantias processuais? Qual produto institucional produzir-se-á como "medida de segurança" a casos excepcionais, quando forem presumidos como *demasiado perigosos*?

Num esforço de antecipação lógica, portanto, pode-se considerar que esse Projeto tenderá a se assimilar ainda mais à dinâmica da Unidade Experimental de Saúde. Não é difícil prever seus efeitos para a sociedade, para a política de saúde mental de forma geral e para o sujeito, em particular. Trata-se de um risco de trágicas consequências. Mais ainda em um país, como já foi dito, em que a reforma psiquiátrica ainda deve ser assimilada e conquistada, especialmente em se tratando da atenção aos pacientes atravessados pela relação entre

34. LOMBROSO, Cesare. *O homem delinquente*. Trad. Sebastião José Roque. São Paulo: Ícone, 2007. p. 12.

35. LOMBROSO, Cesare. *O homem delinquente*. Trad. Sebastião José Roque. São Paulo: Ícone, 2007. p. 8.

crime e loucura. Pode-se imaginar que tipo de estruturas serão criadas para alojar os corpos dos seres, cujos atos são silenciados, sem mais nada a dizer. Se "nada é mais humano que o crime", ao apagar o crime, apaga-se o homem. O que resta? O inumano e sua vida nua, cujo destino a história do holocausto brasileiro e de tantos outros não permite esquecer. De quem será a responsabilidade?

A aposta na presunção de sociabilidade, da capacidade e da responsabilidade do sujeito em inventar saídas de laço social, seja ele quem for, é uma aposta na humanidade. Sem essa aposta, ampliar-se-ão os investimentos na gestão biopolítica das populações, na tecnologia de controle e vigilância máxima, nas câmeras panópticas para concentração dos demasiados perigosos, hereges incorrigíveis, desviantes da concepção do homem médio, ou seja, para promover o extermínio deles.

Conceber uma sociedade em que não haja uma hierarquia entre os seres falantes exige o investimento na ampliação de recursos materiais e simbólicos, de dispositivos conectores ao alcance do falasser. O esforço de grampear o real do corpo pulsional aos recursos materiais e simbólicos que a sociedade dispõe, em cada época, é tarefa custosa para todos. Mais ainda para os que se encontram numa realidade de precariedade social, situação na qual se apresenta a maioria da população penal brasileira. Portanto, ofertar àquele que comete um ato tipificado como crime um lugar de conexão ao mundo da vida requer considerá-lo capaz e responsável de demonstrar respostas de laço social ao acessar os recursos da justiça, os recursos disponíveis para tratamento em saúde mental, os recursos sociais e da cultura para, ao seu modo, deles se servir conforme os recursos sintomáticos que advêm de sua lógica subjetiva sem par.

Nossa experiência testemunha que esse é um mundo possível, desde que o Estado cumpra a sua parte, conforme está disposto no texto constitucional, e faça valer sua responsabilidade na partilha das responsabilidades aqui em jogo. Caso contrário, reviveremos uma atualização do pleito de triste memória do século XIX.

6. O que não se fala nas propostas apresentadas: a condição do falasser – condição humanizante que funda o direito à responsabilidade

Antes de concluir, reafirmamos o que fomos desenvolvendo durante o presente artigo: foi ainda muito pouco explorado, nas propostas em circulação, como o legislador abordará a garantia do direito de cada cidadão responder pelos seus atos (o que poderíamos chamar de *direito de responsabilidade*).

Dessa feita, podemos dizer que responder pelo ato, em situações tipificadas em nossa cultura e em tantas outras como um ato fora da lei, um ato socialmente relevante, não é só um dever, mas também um *direito* de qualquer cidadão, como o filósofo Althusser sublinha em sua obra ou mesmo o psicanalista Jacques Lacan[36], ao insistir que da nossa posição de sujeito somos sempre responsáveis. Abolir a responsabilidade de um cidadão é apagar a sua condição de falasser, sujeito de seus atos, transformando-o, como a história da medida de segurança confirma, em um objeto de exame e controle, a ser classificado pela ciência positiva como *doente, perigoso, incapaz, louco, portanto, inimputável* – uma exceção humana. Durante o percurso deste artigo, grafamos em itálico a diversidade de expressões que servem para designar tal exceção.

Em nossa cultura, a regra é que quando um cidadão comete um ato fora da lei, seja ele quem for, é chamado a responder por isso no sistema de justiça. Desde o século XIX, a engrenagem acionada quando um ato/crime acontece segue a lógica do sistema que responde pelo nome de Direito Penal.

Porém, o problema, ainda não superado, é que o sistema penal é um fracasso execrável, uma máquina de violação de direitos, uma máquina de tortura. No lugar de abolir a responsabilidade de um sujeito, seja ele quem for – pois não estamos entre os que se servem do direito penal de autor para *punir* nem para *absolver* –, devemos trabalhar e reunir nossos esforços para construir uma forma de abolir o direito penal como sistema de punição para todo e qualquer cidadão.

Nenhum sistema funcionará no sentido de promoção do laço social, do respeito ao sofrimento e à dignidade humana, se, na concepção de seus fundamentos, a ideia de homem e de sociedade que orientar a lógica da sua ação for violadora de direitos. A questão a que devemos tratar de responder refere-se ao que virá com a abolição do direito penal. Qual proposta desejamos construir em resposta ao fato incorrigível de que os homens continuarão cometendo crimes? Nada é mais humano! Ao derrubar os muros das prisões, que soluções podemos inventar para impedir que novas muralhas se ergam em seu lugar?

Nos casos em que o ato/crime se manifestar de uma forma louca, seria desejável uma legislação específica? A abolição do direito penal se resolverá na absorção de sua matéria pelo campo cível? Para os normais, o direito penal; para os *anormais*, o direito civil? É notável que, nesse tipo de solução, o conceito da inimputabilidade continua inabalável, ainda que a validade da noção da periculosidade seja, desejavelmente, questionada. Na prática, como se espera

36. LACAN, Jacques. *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ter demonstrado, o caso Champinha aponta como, ainda assim, tal noção continua válida e serve de substrato, mesmo em ações cíveis.

Com efeito, a Constituição da República menciona apenas uma vez a palavra *inimputável*, e o faz em seu artigo 228, referindo-se única e tão somente aos menores de 18 anos, que devem responder perante legislação específica. Nada fala, portanto, de uma exceção ou de uma legislação criminal específica para aqueles chamados também pelo Código Penal e Processual Penal de inimputáveis por "doença mental". O argumento que os retiraria do Código Penal e Processual Penal, conduzindo-os ao Campo Cível, malogradamente, encontra suas raízes no próprio direito de autor: eles não serão condenados pelo que são, mas absolvidos pelo que são, a saber, *inimputáveis/doentes mentais*. E a sua condição diagnóstica de *doença/transtorno/portador de sofrimento mental* continua sendo a alavanca que retira seus corpos da moenda do direito penal e os entrega ao campo cível, em que a moenda pode não ser menos truculenta, como o caso Champinha pode mostrar.

Importante ressaltar, uma vez mais – nunca será demais –, que tal exceção não se orienta pelo dizer e saber desses sujeitos, os que são alvo dessa discussão. A sustentabilidade desse estado de exceção está baseada no saber dos especialistas. Interessa-nos, sobremaneira, perguntar: o que dizem os *loucos de todo gênero* sobre isso? O saber desses sujeitos está sendo considerado nessas propostas?

Pontua-se, ainda, que se está em tempo de abrir essa delicada discussão junto àqueles cujos corpos sensíveis serão objeto de tal decisão, para não terem mais uma vez o destino da impronúncia, esmagados pela pedra sepulcral do silêncio, já vivido e registrado por Althusser e tantos outros anônimos confinados nos porões da loucura e campos de concentração.

7. Considerações finais

Como exposto, não se pode construir uma proposta sobre o dito "portador de sofrimento mental" sem considerar o saber do sujeito, sua palavra e seu dizer. Os loucos falam e têm o que dizer; é fundamental integrá-los a esse debate. É ainda importante destacar que uma pessoa, por sua condição de sujeito (*loucos de todo gênero*), não deve deixar de ter, no mínimo, os mesmos direitos e garantias de qualquer cidadão, sob o risco de ser desconsiderado em sua condição humana.

Não obstante, parece oportuno destacar que tais propostas não apreciaram as possibilidades de dosimetria (sem a referência da periculosidade), preciosamente defendida pelo pleito de autores como Amilton Bueno de Carvalho e

Virgílio de Mattos. A pretensão desses autores é de que, enquanto não se efetiva a abolição do sistema penal, torna-se urgente e preponderante limitar o poder punitivo e reconhecer os mesmos direitos e garantias penais aos considerados *louco* e *infrator*.

O que esses autores defendem é que, com a dosimetria, diga-se, o *louco infrator*, como qualquer outro cidadão que comete um delito, tem direito à progressão de regime (nos casos em que não for possível a aplicação originária do tratamento ambulatorial), livramento condicional, *sursis* da pena, suspensão condicional do processo, substituição da medida por restritivas de direitos, transação penal, entre outros institutos.

Certo é que, enquanto o direito penal ainda for a resposta do Estado brasileiro ao delito, cabe ponderar cuidadosamente, em amplo debate, se devemos encará-lo, dentro do possível, como uma forma de contenção do poder punitivo e de controle das decisões estatais, a partir de uma perspectiva minimalista e garantista, ou se alguns sujeitos devem responder por seus atos delituosos fora do direito penal.

Relegar à esfera cível ou da administração da saúde uma pessoa que comete um delito pode ser mitigar garantias e princípios importantes, colocando-o em uma situação que, na prática ordinária, se revelará ainda pior. Evidentemente, a medida de segurança, enquanto existir, continuará a colocar o dito "inimputável" em um regime de exceção, devendo ser rechaçada e banida de qualquer texto normativo o quanto antes.

Diga-se de passagem, visando provocar a responsabilidade de cada um nesse debate, que a população do sistema prisional, "louca" ou "não louca", vive, diuturnamente, num regime de exceção. Essa conversa encontra-se bem instalada e problematizada em várias arenas, mas ainda há muito a caminhar. Abolir definitivamente o direito penal é, incondicionalmente, o horizonte a guiar o debate, sendo que as saídas democráticas que virão de sua abolição ainda precisam ser inventadas, com a participação de todos.

Assimilar o direito à saúde física e mental das pessoas submetidas à esfera penal já é um direito garantido constitucionalmente. Se isso ainda não acontece, revela mais uma vez a condição violadora de direitos intrinsecamente arraigada na execução penal. Delegar a responsabilidade de tratamento em saúde, das pessoas que dele necessitem, única e tão somente ao sistema de saúde pública, à curadoria do Ministério Público ou ao Direito Civil pareceu-nos um esforço de superação dos impasses que hoje estão postos quanto à abordagem dos designados como "inimputáveis" pelo Estado. Um esforço válido quanto à abertura do debate em face de tais impasses, mas vão quanto

a superá-los, pois a mola-guia de tal superação é orientada pela perspectiva do diagnóstico: quem ele é ainda define a ação legal.

A privação da liberdade deve ser combatida, seja no sistema prisional ou no sistema de saúde. Não é mais possível tolerar o convívio com internações perpétuas fundamentadas no conceito da periculosidade presumida em função do diagnóstico de "doente mental", ou do conceito de "incapacidade do agente" e todos os outros diagnósticos utilizados para carimbar o indivíduo como *portador de um déficit permanente* de humanidade. A acessibilidade ao tratamento para todos que se apresentarem em situação de sofrimento psíquico é um direito que deveria ser inviolável. Tratamento conforme a singularidade de cada caso, articulando o saber do sujeito sobre seu sofrimento e os recursos disponíveis para oferecer tratamento a ele.

Esse é o melhor entendimento da interlocução do direito com a saúde mental dentro dos parâmetros estabelecidos pela luta antimanicomial e pela reforma psiquiátrica. Cada vez mais, os hospitais psiquiátricos, por força da Lei 10.216/2001, devem ser superados abrindo espaço para a rede substitutiva e a integração comunitária. Essa orientação deve ser efetivada, irredutivelmente, nos casos que envolvem o "louco infrator".

O cenário pelo qual lutamos alinha-se a uma proposta que seja desenhada conforme a Lei 10.216/2001, com a imediata extinção dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e sua contraparte – o investimento na rede pública de saúde com a articulação dos recursos sociais necessários para o acolhimento desses indivíduos, desvinculando-os completamente de qualquer referencial de inimputabilidade e periculosidade (cabal e inconstitucional direito penal de autor) e, consequentemente, das perícias médicas para verificação de cessação de periculosidade.

No plano jurídico, enquanto não for possível abolir o direito penal para todos, pois esta é a reforma que pode de fato instalar um outro paradigma quanto à forma com que a sociedade se relaciona com seus crimes, iniciar o processo de abolição do sistema penal com aqueles seres imaginados, dentre todos os "portadores de uma periculosidade intrínseca", pareceu-nos um bom caminho para demonstrar a inutilidade de tal sistema para os fins de inserção social. Acabar com a medida de segurança e a noção de periculosidade é, sem dúvida, o primeiro passo. Como, contudo, sustentar o *direito* de cada sujeito responder por seu ato, *direito à responsabilidade*, de forma a lhe possibilitar direitos e garantias legais? Com o direito penal em vigor, esse exercício de reflexão muitas vezes mostra-se prejudicado, contaminado, pela elucubração doutrinária do discurso penal. Muitas das discussões realizadas nesse campo ainda têm o direito penal como referência e o louco como uma "exceção".

Muitos são os esforços para tentar uma superação do cenário obsceno atual. Contudo, ainda na tentativa de propor formas de mitigar os efeitos do direito penal sobre os corpos desses cidadãos, algumas propostas podem gerar novas formas de segregação e controle, fora do sistema penal, mas em outros sistemas para os quais migrou a competência, pois o que não muda em nenhuma das propostas é o fundamento de que a esses indivíduos, hoje algemados à medida de segurança, deve-se oferecer um sistema "especial" de tratamento, exceção, por serem o que são: uma exceção à regra. Sem que seja ultrapassado o arcaico fundamento dos princípios do direito penal de autor, condenar, absolver ou sentenciar terá como efeito a proliferação do germe da segregação. Não é difícil antever a construção de sistemas de isolamento e segregação seja no âmbito do sistema executivo de saúde ou vinculados à justiça civil como competência, locais que servirão aos mesmos propósitos: separar os insanos dos normais em nome da defesa social, pois se parte da presunção de que eles não sabem o que fazem, são incapazes de responder, deficitários quanto ao que rege a condição humana, portanto, *coitados*, *doentes*, *imprevisíveis*, indissociavelmente *temerários*, *incorrigíveis* e demasiadamente *perigosos*.

O *portador de sofrimento mental* deveria ter a sua sentença fixada e possuir todos os direitos e garantias jurídicas e processuais assim como qualquer outro cidadão maior de 18 anos. Desejaríamos que estivesse banida do campo do direito, seja ele qual for, a sentença de privação de liberdade como resposta do Estado a um ato fora da lei. Como? O debate entre nós deve seguir sem recuo, enquanto aguardamos o surgimento de respostas que favoreçam a aposta na humanidade e seus laços. Afinal, o mal é um real ineliminável cujo germe vive instalado em cada um de nós, sem exceção. Alojar em estufas vigiadas seres humanos não eliminará o germe de ervas daninhas, mais o fará proliferar.

Pontua-se, ainda, que, desde já, antes e depois de qualquer sentença em resposta a um crime cometido, o acesso ao tratamento seja uma garantia a qualquer cidadão; que a resposta do Estado reflita sobre a sua responsabilidade e amplie os recursos para que cada cidadão se engendre ao laço social, a sua maneira; que a eles seja ofertado o acesso a um dispositivo institucional, uma secretaria feita por muitos profissionais, capaz de acompanhar a conexão possível da responsabilidade do sujeito quanto ao seu gozo em face do ato e das soluções de sociabilidade que possa inventar, forma singular de amarração a um projeto razoável de laço e convívio social.

Contudo, são muitas as questões ainda sem respostas. Como construir novos ritos processuais e antecipar suas consequências jurídicas, sociais, materiais e mesmo psíquicas?

O que se deixa como proposta, a única que este trabalho sustenta e almeja registrar, é que antes de qualquer decisão sobre qualquer proposta de reforma em discussão, o Estado brasileiro possa colocar a mão no freio e jamais seguir adiante sem a participação efetiva dos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde mental nessa discussão. Qualquer proposta deverá contar com o saber que advém desses corpos falantes, da sua experiência com o mal, com o desejo e o gozo, com sua leitura sobre o ato, as consequências da ruptura e sua potência de laço social. Sem a presença desses corpos falantes e a assinatura desses seres humanos, nenhuma proposta nos parecerá legítima. Será, apenas e historicamente, mais uma proposta, a expressão do saber de uns sobre os outros, cujo destino será a inconteste segregação.

Nossa aposta, orientada quanto ao real da experiência desses falasseres, é que, ao dar-nos a oportunidade de escutá-los, ao dar-lhes voz, a força da enunciação de suas experiências poderá nos conduzir à construção de uma saída responsável, orientada quanto ao real do gozo[37], e que favoreça o laço social, fim último do sistema de justiça. Desmontar juridicamente o silêncio sepulcral que submete o *louco infrator* aos porões da loucura é abrir caminho para a responsabilidade e para que seja possível advir, daí, um sujeito de direitos, ou seja, um ser que fala e tem o que nos dizer.

8. Referências

ALAGIA, Slokar; BATISTA, Nilo; SLOKAR, Alejandro; ZAFFARONI, Eugenio Raul. *Direito penal brasileiro*. Rio de Janeiro: Revan, 2017. v. 2. t. 2.

ALTHUSSER, L. *El porvenir es largo* – los hechos. Barcelona: Ediciones Destino, 1992.

BARATTA, Alessandro. *Criminologia crítica e crítica do direito penal*: introdução à sociologia do direito penal. 6. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. Genealogia do conceito de periculosidade. *Revista Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 37-52, 2011. Disponível em: [http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao_01_1/02-GENEALOGIA%20DO%20CONCEITO%20DE%20PERICULOSIDADE.pdf]. Acesso em: 15.01.2018.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. Assassinato d'alma: impasses sobre a responsabilidade na leitura de "O crime louco". *Revista Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 23-38, 2013. Disponível em: [http://www8.tjmg.jus.

37. LACAN, Jacques. *O seminário, livro 20*: mais, ainda. (1972-1973) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao_01_1/02-GENEALOGIA%20DO%20CONCEITO%20DE%20PERICULOSIDADE.pdf]. Acesso em: 15.01.2018.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Inspeções aos manicômios*. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015.

DINIZ, Débora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil* – censo 2011. Brasília: Editora UNB, 2013.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

FOUCAULT, Michel. *Estratégia, poder-saber*. Ditos e escritos IV. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FREUD, Sigmund. *A pulsão e suas vicissitudes*. Edição Bilíngue. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

GARCIA, Célio. Prefácio. In: BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010. Disponível em: [http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/livreto_pai.pdf]. Acesso em: 15.01.2018.

GOMES, R. M. M. A avaliação pericial do louco infrator: dos desvios da norma à responsabilidade pelo imprevisível. 2015. 207 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

GRECO, Luís; HORTA, Frederico; LEITE, Alaor; TEIXEIRA, Adriano; QUANDT, Gustavo. *Reforma da parte geral do Código Penal*: uma proposta alternativa para debate. 2017. Disponível em: [http://s.conjur.com.br/dl/proposta-alternativa-reforma-parte.pdf]. Acesso em: 10.01.2018.

INSTITUTO CARIOCA DE CRIMINOLOGIA. *Proposta de Reforma da Parte Geral do Código Penal*. 2017. Disponível em: [http://emporiododireito.com.br/wp-content/uploads/2017/08/aqui.pdf]. Acesso em: 10.01.2018.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 20*: mais, ainda. (1972-1973) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 23*: o sinthoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

LACAN, Jacques. *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. Joyce, o sintoma. In: LACAN, Jacques. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 2003.

LACAN, Jacques. Un entretien inédit avec Jacques Lacan par Emilio Granzotto. *Magazine littéraire*, n. 428, février 2004.

LAURENT, Éric. O tratamento da escolha forçada da pulsão. *Revista Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 21-31, 2012. Disponível em: [http://

www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao_02_01/01-O%20TRATAMENTO%20DAS%20ESCOLHAS%20FORCADAS%20DA%20PULSAO.pdf]. Acesso em: 15.01.2018.

LEGENDRE, P. *O amor do censor*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1983.

LOMBROSO, Cesare. *O homem delinquente*. Trad. Sebastião José Roque. São Paulo: Ícone, 2007.

LOWY, Michel. Prefácio. In: BENJAMIN, Walter. *O capitalismo como religião*. São Paulo: Boitempo, 2013.

MILLER, Jacques-Alain. *Nada mais humano que o crime*. Disponível em: [http://almanaquepsicanalise.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Nada-mais-humano-que-o-crime.pdf]. Acesso em: 15.01.2018.

MILLER, Jacques-Alain. Os seis paradigmas do gozo. *Opção Lacaniana* on-line *nova série*, São Paulo, n. 7, ano 3, 2012. Disponível em: [http://opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_7/Os_seis_paradigmas_do_gozo.pdf]. Acesso em: 15.01.2018.

PIERANGELI, José Henrique; ZAFFARONI, Eugenio Raúl. *Manual de direito penal brasileiro* – parte geral. 4. ed. São Paulo: Ed. RT, 2002.

SECRETARIA DE ASSUNTOS LEGISLATIVOS DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (SAL). *Medidas de segurança loucura e direito penal*: uma análise crítica das medidas de segurança. Brasília: 2011. (Série Pensando o Direito, n. 35/2011)

ZAFFARONI, E. R. *A palavra dos mortos*: conferências de criminologia cautelar. São Paulo: Saraiva, 2012.

Pesquisas do Editorial

Veja também Doutrina

- Adequação da legislação penal à lei de reforma psiquiátrica: a internação como exceção, de Alessandra Rapassi Mascarenhas Prado – *Ciências Penais* 13/87-118 (DTR\2010\627); e
- Discussão em torno do internamento de inimputável em razão de anomalia psíquica, de Maria João Antunes – *RBCCrim* 42/90-102 (DTR\2003\16).

Medida de segurança como questão de saúde no Distrito Federal e a (des)construção da quesitação penal pelos agentes institucionais

Security measure as a health issue in the Federal Distritc and the (de)construction of criminal inquiry by institutional agents

Pedro Vítor Resende

Bacharel em Direito pela Universidade de Brasília (2017). Atualmente, cursando a Especialização Ordem Jurídica e Ministério Público pela Escola Superior do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (FESMPDFT).
pvitorresende@gmail.com

Welliton Caixeta Maciel

Doutorando em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB), com estágio doutoral no Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales (CESDIP/CNRS/UVSQ/Ministère de la Justice), França. Mestre em Antropologia Social pela UnB (2014). Bacharel em Sociologia (2009) e Antropologia (2011) pela UnB, e em Direito (2012) pela UDF. Professor substituto de Direito Penal (2015) e professor voluntário de Atualização e Prática em Direito 1 e 2 (Antropologia do Direito, 2016-atual) na Faculdade de Direito da UnB. Professor de Direito Penal, Processo Penal, Introdução ao Estudo do Direito e Sociologia na Escola de Ciências Jurídicas e Sociais e na Escola de Negócios do Centro Universitário e Faculdades Projeção (UniProjeção). Pesquisador do Núcleo de Estudos sobre Violência e Segurança do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília (NEVIS/CEAM/UnB) e do Grupo Candango de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília (GCCrim/FD/UnB).
wellitonmaciel@gmail.com

Recebido em: 31.01.2018
Aprovado em: 12.03.2018
Última versão do(a) autor(a): 28.03.2018

Área do Direito: Penal

Resumo: A presente pesquisa parte de uma quebra de paradigma, a partir do conceito de periculosidade, deixando de observar o instituto da medida de segurança no âmbito da segurança pública e passando a entendê-lo como uma questão de saúde. À luz da Lei 10.216/01,

Abstract: The present research starts from a paradigm breakdown, out of the concept of dangerousness, leaving behind the understanding of the institute of the safety measure in the scope of public safety and beginning to understand it as a health issue. In light of Law 10,216/01, we

Resende, Pedro Vítor; Maciel, Welliton Caixeta. Medida de segurança como questão de saúde no Distrito Federal e a (des)construção da quesitação penal pelos agentes institucionais. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. vol. 144. ano 26. p. 475-500. São Paulo: Ed. RT, junho 2018.

buscou-se compreender o modelo de declaração de inimputabilidade e semi-inimputabilidade, por meio de exame psiquiátrico no bojo do Incidente de Insanidade Mental, apresentando abordagem sobre a forma como ocorre a quesitação penal no DF. Para desenvolvermos tal entendimento, partimos da análise processual e literária, buscando corroboração no discurso de agentes institucionais, através de entrevistas realizadas com membros do Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios (MPDFT), da Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF) e da equipe de saúde da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal (ATP-DF). As falas dos entrevistados apontam que a periculosidade está vinculada a doença, não sendo parâmetro suficiente para aplicação ou extinção da medida de segurança. Ademais, apontam que a quesitação penal é ineficaz quanto ao seu objetivo declarado, necessitando de atualização que envolva necessariamente a possibilidade de investigação não só do estado psicológico do agente, mas da existência de apoio familiar e/ou estatal, para verificação de sua real necessidade terapêutica.

Palavras-chave: Medida de segurança – Lei 10.216/2001 – Periculosidade – Quesitação penal – Incidente de insanidade mental.

sought to understand the declaration template of inimputability and semi-inimputability, through a psychiatric examination in the core of the Mental Insanity Incident, presenting an approach about the execution of criminal inquiry in DF. In order to develop this understanding, we started out of a processual and literary analysis, seeking corroboration in the discourse of institutional agents, through interviews with members of Federal's District and Territories Public Prossecution Office (MPDFT), of the Federal's District Public Defender Office (DPDF) and of health team of the Federal's District Psychiatric Treatment Place (ATP-DF). The interviewees' statements indicate that the dangerousness is linked to the disease, not being enough parameter for application or extinction of the safety measure. In addition, they point out that the criminal inquiry is ineffective toward its declared goal, requiring updating that necessarily involves the possibility of investigating not only the psychological state of the agent, but the existence of family and/or state support, to verify their real therapy need.

Keywords: Security measure – Law 10,216/2001 – Dangerousness – Criminal inquiry – Mental insanity incident.

Sumário: 1. Introdução. 2. Contexto histórico da medida de segurança. 3. Quesitação penal à luz da Lei 10.216/2001. 3.1. Quesitação penal. 3.2. Sugestão de quesitos para o *incidente de insanidade mental*. 4. Considerações finais. 5. Referências bibliográficas.

1. Introdução

A[1] ideia de paradigma formulada por Thomas Kuhn, na obra "A Estrutura das revoluções científicas", é importante para entendermos as transformações

1. Este artigo é parte da Monografia intitulada "*Medida de Segurança como Questão de Saúde no Distrito Federal: Um estudo sociojurídico a partir dos discursos de agentes institucionais*", apresentada e aprovada (com louvor), em novembro de 2017, à Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, para obtenção do título de Bacharel em

teóricas na área da saúde mental. Segundo ele, essa ideia pretende demonstrar como a ciência é influenciada pelas condições históricas do momento em que se desenvolve. Assim, o paradigma seria um conjunto de "[...] realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade científica praticante de uma ciência" (KUHN, 2005, p 13).

A partir de seu conceito, é possível compreender as principais vertentes e dicotomias que envolvem a ideia da medida de segurança, de forma que momentos como o da medicalização do direito e o estabelecimento da ciência médica como a verdade última dentro do campo jurídico mostram-se relevantes para o entendimento das dúplices vertentes do instituto penal; como punição X tratamento, presídio X hospital psiquiátrico, interno X paciente, entre outros que, por fim, nos auxiliam a caracterizar o discurso da periculosidade constante em toda a trajetória aqui abordada.

Para tanto, apoiamo-nos no trabalho de campo realizado junto ao Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), à Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF) e à Ala de Tratamento Psiquiátrico da Penitenciária Feminina do Distrito Federal (ATP-DF)[2]. Ao todo, foram realizadas sete entrevistas semiestruturadas entre os meses de setembro e novembro de 2017 com membros das respectivas instituições, sendo: quatro Promotores de Justiça, uma Procuradora de Justiça, um Defensor Púbico e um servidor da ATP-DF[3].

Direito; sob orientação do Prof.º Welliton Caixeta Maciel. Agradecemos aos membros da banca de defesa – Prof.º José Geraldo de Sousa Jr. (FD/UnB), Prof.ª Janaína Lima Penalva Silva (FD/UnB), Prof.ª Beatriz Vargas Ramos Gonçalves de Rezende (FD/UnB) e Prof.ª Luciana Barbosa Musse (UniCEUB) – pela leitura atenta e cuidadosa, bem como pelas importantes contribuições que aportaram ao texto.

2. A Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal, localizada na Penitenciária Feminina do DF, é o local em que as medidas de segurança, na modalidade internação compulsória, são executadas na capital do país.

3. Nota Metodológica: Tendo em vista a base empírica da pesquisa (de natureza etnográfica), foram observados os princípios éticos de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, ressaltando o compromisso dos pesquisadores quanto à preservação da integridade, da imagem e do anonimato de seus interlocutores, bem como lhes oferecendo uma devolutiva do trabalho, conforme expressamente constante no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos entrevistados. Convém pontuar, contudo, que, em consulta à Coordenação da Graduação e do Comitê de Ética da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, tendo em vista o curto prazo para conclusão do artigo científico e o estágio no qual se encontravam as negociações junto ao MPDFT, à DPDF e à ATP-DF, a pesquisa não necessitou de aprovação

Neste artigo, nos ateremos na análise dos discursos de membros da primeira e da terceira instituição, considerando o potencial de elucidação das questões que levantaremos no texto.

As entrevistas foram orientadas a partir de um roteiro pré-estabelecido e a escolha dos interlocutores se deu a partir de contato prévio dentro de um "contexto significativo" (conhecimento por parte dos pesquisadores ou indicação de outros servidores), sendo que a participação deles foi de forma voluntária, após apresentados os objetivos da pesquisa, não prescindindo da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A identidade dos interlocutores foi mantida em sigilo, conforme acordado com eles.

Seguindo os passos metodológicos trilhados por Caixeta Maciel (2010), a pesquisa de campo baseou-se ainda em observações *in loco* e na análise de Processos/casos, sendo que buscamos, com este material empírico, observar os discursos oficiais que vão ao encontro da defesa dos direitos das pessoas em transtorno mental, no âmbito do Distrito Federal. Nesse sentido, concordamos com R. J. Richardson (1999) que a pesquisa qualitativa permite uma tentativa de compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados. Desse modo, por meio das falas identificadas de diversos servidores públicos que laboram com a matéria em análise, buscamos entender por que o problema que nos cerca caminha por um nicho de soluções jurídicas, sociais e políticas.

Consenso entre quase todos os entrevistados, a medida de segurança é necessária. Apesar disso, o modo como ocorre atualmente sua aplicação, ainda pautado em artigos ultrapassados por legislação mais atual, que se baseiam em uma história de exclusão social, bem como a falta de estrutura adequada para a realização do tratamento a que são submetidos aqueles que cumprem a medida, são impedimentos para que a função declarada da medida de segurança possa ser verificada na prática cotidiana.

Essa discussão servirá de base para visitarmos o instituto da quesitação penal que ocorre durante o chamado Incidente de Insanidade Mental[4]. É através desse exame que se verifica, nos moldes atuais, a inimputabilidade ou

prévia do referido Comitê, sendo que gestões internas foram feitas junto aos representantes dos Órgãos citados, no sentido das respectivas autorizações para realização do trabalho de campo.

4. Laudo psiquiátrico realizado por psiquiatras do sistema de segurança pública, através da resposta de quesitos enviados pelo MP, nos autos processuais penais, para confirmação de transtorno mental e/ou cessação de periculosidade.

semi-inimputabilidade do sujeito criminoso, culminando na aplicação da medida de segurança, justificada pela periculosidade do indivíduo.

Por meio da análise realizada, percebemos que atualmente não é feito o diagnóstico correto, uma vez que os quesitos utilizados para a produção do laudo psiquiátrico são baseados no Código Penal, no Código de Processo Penal e na Lei de Execuções Penais, em artigos que entendemos ultrapassados e, assim, acabam por oferecer respostas insuficientes para os casos analisados, por exemplo, impondo a aplicação da internação compulsória como regra[5] durante a fase de conhecimento ou impedindo a extinção da medida de segurança quando essa é possível e/ou indicável.

Dessa forma, entendendo ser necessário que a quesitação permita identificar o tratamento menos gravoso possível, assim como a viabilidade da extinção da medida de segurança. Poderemos compreender que se mostra primordial que a fase de quesitação – tanto do início do processo quanto dos exames periódicos de cessação de periculosidade – seja adequada à lei antimanicomial.

Apresentaremos ainda um modelo alternativo de quesitação já utilizado em alguns processos de execução de medida de segurança no DF, em que as necessidades do sujeito cumpridor da medida de segurança são levadas em maior consideração. Por fim, demonstraremos como o discurso da periculosidade perpetua uma série de violências contra as pessoas objeto desse estudo, sob uma justificativa que não condiz com a realidade, caminhando por ideias higienistas e obsoletas.

2. Contexto histórico da medida de segurança

A história da loucura é marcada, desde o seu início, pelo medo daquilo que não se entende. A partir do surgimento da criminologia positivista[6] com Cesare Lombroso[7], período em que se buscou identificar qual seria o perfil do sujeito

5. De acordo com o Código Penal, em seu art. 97, no que concerne à medida de segurança, a internação compulsória é a regra, sendo que somente no caso em que o crime cometido pela pessoa com doença mental for punível com detenção, é que o juiz pode submeter o agente a tratamento ambulatorial (menos gravoso), sendo essa uma exceção.
6. Corrente criminológica que, a partir das ideias de Cesare Lombroso, acredita que o "[...] reaparecimento eventual e acidental de caracteres dos homens selvagens nas sociedades evoluídas, manifesto em aspectos anatômicos, fisiológicos, mentais e comportamentais é a causa da delinquência e, em sua plenitude, produzirá o chamado criminoso nato". (WEBER, Renata, 2008. p 19).
7. Existem divergências acerca do surgimento da criminologia positivista. Alguns consideram que essa gestação ocorreu com Cesare Beccaria em 1765 (*Dos delitos e das penas*), outros indicam Cesare Lombroso em 1876 (*O homem delinquente*).

criminoso, a matriz da defesa social[8], pautada no chavão de que as pessoas em transtorno mental oferecem "perigo à ordem pública", sob a justificativa de que seus atos e omissões são imprevisíveis, criou rótulos que dividiram a sociedade entre loucos e normais. De acordo com essa perspectiva, a tarefa do antropólogo criminal passou a ser a de determinar em que medida o remédio deveria ser ajustado à enfermidade, uma vez que o crime passou a ser considerado como doença (LOMBROSO, 2013).

Para entendermos os caminhos que levaram à construção das medidas de segurança, surgindo no Brasil nos moldes atuais na década de 1940, é preciso passar pelo avanço da psiquiatria e das discussões acerca das causas que levam o homem ao crime. É nesse período que o positivismo passa a afirmar, por meio de um Direito Penal do Autor[9], a existência de diferenças humanas justificadas por razões biológicas, que servirão de argumento para a criação e permanência de instituições totais[10], notadamente os manicômios judiciais, local onde ocorre o casamento entre a psiquiatria e o direito.

A caracterização do louco enquanto personagem representante de risco e periculosidade social inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por essa categoria profissional (AMARANTE, 1995. p. 24). Aliado a isso, o lento desenvolvimento de uma base ética para a loucura passou a possibilitar o advento da psiquiatria com as bases complexas que tem hoje e iniciou um diálogo de disputa de competências, por meio de divergências, entre juristas e médicos, refletindo-se na forma dicotômica com que a loucura é tratada ainda hoje no direito positivo (JACOBINA, 2004, p. 69).

Foucault nos diz que a partir do confronto que se estabelece dentro das instituições hospitalares é que se passa a produzir um poder-saber denominado psiquiatria. A medicina, então, passa a executar uma função de controle social pautada no corpo (FOUCAULT, 2006). "Um certificado médico, homologado pela autoridade

8. Matriz que defendia que o fundamento do direito de punir é o da prevenção e o da defesa da sociedade.

9. O Direito Penal do Autor considera a personalidade do agente infrator, levando em conta quem é o sujeito e não qual o fato cometido por ele.

10. Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. As prisões servem como exemplo claro disso, desde que consideremos que o aspecto característico de prisões pode ser encontrado em instituições cujos participantes não se comportaram de forma ilegal (GOFFMAN, 2001. p. 11).

prefeitorial e controlado pela possibilidade de uma inspeção judiciária, vai poder detectar estados potencialmente perigosos" (CASTEL, 1977, p. 275).

Nesse contexto, é possível entender que o controle social da loucura caminhava meio a quatro vieses, que pautavam, oficialmente, a aplicação da medida de segurança segundo o discurso institucional, sendo eles: a periculosidade, a prevenção, o tratamento e a punição. Este último podendo ser observado com maior facilidade.

Com o tempo, no processo dialético de convivência com a loucura, a própria ciência foi se dando conta da insuficiência da abordagem tradicional, com vistas às conclusões de que a entrega do louco ao ambiente manicomial apenas o cronifica. A partir daí o que se viu e se vê, na prática, é o agravamento da condição psicótica e a perda da possibilidade de retorno social ao louco que penetra nesse sistema (JACOBINA, 2004. p. 74). Assim, com o avanço dos estudos médicos, sociais e humanos, no século XX, grandes estudiosos, como Michel Foucault, Erving Goffman, Robert Castel e Franco Basaglia, entre outros, passaram a chamar a atenção mundial acerca do tema, sob uma nova perspectiva, que buscava retirar da saúde mental, nos casos de conflito com a lei, o olhar exclusivo da segurança pública, pautado na periculosidade e na prevenção, o que influenciaria diretamente no tratamento das medidas de segurança como uma questão de saúde.

Nesse contexto de exclusão social, a luta pelo reconhecimento da integridade da pessoa em transtorno mental no Brasil intensificou-se no início da década de 1970, período em que as discussões acerca do que mais tarde viria a se chamar "Reforma Psiquiátrica"[11] tiveram seu início no País.

É também nesse período em que o caráter terapêutico da medida de segurança é evidenciado como função principal desse instrumento do Direito Penal, de forma que o viés retributivo de tal instituto perde sua justificação. Assim, não mais se sustenta a ideia da medida de segurança enquanto punição, devendo existir no limite da necessidade terapêutica do sujeito a ela submetido.

Essa evolução de entendimento se dá mediante a participação social, por meio de movimentos e associações que passam a questionar o tratamento dado pelo Estado à questão da saúde mental.

11. Movimento político e social, atrelado aos movimentos pela reforma sanitária e pela redemocratização do país, formado por profissionais, familiares, usuários da assistência psiquiátrica e militantes de diversas áreas que pautava o tratamento humanizado das pessoas em transtorno mental sob uma ótica de saúde pública, lutando pelo fim dos estabelecimentos manicomiais e o reconhecimento da integridade do paciente mental.

Isso ocorre porque a transição do Estado Social de Direito para o Estado Democrático de Direito[12], pelo qual a política brasileira passou tardiamente, trouxe consigo uma preocupação maior em relação aos Direitos Humanos. Essa mudança de mentalidade foi essencial para que práticas ultrapassadas do ponto de vista jurídico e psiquiátrico fossem questionadas e posteriormente abandonadas. Nessa evolução, o Judiciário ampliou sua função como garantidor de direitos fundamentais (BARBOZA, 2007, p. 149), de modo com que a história da medida de segurança caminha lado a lado com a efetivação constitucional.

Carvalho Neto (1998. p. 245) nos diz que:

> [...] no paradigma do Estado Democrático de Direito, é preciso requerer do Judiciário que tome decisões que, ao retrabalharem reconstrutivamente os princípios e as regras constitucionais do direito vigente, satisfaçam, a um só tempo, a exigência de dar curso e reforçar a crença tanto na legalidade, entendida como segurança jurídica, como certeza do direito, quanto no sentimento de justiça realizada, que deflui da adequabilidade da decisão às particularidades do caso concreto. [...] é fundamental que o decisor saiba que a própria composição estrutural do ordenamento jurídico é mais complexa que a de um mero conjunto hierarquizado de regras" (CARVALHO NETO, 1998, p. 245).

Dessa forma, entende-se que a história recente do constitucionalismo brasileiro é de extrema importância para o entendimento da problemática que nos cerca, vez que a garantia de direitos fundamentais, como o do acesso universal

12. No Brasil, o Estado Social tem sua origem na Era Vargas. Nesse sentido, convém citar que: "O princípio da igualdade não mais pode ser entendido com a garantia da igualdade meramente formal e nem, tampouco o da liberdade como ausência de leis. A ideia de liberdade agora se assenta na exigência de uma igualdade tendencialmente material, mediante o reconhecimento em lei das diferenças materiais entre as pessoas, buscando proteger o lado mais fraco das várias relações". (CARVALHO NETTO; MATTOS, 2005, p. 12). "A crise de Bem-Estar Social reflete a ideia que se solidifica em um contexto de Estado Democrático de Direito de que o mero assistencialismo [...] não forma cidadãos de verdade [...] a construção e definição de direitos reclama a participação direta dos envolvidos. [...] Surge então o paradigma do Estado Democrático de Direito, agregando, sob outra perspectiva, as conquistas anteriores. [...] O princípio da igualdade passa a ser uma norma aberta e mutável, sempre capaz de incluir novos sujeitos. Nesse sentido, a igualdade passa a significar essencialmente um respeito às diferenças. A cidadania, por sua vez, ganha as dimensões de um processo de participação efetiva" (PENALVA SILVA, 2007, p. 25 e 26).

à saúde e o da dignidade da pessoa humana, é essencial para a solução da crise que permeia o sistema penitenciário, sobretudo no que concerne à pessoa com doença mental em conflito com a lei e passa a existir a partir da participação popular que vai demandar a concretização dos direitos constitucionais.

> A experiência constituinte deu conta de demarcar a transição do autoritarismo militar pós-1964 para um sistema civil de governo, no qual a possibilidade efetiva de participação popular na experiência de reconstrução das instituições é, de fato uma marca. Basta ver a própria noção de participação e de participação direta para designar, na concepção constitucional, o modelo de exercício de poder então constituído, com a criação formal de vários instrumentos de participação popular, com a legitimação do protagonismo social e suas estratégias de ação (SOUSA JÚNIOR, 2003, p. 01).

É nesse contexto que, não obstante às dificuldades, após longa evolução histórica, em 06 de abril de 2001, entrou em vigor a Lei 10.216, que estabeleceu novos horizontes ao tratamento em saúde mental no Brasil.

Apesar disso, essa mudança, sobretudo no que concerne à medida de segurança, não ocorreu de maneira rápida, tendo despertado grande resistência em muitos estudiosos e profissionais que lidavam diretamente com o tratamento psiquiátrico no país. A forte presença da matriz da defesa social, principalmente no âmbito do senso comum, impediu que o tratamento psiquiátrico fosse capaz de acompanhar a saúde mental baseada em evidências (MARCHEWKA, 2016).

Embora não aborde especificamente as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, há pacificada jurisprudência[13] que atesta a aplicação

13. Ementa: Penal. Recurso Ordinário em Habeas Corpus. Medida de Segurança. Cumprimento da Medida em Prazo Superior ao da Pena Máxima Cominada ao Delito. Prescrição. Inocorrência. Início do Cumprimento. Março Interruptivo. Periculosidade do Agente. Continuidade. Prazo Máximo da Medida. 30 (Trinta) Anos. Precedentes do STF. Desinternação progressiva. Art. 5º da Lei 10.216/2001. Aplicabilidade. Alta Progressiva da Medida de Segurança. Prazo de 6 (Seis) Meses. Recurso Provido em Parte. 1. A prescrição da medida de segurança deve ser calculada pelo máximo da pena cominada ao delito cometido pelo agente, ocorrendo o março interruptivo do prazo pelo início do cumprimento daquela, sendo certo que deve perdurar enquanto não haja cessado a periculosidade do agente, limitada, contudo, ao período máximo de 30 (trinta) anos, conforme a jurisprudência pacificada do STF. Precedentes: HC 107.432/RS, Relator Min. Ricardo Lewandowski, Primeira Turma, Julgamento em 24/5/2011; HC 97.621/RS, Relator Min. Cezar Peluso, Julgamento em 2/6/2009. 2. In casu: a) o recorrente, em 6/4/1988, quando contava com 26 (vinte e seis) anos de idade, incidiu

da norma supracitada para esses casos, em decorrência de sua especialidade. Entretanto, como a história legislativa brasileira nos prova, a simples garantia de um dispositivo normativo é insuficiente para preservar o cumprimento dos princípios e valores que o basearam, sendo necessária a permanência da atuação política para a efetivação dos direitos conquistados, encontrando-se aí, grande parte de nosso problema.

Para a atual doutrina constitucional, "[...] os princípios constitucionais condicionam não somente a validade de uma lei, mas a própria aplicação das normas válidas às situações concretas, sempre complexas e ricas" (CARVALHO NETTO, 2005, p. 15). Assim, o que agora, por força de lei, se exige em relação à pessoa com doença mental é o direito constitucional à igualdade na sua diferença (CARVALHO NETTO, 2005, p. 23), necessitando, para a sua correta aplicação, de vontade política permeada por um programa coerente de políticas públicas.

Todavia, dentro desse contexto, percebe-se, na prática, uma eficácia parcial na aplicação do referido dispositivo, no que concerne à pessoa em sofrimento mental que se encontra em conflito com a lei, mostrando-se relevante indagar sobre as causas que vêm impedindo a correta aplicação do instrumento legal.

Partindo desses pressupostos, coloca-se em discussão o atual modelo adotado pelo Direito Penal brasileiro para a definição de inimputabilidade e semi-inimputabilidade, qual seja, a chamada quesitação penal.

---

na conduta tipificada pelo art. 129, § 1º, incisos I e II, do Código Penal (lesões corporais com incapacidade para o trabalho por mais de 30 dias), sendo reconhecida a sua inimputabilidade, nos termos do caput do artigo 26 do CP. b) processada a ação penal, ao recorrente foi aplicada a medida de segurança de internação hospitalar em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos, sendo certo que o recorrente foi internado no Instituto Psiquiátrico Forense, onde permanece até a presente data, decorridos mais de 23 (vinte e três) anos desde a sua segregação; c) o recorrente tem apresentado melhoras, tanto que não está mais em regime de internação, mas de alta progressiva, conforme laudo psiquiátrico que atesta seu retorno gradativo ao convívio social. 3. A desinternação progressiva é medida que se impõe, provendo-se em parte o recurso para o restabelecimento da decisão de primeiro grau, que aplicou o art. 5º da Lei 10.216/2001, determinando-se ao Instituto Psiquiátrico Forense que apresente plano de desligamento, em 60 (sessenta) dias, para que as autoridades competentes procedam à "política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida" fora do âmbito do IPF. 4. Recurso provido em parte. (STF – RHC: 100383 AP, rel. Min. Luiz Fux, j. 18.10.2011, 1ª T., DJe-210 03.11.2011, 04.11.2011, Ement. v. 02619-01 PP-00001).

Como visto acima, historicamente, os manicômios judiciários serviram aos propósitos sociais e estatais como depósito humano, sem que houvesse um critério razoável acerca das pessoas que ali seriam confinadas. A vulnerabilidade da população passível de ser submetida à medida de segurança foi e continua sendo utilizada como justificativa para a adoção de critérios diferenciados para aplicação, execução e extinção de sanção penal em casos de conflitos com a lei, ampliando a discricionariedade do juiz criminal e de execução penal.

Tais critérios possibilitam a adoção de parâmetros subjetivos pelo juiz durante a aplicação e execução da medida, resultando no cerceamento de inúmeras garantias a pessoa com doença mental e no desrespeito aos princípios basilares e norteadores da Lei 10.216/2001.

Entender as causas da ineficácia da função de tratamento desse instituto passa necessariamente pela identificação das falhas estruturais que o compõem, a começar por sua porta de entrada.

3. Quesitação penal à luz da Lei 10.216/2001

"O portador de sofrimento mental recebe uma espécie de 'nova condenação' a cada repetição de um laudo 'positivo' para periculosidade" (MATTOS, 2010, p. 56).

A quesitação penal é um instituto jurídico que busca, por intermédio de perícia médica – realizada no bojo do Incidente de Insanidade Mental, verificar, como já discutido, se, durante o ato criminoso ou infração penal praticada, o agente era, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, inteiramente ou parcialmente (no caso dos semi-inimputáveis) incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, a fim de enquadrá-lo como inimputável ou semi-inimputável, no termo do art. 26 do Código Penal.

Durante o inquérito policial ou após iniciado o processo penal e antes da condenação (processo de conhecimento), em caso de dúvida acerca da integridade mental do sujeito infrator, pode ser realizada perícia por profissionais da área médica, peritos do Instituto Médico Legal, no caso do DF[14]. As

14. A realização do exame será sempre determinada pelo magistrado, de ofício ou a partir da provocação da parte interessada, que requererá o exame em petição avulsa. Se for determinada de ofício, o juiz despachará, nos autos principais, nomeando curador (que pode ser o próprio defensor) ao réu ou indiciado e, em seguida, baixará portaria, determinando o exame e nomeando os peritos de sua confiança. Na realidade do DF, a perícia é realizada no IML, não sendo essa uma regra.

partes podem apresentar quesitos a serem respondidos pelos peritos, objetivando a confirmação, ou não, da inimputabilidade ou da semi-inimputabilidade, baseado num juízo de periculosidade. O mesmo exame é feito se o transtorno mental é verificado após a condenação a pena privativa de liberdade, a fim de se permitir a aplicação da chamada medida de segurança superveniente[15].

Em caso positivo, em que há um laudo no sentido de não ser o agente inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, cabe ao juiz, que não está vinculado ao resultado do exame, a aplicação da medida de segurança, uma vez que a pessoa é considerada inimputável ou semi-inimputável perante a lei. Apesar de poder requerer novo exame, na prática, na maioria das vezes a palavra técnica é reconhecida como verdadeira.

Nesse sentido, na ausência de conhecimento médico por parte dos aplicadores do Direito, entende um de nossos interlocutores que:

> O direito penal não funciona sem o psiquiatra de plantão. [...] o art. 26, CP, chama o psiquiatra, que é como se fosse o novo criminólogo que irá aferir se o indivíduo tinha a capacidade de entender e de se autodeterminar. [...] A justiça atual, numa perspectiva temporal, vem utilizando o protocolo mais atualizado. Se não se faz isso, assume-se um risco. O juiz pode dizer ao psiquiatra que não concorda com a técnica utilizada, mas o que é feito em regra é a produção de outro laudo. Um joga a responsabilidade para o outro. [...] Apesar de ele não ser obrigado a aceitar, quando faz isso, ele assume um risco, surgindo um dilema. Esses profissionais atuam a partir de saberes que são consensos na área. Assim, tende-se a tomar muito cuidado ao ignorar essa informação (trecho de entrevista – Promotor de Justiça n. 3).

15. CP, Art. 41 – O condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado.

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

    Lei 7.210/84 – LEP, Art. 183. Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o Juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança. (Redação dada pela Lei 12.313, de 2010).

De acordo com Foucault (1972), ainda no século XVII, onde se "[...] prevê a loucura como fato justificativo, cuja prova só se admite após exame do processo; se após uma informação sobre a vida do acusado se constata desarranjo em seu espírito, os juízes decidem se se deve mantê-lo em sua família ou interná-lo, tanto no hospital como numa casa de força, 'para lá ser tratado como os outros insanos'". E, nesse cenário, seria raro ver os magistrados recorrendo a um exame médico.

Atualmente, seguindo o trâmite processual, após sentença de aplicação da medida de segurança (processo de execução) e de acordo com o Código Penal, art. 97[16], há a realização de nova perícia médica ao termo do prazo mínimo fixado, devendo ser repetida de ano em ano ou a qualquer tempo, se assim o determinar o juiz da execução, para verificar se houve a cessação da periculosidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, a fim de indicar se é caso de extinção da medida ou se ainda é necessária a sua continuidade. Segundo outro entrevistado:

> Periculosidade seria a probabilidade de ele praticar outros crimes. A violência. Ele voltar a praticar atos violentos. Então o que acontece? Se ele tem um transtorno mental e não estiver medicado, ele tem potencialidade de praticar atos violentos. Geralmente a periculosidade está diretamente relacionada ao acompanhamento dele. [...] Então, o art. 97 do CP, condiciona a duração da medida de segurança à cessação da periculosidade e o que acontece na prática é que quando é feito a perícia pelo IML, se ele tem um transtorno mental, a tendência dos peritos é sempre colocar que ele tem a periculosidade. Assim, a medida de segurança acaba virando uma "prisão perpétua". Não tem prazo para acabar, porque a periculosidade vai sempre existir. (trecho de entrevista – Promotor de Justiça n. 1).

16. CP, Art. 97. Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei 7.209, de 11.07.1984).

    Prazo

    § 1º – A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos. (Redação dada pela Lei 7.209, de 11.07.1984).

    Perícia médica

    § 2º – A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução. (Redação dada pela Lei 7.209, de 11.07.1984).

Entende-se, dessa forma, que, uma vez que a periculosidade, 'verificada' através da perícia médica, é vinculada à doença, no contexto de doenças mentais incuráveis, não faz sentido a aplicação do procedimento padrão à luz do CP.

> A periculosidade está vinculada à doença. Até porque se ela não estiver vinculada à doença, o caso não será mais de segurança e sim de resposta tradicional da persecução penal. Se essa periculosidade não for consequência por figura de doença, não se fala mais de intervenção terapêutica do Estado. Estaremos falando da resposta dura que o sistema penal reserva para as pessoas em geral (trecho de entrevista – Promotor de Justiça n. 4).

Ou seja, o art. 97, CP, que vincula a extinção da medida de segurança à cessação de um entendimento que não se pode medir, presta um desserviço ao procedimento penal, de modo que, nesses casos, dever-se-ia aplicar a Lei 10.216/2001, que condiciona o tratamento psiquiátrico à finalidade permanente de reinserção do indivíduo em seu meio, pois, na maioria das vezes, a doença mental não cessa, podendo, no máximo, ser controlada, passando assim, de uma questão de segurança, para uma questão de saúde. De acordo ainda com a percepção dos seguintes interlocutores:

> [...] se a gente vincular (à doença), nunca vai cessar a periculosidade. Então, a questão não é propriamente mais se a pessoa está curada ou não, até porque tem situações que não se fala em doença, mas em condição mental. Não é como se fossemos encontrar uma cura, mas administra-se para diminuir o risco e tentar fazer com que essa pessoa volte pra sociedade, não apresentando risco nem pros outros, nem pra ela mesma (trecho de entrevista – Promotor de Justiça n. 3).
>
> Eu não acho que a periculosidade se cesse em momento nenhum. Entretanto quando se junta vários fatores, como, por exemplo, uma família que aprende a lidar melhor com a patologia, uma família que conseguiu acesso aos seus direitos (um paciente que não tem condições de trabalhar, mas tem direito a um BPC[17] ou o Programa De volta pra casa[18]), além de uma referên-

17. Benefício de Prestação Continuada (BPC), da Lei Orgânica Assistencial Social LOAS, é a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso acima de 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos de natureza física, metal, intelectual ou sensorial de longo prazo (aquele que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos) que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva da sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. Link: [mds.gov.br/assuntos/assistência-social/benefícios-assistenciis/bpc]. Acesso em: 22.10.2017.

18. Programa que tem o objetivo de reabilitação psicossocial de pessoas e a mudança do modelo assistencial em saúde mental, com aplicação do atendimento extra-hospitalar

> cia para tratamento e do trabalho que já foi feito com o paciente (comportamento), aliado ao fato do paciente se tornar mais tolerante às reações..., isso tudo pode fazer com que o paciente tenha uma probabilidade menor de voltar a cometer outro delito. Não é que a periculosidade dele cessou, há a modulação de algumas coisas que diminui a chance de surtos, quando é um doente mental (trecho de entrevista – Enfermeiro).

Havendo, assim, o controle e/ou compensação do transtorno, não há por que se falar em cessação da periculosidade como requisito legal para a aplicação de medida mais gravosa e a posterior extinção da medida de segurança, de modo que existem outros fatores que interferem na produção de um saber médico sobre o indivíduo, como os acima demonstrados.

O que se pretende discutir é a ineficácia conceitual da periculosidade como instrumento de medição da medida a ser aplicada ao agente inimputável, qual seja o tratamento ambulatorial ou a internação compulsória, bem como da medida de verificação da necessidade de manutenção desse tratamento, que influencia diretamente no modelo de quesitação penal utilizado nos processos de conhecimento e de execução penal.

3.1. Quesitação penal

Entre os quesitos que devem ser respondidos pelos psiquiatras atualmente, durante a realização da perícia, perguntas como "o paciente é portador de periculosidade?", "tal distúrbio mental, o impossibilita de viver em sociedade ou coloca em risco a sociedade em que vive?"[19], entre outras, que se baseiam em um instituto de conceito pouco definido, como já discutido aqui, impedem uma análise completa e capaz de entender as singularidades de cada sujeito.

Em 1987[20], Foucault alertou para o fato de que, a partir de uma circular de 1958, algumas das perguntas às quais os peritos psiquiatras franceses deveriam responder eram: "O acusado apresenta periculosidade? É acessível à sanção

---

e comunitário. A Lei 10.708 de 31 de julho de 2003 estabelece o programa e as Portarias 2077/GM e 2078/GM, de 31 de outubro de 2003, regulamentam como aderir. Link: [portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saúde-mental/l2-saude-mental/12585-programa-de-volta-pra-casa]. Acesso em: 22.10.2017.

19. Quesitos presentes em documentos do MPDFT analisados no decorrer da pesquisa.
20. FOUCAULT, Michel. 1987. Vigiar e punir. Petrópolis: Vozes, p. 24.

penal? É curável ou readaptável?". Isso nos dá uma dimensão de que pouca coisa, ou quase nada, se modificou em um sentido evolutivo.

Além disso, em mesma obra, o autor diz que essas perguntas não estão relacionadas com a loucura eventual do acusado no momento do ato, que deveria ser o objetivo de verificação dos quesitos. "Não são perguntas em termos de "responsabilidade" do sujeito infrator, mas dizem respeito apenas à administração da pena, sua necessidade, sua utilidade, sua eficácia possível" (FOUCAULT, 1987, p. 24).

Ou seja, elas permitem indicar, num vocabulário que apenas foi codificado, se seria melhor o hospício que a prisão, ou ainda se seria necessário prever um enclausuramento breve ou longo, um tratamento médico ou medida de segurança. E o papel do psiquiatra em matéria penal? – questionou Foucault. Sua função se perde, passando a ser "conselheiro de punição; cabendo-lhe dizer se o indivíduo é "perigoso", de que maneira se proteger dele, como intervir para modificá-lo e, por fim, se seria melhor tentar reprimi-lo ou tratá-lo" (FOUCAULT, 1987, p. 24).

> Não necessariamente só porque você é louco e executou um ato ilícito você tem que ser submetido à medida de segurança. Deveria se analisar o momento do delito, bater uma fotografia do momento em que o fato aconteceu e entender se naquele instante o transtorno mental tem uma relação estrita com o ato delituoso (trecho de entrevista – Enfermeiro).

Na prática, como apontado por um dos entrevistados, a existência de um transtorno mental é prova inequívoca do cabimento da medida de segurança, de modo com que os questionamentos feitos durante o Incidente de Insanidade Mental, buscam, de forma errada, enquadrar os periciandos. Ou seja, tais quesitos, mostram-se ineficazes por não verificarem se a medida de segurança é sanção cabível no caso concreto além de não investigarem a real necessidade terapêutica do indivíduo que se sujeitará a essa sanção, estando mais preocupados em analisar se esse indivíduo apresenta maior ou menor grau de perigo para a sociedade.

Ademais, não terminam aí os problemas do exame em questão. A perícia médica ocorre por meio de uma análise clínica do sujeito infrator, assim como de uma pesquisa acerca do histórico do indivíduo, que pode ser feita por meio de entrevistas com familiares, amigos ou até mesmo por outros médicos. Entretanto, o curto prazo destinado à realização do procedimento e a estrutura inadequada onde este é feito, ao menos no DF, mostram-se como mais alguns impedimentos à correta aplicação dos princípios que instituíram a Lei 10.216/01. Segundo pontuou um de nossos entrevistados:

> A parte de perícia médica deveria também mudar, sendo feita por uma equipe multidisciplinar. Eu não consigo entender isso. Hoje a perícia é feita em

> um dia. Como se consegue dar um laudo pericial em um encontro, acerca de doenças que tem aspectos muito horizontais? É necessário acompanhar a pessoa por um tempo para entender quando o paciente simula, quando está apresentando verdadeiramente aquele sintoma, quando ele regride, quando progride, etc. É preciso um espaço de tempo. O Exame de Insanidade Mental deveria ser substituído por um relatório multiprofissional, multidisciplinar, de uma equipe específica para isso, que acompanhasse esse paciente por um tempo, seja ele de três ou seis meses, havendo um local onde o paciente ficaria até isso se resolver, fazendo ao fim, um parecer, sugerindo ao juiz o tratamento adequado, se for caso de medida de segurança (trecho de entrevista – Enfermeiro).

O art. 150 do Código de Processo Penal estabelece que, para a execução do exame, o acusado, se estiver preso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar. O § 1º do mesmo artigo prevê que o exame não poderá durar mais que 45 dias, salvo se os peritos demonstrarem necessidade de prazo maior. Ora, a própria lei que trata da insanidade mental do acusado prevê a execução do exame com prazo máximo superior a um mês, sendo requisito para o cumprimento deste, internação em ambiente hospitalar. Nessas condições, não nos parece correto que a definição acerca da restrição de liberdade de um indivíduo possa abrir mão do cumprimento legal do instituto, vindo a ocorrer em um único ou em poucos dias.

Nesse cenário e baseado em necessidades terapêuticas, mostra-se completamente inadequada a execução da perícia médica da forma como ocorre atualmente no DF. Cabe destacar, também, que a execução de tal exame, ao contrário do que dispõe a legislação, não deve restringir a liberdade do indivíduo submetido a ele por todo o período em que seja necessário para a sua realização. Deve, todavia, garantir a sua liberdade, estando o indivíduo à disposição da justiça quando for preciso.

Ademais, embora a jurisprudência venha entendendo que o exame pode ser feito em estabelecimento penal[21], desde que adequado, em caso de inexistência de vagas no sistema de saúde, a prática da perícia no Instituto Médico Legal,

21. "Sanidade mental – Exame em manicômio judiciário. Ao dispor o art.150 do CPP no sentido de que o exame de sanidade mental do réu preso deve ser realizado em manicômio judiciário, não invalida o realizado em outro local, obviamente se, neste local, ele pode ser adequadamente efetuado, já que a inexistência de vaga naquele estabelecimento impossibilitou a realização, ali, de tal verificação" (STF – RHC – rel. Aldir Passarinho – RT 612/439 e RTJ 118/926).

como ocorre no DF, mostra-se equivocada por tratar-se de ambiente subordinado e gerido pela Secretaria de Estado de Segurança Pública e Paz Social (SSP/DF), o que afasta sobremaneira o olhar da saúde sobre o procedimento.

Resta claro, dessa forma, que os problemas que rondam a medida de segurança se iniciam com o próprio procedimento que tem por objetivo a sua aplicação. Uma vez mais, a matriz da defesa social, que se estabelece como base para essa medida alternativa, impede que o procedimento da quesitação penal funcione de forma ideal tanto pelo descumprimento explícito da legislação vigente, quanto pela ausência de parâmetros que levem em conta a necessidade de reforma dos quesitos apresentados aos psiquiatras, bem como de uma equipe multidisciplinar que tenha condições de respondê-los com coerência.

Um dos grandes problemas que resultam desse processo é a aplicação equivocada do modelo de tratamento psiquiátrico. De acordo com o art. 96 do CP, a medida de segurança pode ocorrer de duas maneiras, quais sejam: o tratamento ambulatorial e a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, estando essas, também, reguladas pela Lei 10.216/01, que, em seu art. 6º, trata da internação compulsória, sendo essa determinada pela Justiça.

Segundo o art. 97 do mesmo código, a internação compulsória é a regra. Ademais, o dispositivo reza que, somente no caso em que o crime cometido pela pessoa com doença mental for punível com detenção, é que o juiz pode submeter o agente a tratamento ambulatorial[22], sendo essa uma exceção.

Dessa forma, entendemos que o dispositivo em questão encontra-se ultrapassado pela Lei 10.216/2001, em seu art. 4º, uma vez que o texto legal preza pelo tratamento humanizado em uma Rede de Atendimento à Saúde Mental[23], sendo essa a regra para o tratamento psiquiátrico e não o contrário.

Qualquer equívoco quanto a real necessidade terapêutica do sujeito submetido à medida de segurança evidencia seu caráter retributivo, afastando a ideia de tratamento. Dessa forma, quesitos que visam verificar a necessidade e/ou utilidade da medida de segurança enquanto pena devem ser substituídos.

22. Tratamento menos gravoso à pessoa com doença mental, em liberdade, consistente na atuação de uma equipe multidisciplinar, que objetiva o controle da patologia através de uso controlado de medicamentos, terapias, assistência social, dentre outros métodos.

23. Conjunto de indivíduos, estruturas físicas, dispositivos e práticas em atenção à saúde mental.

3.2. *Sugestão de quesitos para o* incidente de insanidade mental

Cientes da realidade acima revelada, em que a função declarada da medida de segurança mostra-se incompatível com a função real por problemas estruturais, é importante que no momento da realização das perícias sejam apresentados quesitos que, ao serem respondidos, possam, além de diagnosticar de forma correta o quadro de saúde mental dos periciandos, recomendar o tratamento mais adequado para o caso, contribuindo, assim, para a melhora e/ou estabilização de sua saúde e posterior ressocialização do sujeito infrator. Nesse sentido, pondera um dos entrevistados:

> [...] dependendo de como se pergunta, fica muito difícil para um profissional da área da saúde, fugir de uma situação, onde, necessariamente imporia uma internação onde talvez nem fosse o caso. Então, assim, nos processos que já chegam prontos pra gente (MPDFT) e temos que executar, até que se verifique se era o caso ou não de internar, muitas vezes a gente encontra situações onde realmente não precisaria de uma internação, ou poderia ter cumprido pena, que são aquelas situações em que as vezes a pessoa submetida à medida de segurança está numa situação fática mais grave do que aquele que responde pela pena e nesses casos, erros às vezes acontecem. Agora aqui (na PEP), na medida do possível, temos tentado que essas distorções sejam corrigidas para evitar esse prejuízo (trecho de entrevista – Promotor de Justiça n. 2).

De acordo com dados recolhidos nas Promotorias de Execuções Penais do Distrito Federal, alguns quesitos já adotados pelas partes no processo de execução em alguns casos de medida de segurança têm auxiliado na busca por um tratamento mais humanizado às pessoas submetidas a essa realidade. Esses quesitos mostram-se mais adequados aos parâmetros estabelecidos na Lei 10.216/2001, a fim de se buscar um tratamento mais adequado de acordo com cada caso. Para três dos nossos entrevistados:

> Os psiquiatras dão o laudo baseado naquelas perguntas e naquela avaliação de um dia só, então se a pessoa chega num dia ruim pra fazer a perícia, o resultado não é adequado. [...] Fizemos um grupo de estudo com o MPDFT, o psicossocial, a equipe médica do presídio e o pessoal de saúde mental do DF, justamente para tentar mudar esse problema da periculosidade que pode deixar o paciente lá para o resto da vida. Porque na perícia, eles nunca vão falar que está cessada a periculosidade. Então, uma das coisas que fizemos foi a mudança na forma de quesitação, passando a falar assim, por exemplo: "Se ele tiver compensado ou medicado, ele tem condições de voltar ao convívio social? Se tiver apoio da família ele poderá ser liberado?" Porque o que ele precisa é isso: estar compensado, medicado, ter apoio familiar ou algum outro apoio quando sair. Porque se ele estiver tomando a medicação

> ele não oferece nenhum risco à sociedade. Então, o que foi feito foi mudar um pouco a quesitação, porque essa, do jeito que é feita, realmente pode possibilitar que a pessoa nunca tenha um laudo favorável para a desinternação. [...] Então, o ideal é que a equipe que está acompanhando a pessoa vá fazendo várias avaliações e no decorrer dessas, faça um relatório. (trecho de entrevista – Promotor de Justiça n. 1).
>
> As quesitações têm um padrão estereotipado. Temos tentado deixar as quesitações mais abertas para que o psiquiatra possa elaborar respostas melhores, do ponto de vista da análise clínica e da necessidade terapêutica. Entretanto, a gente nota que isso também depende do profissional da área. O psiquiatra não foge muito do seu protocolo. O problema não é só sobre o direcionamento das perguntas. A gente nota que se deve explorar cada vez mais o entorno familiar, para haver mais informações, e fazer um diagnóstico mais adequado (trecho de entrevista – Promotor de Justiça n. 3).
>
> Creio que falta um processo de maior interação das expertises dos saberes. Essa quesitação não vai ser informada por um jurista. Tem que ser informada pelo que hoje tem de mais moderno em termos de saúde, não de direito. Então, essa quesitação que é vetusta, inadequada e arcaica, que dá espaço a discricionariedades e arbitrariedades, orientada pela legislação penal, deve ser revista (trecho de entrevista – Promotor de Justiça n. 4).

Essa mudança, a que se referem os entrevistados, parte de uma redefinição dos requisitos que sustentam tanto a aplicação da medida de segurança quanto a sua extinção. O que se tem feito é partir do entendimento de que o contexto social e familiar, o histórico médico e policial, as avaliações periódicas feitas por equipes multidisciplinares, além da adequação dos quesitos e procedimentos de perícia, têm um peso maior na definição de necessidade da aplicação da medida de segurança.

Juntos, esses novos parâmetros, à luz da saúde mental baseada em evidências, passam a ocupar um espaço, que por muito tempo, pertenceu às interpretações arbitrárias do que seria considerada ou não, a periculosidade. Nas palavras de um de nossos interlocutores: "Hoje [periculosidade] é um termo que está mais em desuso. É um termo que está sendo ultrapassado, já está saindo um pouco dessa avaliação de periculosidade. Algumas linhas de tratamento fogem um pouco dessa questão" (trecho de entrevista – Enfermeiro).

Em termos práticos, dentro das Promotorias de Execução Penal do MPDFT, assim como relatado acima, no ano de 2013, foi organizado um documento[24]

24. A Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do MPDFT, através de pareceres, sugeriu um modelo de quesitação que vai ao encontro da Reforma Psiquiátrica, ao

fundamentado, de título "Notas sobre a execução da medida de segurança de Internação no DF" (RESENDE VARALDA; DUARTE, 2013), com sugestões de novos quesitos, que se mostram mais adequados às necessidades terapêuticas do acusado.

Tais quesitos passaram a ser utilizados na fase de execução, em que o exame psiquiátrico é realizado, nos termos dos artigos 175 e 176 da Lei de Execução Penal (LEP) com o objetivo de se verificar a cessação da periculosidade do agente submetido à medida de segurança, o que, em tese, deveria justificar a extinção da medida.

Preocupados com uma abertura que permitisse ao psiquiatra identificar as medidas menos gravosas possíveis, a fim de obter êxito na compensação dos quadros dos pacientes, as perguntas sugeridas passaram a oferecer a possibilidade de maior reflexão. Senão, vejamos: "o tratamento pode ser realizado por meio de acompanhamento ambulatorial e ministração de medicamentos ou é indispensável a medida de internação?". "Não sendo caso de internação, é necessário que um familiar ou terceiro se responsabilize pelo tratamento (consultas/remédios)?". "Se o paciente apresentar quadro psiquiátrico compensado, poderá realizar seu tratamento de forma ambulatorial, sendo internado somente nos períodos de crise em Hospital Psiquiátrico?". "Na hipótese de inimputabilidade ou semi-inimputabilidade decorrente de dependência de drogas, o acompanhamento pode ser realizado em comunidade terapêutica, grupo de mútua ajuda, ou CAPSad[25], não sendo caso de internação psiquiátrica?". "Durante a entrevista, a família se mostrou disponível para acompanhar o tratamento do acusado? Em caso positivo, o tratamento poderia ser realizado por meio de acompanhamento ambulatorial na rede pública de saúde, CAPS[26] ou Hospital-dia[27]?". "Na ausência de suporte familiar e a Vara de Execuções

analisar o contexto social e familiar, bem como a existência de estrutura física de tratamento, a fim de melhor diagnosticar as necessidades terapêuticas da pessoa que se submeterá *à* medida de segurança. Baseadas em tais pareceres, as Promotoras de Justiça, Cleonice Maria Resende Varalda e Helena Rodrigues Duarte, após realização de reuniões com as Promotorias Criminais do MPDFT, adaptaram as sugestões de quesitos, formulando o referido documento.

25. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

26. Centro de Atenção Psicossocial.

27. Estrutura organizacional de uma instituição de saúde com um espaço físico próprio, onde se concentram meios técnicos e humanos qualificados, que fornecem cuidados de saúde de modo programado a doentes em ambulatório, em alternativa à hospitalização clássica, por um período normalmente não superior a 12 horas, não requerendo assim, estadia durante a noite.

Penais indicar abrigo ou local onde o acusado possa ser acolhido e continuar seu tratamento em rede de saúde pública, seria possível e suficiente realizar-se tratamento ambulatorial, CAPS ou Hospital-dia?".

Percebe-se que estamos diante de uma mudança paradigmática, em que a perícia médica, aos poucos, deixa de servir como instrumento de definição de pena, para tornar-se um método de aferição da real necessidade terapêutica do acusado, também investigando a necessidade estrutural exigida.

Apesar de o uso desses novos quesitos na fase de execução penal influenciar positivamente na análise de necessidade de manutenção de tratamentos psiquiátricos, é fato que se deveria ampliar o seu âmbito de aplicação também ao processo de conhecimento.

Ora, é no momento em que se define a inimputabilidade ou semi-inimputabilidade do agente que se discute qual é o meio menos gravoso possível para se atingir o objetivo de tal medida penal, qual seja, a compensação de seu quadro e a possibilidade de retorno ao convívio social.

O exame médico que tem a função de produzir um laudo psiquiátrico capaz de instruir o juiz da execução acerca da medida a ser imposta ao indivíduo inimputável não pode ser realizado de modo ineficaz. Por meio das falas de nossos entrevistados é possível perceber que erros nessa fase do processo penal condenam pessoas a se submeterem a internações compulsórias gravosas, sem que haja necessidade, perdurando, muitas vezes, por tempo excessivo.

Assim, mostra-se adequado que tal exame passe a levar em conta os critérios apontados, para que seja mais eficiente na função de instruir os juízes quanto à aplicação e extinção da medida de segurança.

Apesar disso, assim como apontado por um dos promotores, a transformação da quesitação penal não se escora apenas no âmbito jurídico, mas clama igualmente por uma mudança de mentalidade e prática das ciências médicas, para que, movidos por essa mudança, seus profissionais deixem de seguir os protocolos tradicionais, para se adequarem às discussões contemporâneas. Não obstante, essa transformação caminha necessariamente pela mudança da interpretação e criação jurídica do que concerne à legislação penal que trata acerca da medida de segurança.

4. Considerações finais

O instituto da medida de segurança, historicamente justificado a partir da matriz da defesa social, surgiu a partir da necessidade de afastar da sociedade os indivíduos considerados loucos, uma vez que suas ações, apontadas como imprevisíveis, ameaçavam a segurança jurídica de um modo geral. Dessa forma,

a contenção dos indivíduos ditos perigosos permitiu que o casamento entre a Psiquiatria e o Direito ocorresse dentro de instituições asilares, direcionadas primeiramente ao controle social e remotamente ao tratamento psiquiátrico.

Entretanto, as mudanças de paradigmas pela qual a sociedade brasileira passou durante a segunda metade do século XX trouxeram preocupações com o direito sanitário e os direitos humanos, de modo que uma parcela da sociedade civil passou a lutar pela reforma do sistema psiquiátrico, formando a Luta Antimanicomial.

A história do constitucionalismo brasileiro integra tal momento, de forma que a luta pela efetivação de direitos fundamentais deu força à Reforma Psiquiátrica, culminando na publicação de diversas normas que passaram a contemplar os objetivos da Reforma. Apesar disso, entendemos que a instituição normativa no ordenamento jurídico brasileiro é insuficiente para a efetivação de seus valores. Assim, a discussão dessa temática, a partir da busca de soluções para os problemas apontados, se mostra imprescindível para o avanço da conquista dos direitos humanos em solo brasileiro.

Nesse contexto, a discussão acerca das divergências legislativas, existentes na maioria dos institutos jurídicos, é de suma importância para o apontamento de possíveis erros e a produção de reflexões sobre o objeto estudado, para que esse seja adequado à produção científica e acadêmica atual.

Somente a partir da percepção, pelos membros dos poderes Legislativo, Executivo e, sobretudo, Judiciário, de que o *modus operandi* do CP, do CPP e da LEP, no que concerne à quesitação penal, foi superado pela Lei 10.216/01, é que poderemos avançar no tratamento do assunto, salientando que a mudança não ocorrerá simplesmente a partir da transformação legislativa e jurisprudencial.

Através da revisão bibliográfica e do processo de entrevistas e pesquisas feitas para a produção desse trabalho, incluindo visita à ATP-DF, tornou-se perceptível que o sistema de execução da medida de segurança que está em prática hoje em nosso país configura uma das maiores violações aos direitos fundamentais das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Ao longo do estudo histórico e semântico das matrizes sociais que estão por trás da medida de segurança, bem como por meio do entendimento dos vieses que a justificam, entendemos que o discurso da periculosidade, carente de um conceito bem delimitado, perpetua uma série de violências contra as pessoas a ele submetidas. Assim, resta comprovado que o Estado, ao longo da história, vem cometendo atos desumanos baseados em uma estrutura jurídica inconstitucional, sob a justificativa de que a pessoa é perigosa.

Conclui-se que a evolução do que aqui é discutido caminha junto à mudança e atualização da fase de quesitação penal, além da superação do conceito de periculosidade tal qual previsto no CP, no CPP e na LEP. Tentamos trazer nesse trabalho sugestões de novos quesitos já utilizados pelo MPDFT na fase de execução, a fim de que também sejam utilizados durante o processo de conhecimento para impedir internações desnecessárias, que, longe de possuir o objetivo de abarcar todas as necessidades dessa mudança, pretendem apenas fomentar a discussão, na ânsia de que algo concreto seja feito para melhorar as condições da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

5. Referências bibliográficas

AMARANTE, Paulo (Org.). *Loucos pela vida:* a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama ENSP, 1995.

BECCARIA, Cesare. *Dos delitos e das penas*. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BARBOZA, Estefânia Maria de Queiroz. *Jurisdição constitucional:* entre constitucionalismo e democracia. Belo Horizonte: Fórum, 2007.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*. 3. ed. Rio de Janeiro: GRAAL, 1985.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940. *Código Penal*. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31.12.1940.

BRASIL. Decreto-Lei 3.689, de 3 de outubro de 1941. *Código de Processo Penal*. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 03.10.1941.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, 06.04.2001.

BRASIL. Ministério da Justiça. Ministério da saúde. *Relatório Final:* seminário Nacional para a reorientação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Brasília: Ministério da Justiça/Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. *Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)*. Brasília: SEDH/PR, 2010.

BRASIL. Ministério Público Federal – MPF. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – PFDC. *Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001*. Brasília-DF, 2011.

CAIXETA MACIEL, Welliton. *Processos Institucionais de Administração de Conflitos, Produção de "Verdades Jurídicas" e Representações Sociais sobre a questão*

da violência doméstica contra a mulher no Distrito Federal. 6º Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero. Brasília, 2010.

CARVALHO NETO, Menelick de. A hermenêutica constitucional sob o paradigma do estado democrático de direito. *Notícia do Direito Brasileiro*, Nova Série, n. 6. Brasília: Editora UnB, 2º semestre de 1998.

CARVALHO NETO, Menelick de; MATTOS, Virgílio de. *O novo direito dos portadores de transtorno mental: o alcance da Lei 10.216/2001*. Parecer para o Conselho Federal de Psicologia, 2005.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir.* Petrópolis, Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na idade clássica.* São Paulo, Brasil: Ed. Perspectiva, 1972.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos.* Trad. Dante Moreira. Leite. 7. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito Penal da loucura: Medida de segurança e reforma psiquiátrica. *Revista de Direito Sanitário*, v. 5, n. 1, 03.2004.

KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas.* Trad. Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 2005.

LOMBROSO, Cesare. *O Homem delinquente*, Ed. Icone, 2ª reimpressão, 2013.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. *Análise dos diagnósticos e tratamentos em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no Rio de Janeiro e Distrito Federal à luz da saúde mental baseada em evidências*. São Paulo, 2016.

MATTOS, Virgílio de. Canhestros caminhos retos: Notas sobre a segregação prisional do portador de sofrimento mental infrator. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* v. 20 n. 1, São Paulo, abr.2010.

MUSSE, Luciana Barbosa. *Políticas públicas em saúde mental no Brasil na perspectiva do biodireito:* a experiência dos estados de Minas Gerais e São Paulo sob a égide da Lei n. 10.216/2001 e suas implicações. São Paulo, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo:* saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: OMS, 2001.

RESENDE VARALDA, Cleonice Maria; DUARTE, Helena Rodrigues. *Notas sobre a execução da medida de segurança de Internação no DF*. Brasília, 2013.

PENALVA SILVA, Janaína Lima. *O direito fundamental à singularidade do portador de sofrimento mental:* uma análise da Lei 10.216/01 à luz do princípio da Integridade do Direito. Brasília, 2007.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social:* métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

SOUSA JÚNIOR, J.G. *O acesso ao direito e à justiça, os direitos humanos e o pluralismo jurídico*. International Conference on Law and Justice in the 21st Century, Coimbra, 2003.

Pesquisas do Editorial

Veja também Doutrina

- Adequação da legislação penal à lei de reforma psiquiátrica: a internação como exceção, de Alessandra Rapassi Mascarenhas Prado – *Ciências Penais* 13/87-118 (DTR\2010\627).

Veja também Jurisprudência

- *RT* 933/631 (JRP\2012\40893), *RT* 898/522 (JRP\2010\103) e *RT* 916/695 (JRP\2011\4304).

A escuta de adolescentes com sofrimento mental e em conflito com a lei no contexto da saúde mental: prevenção às medidas de segurança?

The hearing of teenagers in conflict with the law in the context of mental health: prevention to future law enforcing punitions?

Dayana Coelho Souza

Mestranda em Educação na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Residência em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), 2009. Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), 2006. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Alfabetização, Leitura e Letramento (GEPALLE). Psicóloga atuante em um CAPS infantojuvenil.
dayana.coelho@hotmail.com

Filomena Elaine Paiva Assolini

Pós-Doutora em Linguística pelo Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas (IEL-UNICAMP), 2015. Doutora em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), 2003. Mestre em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), 1999. Graduada em Letras pela Instituição Moura Lacerda, 1992. Graduada em Pedagogia pela Instituição Moura Lacerda, 1987. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Alfabetização, Leitura e Letramento (GEPALLE). Docente dos cursos de graduação e pós-graduação em Educação na FFCLRP-USP.
elainefdoc@ffclrp.usp.br

Recebido em: 31.01.2018
Aprovado em: 12.03.2018
Última versão das autoras: 20.03.2018

Área do Direito: Penal

Resumo: O presente trabalho é um ensaio teórico elaborado para reflexão sobre adolescentes em conflito com a lei e as potencialidades dos CAPS(s) infantojuvenis no que diz respeito à prevenção de futuras medidas de segurança. Foram apresentados alguns conceitos fundamentais da psicanálise, teoria que fundamenta o presente trabalho; efetuadas reflexões sobre a adolescência,

Abstract: This study is practical theory intended to be a reflection on teenagers in conflict with the law and the potentiality of the CAPS(s) (Psycho Social Attention Center) for children and teenager in prevention of future law enforcing punitions. Fundamental concepts of psychoanalysis have been presented, theory that fundament this work; reflections made on adolescence,

Souza, Dayana Coelho; Assolin, Filomena Elaine Paiva. A escuta de adolescentes com sofrimento mental e em conflito com a lei no contexto da saúde mental: prevenção às medidas de segurança?. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. vol. 144. ano 26. p. 501-518. São Paulo: Ed. RT, junho 2018.

crime e as vicissitudes dos imperativos de consumo na atualidade; além de apresentação de experiências e reflexões teóricas sobre o trabalhos institucionais abertos e comunitários com adolescentes. Finalizamos que os tratamentos abertos e comunitários favorecem a constituição de um sujeito autônomo e acreditamos que a oferta do direito a saúde integral aos adolescentes com sofrimento mental severo poderá diminuir as chances de efetuarem laços sociais por meio de atos infracionais, de modo a prevenir futuras medidas de segurança quando adultos.

Palavras-chave: Crime – Loucura – Adolescência – CAPS – Psicanálise.

crime and vicissitudes of the today's consumption imperatives; beyond the presentation of experiences and theoretical reflections on the institutional works available to the community favor the constitution of an autonomous individual and we believe that the availability of full health attention to the teenagers with mental severe suffering can lower the chances of they making social bonds through infractional acts, in a way to prevent future law enforcing punitions.

Keywords: Crime – Insane – Adolescensce – CAPS – Psychoanalysis.

Sumário: 1. Introdução. 2. Embasamento teórico: a psicanálise. 3. As adolescências. 4. O CAPS infantojuvenil e suas potencialidades. 5. Considerações finais. 6. Referências bibliográficas.

1. Introdução

O presente trabalho é um ensaio teórico elaborado para reflexão sobre adolescentes em conflito com a lei e as potencialidades de serviços públicos de saúde mental infantojuvenil para prevenção de futuras medidas de segurança. Entende-se que o trabalho é pertinente ao tema "Crime e Loucura" tendo em vista um conceito amplo de saúde mental que vá além da simples ausência de doença. Além disso, espera-se que adolescentes em conflito com lei e sofrimento mental se tornem adultos.

Inicialmente, vale ressaltar que, segundo Meneghetti (2011), o ensaio teórico é caracterizado pela sua capacidade reflexiva e interpretativa. Apesar de o ensaio teórico não ser baseado em uma pesquisa como ocorre em dissertações, artigos e outras produções científicas, é um importante instrumento reflexivo para a compreensão da realidade desde que seja utilizado como uma opção consciente e intencional. Além disso, o não aprisionamento com o objeto empírico permite refletir sobre ele em várias direções por meio de associações e analogias. Vale ressaltar que o ensaísta não desconsidera o empírico, apenas o coloca em posição secundária.

Sobre as medidas de segurança, IBCCRIM (2012) explicou que corresponde a uma assistência médica compulsória com restrição de liberdade por tempo indeterminado aplicado para pessoas adultas consideradas inimputáveis devido

a algum diagnóstico que comprove que não possuem condições de serem responsáveis por algum crime cometido, porém, apresentam suposta periculosidade atestada por um perito psiquiatra. A questão é: como afirmar que um sujeito apresenta periculosidade com base em apenas um saber? IBCCRIM (2012) também destacou que não é a totalidade de pessoas internadas em HCTs que são autores de crimes hediondos ou violentos.

O conceito de periculosidade vem sendo questionado tendo em vista que não há o estabelecimento claro de nexo causal entre a enfermidade e periculosidade e uma ampliação da compreensão do transtorno mental para além do saber psiquiátrico positivista incluindo aspectos sociais e interacionistas (LEONARDIS, 1988; PITCH, 2003 apud ROSA e VICENTIN, 2010).

Outro ponto a destacar é que essa dita assistência compulsória oferecida ao infrator com sofrimento mental severo não corresponde aos preceitos da Reforma psiquiátrica brasileira. Conte (2004) afirmou que a Reforma prioriza um tratamento que vá além dos orgânicos do sofrimento mental e amplia para aspectos psicossociais. O foco é no sujeito de direitos e reinserção social, o discurso da cidadania é central.

As referidas internações para assistência compulsória, nos casos descritos anteriormente, ocorrem nos Hospitais de Custódia e Tratamentos (HCTs), que são os antigos manicômios psiquiátricos. Muda-se o nome, mas a lógica de confinamento e exclusão é mantida à revelia dos direitos humanos e da reforma psiquiátrica no Brasil, além de a situação apenas manter um universo dos presídios comuns (IBCCRIM, 2012). A diferença é que a restrição de liberdade comum tem tempo para acabar, a medida de segurança não. A ideia é assegurar que os crimes não sejam efetuados novamente, porém, como fazer isso sem ferir os direitos humanos desses sujeitos?

O Estado de Minas Gerais apresenta uma interessante experiência compartilhada por Barros-Bisset (2010). Trata-se de um trabalho de socialização da pessoa dita louca e infratora de modo a ser um tratamento substitutivo às internações HCT(s), denominado Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (PAI-PJ). O programa consiste em acompanhamento integral ao paciente judiciário em todas as fases de seu processo criminal, é um trabalho intersetorial da rede pública de saúde e assistência social, de acordo com as diretrizes de atenção integral a pessoa com sofrimento mental. Assim, criaram-se condições para que o paciente judiciário tenha acesso a um tratamento integral e um acompanhamento de sua sanção penal, de acordo com suas possibilidades.

No decorrer da execução do programa foi observado que a oferta de uma rede de encaminhamentos onde pacientes judiciários pudessem endereçar

seus sofrimentos apresentou efeitos interessantes, visto que o isolamento que sofriam em nada ajudava a transformação da dita periculosidade. Destaca-se que, nos casos finalizados até 2010, não havia registros de reincidência de crimes hediondos. Já os crimes de menor gravidade e contra o patrimônio tiveram reincidência de 2% (BARROS-BISSET, 2010).

A respeito de atos infracionais praticados por adolescentes e crianças, sabe-se que também são inimputáveis, ou seja, não respondem ao Código Penal. Porém, a autoridade competente poderá aplicar medidas socioeducativas para adolescentes que cometeram infrações. As medidas socioeducativas deverão ser aplicadas de acordo com o ato infracional praticado e por meio de um processo judicial e podem ser: advertência; obrigação de reparar o dano; prestação de serviços à comunidade; liberdade assistida, semiliberdade e internação (BRASIL, 1990). No caso do Estado de São Paulo, as internações ocorrem na Fundação CASA (Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente).

Rosa e Vicentin (2010) problematizaram que, devido a um clamor advindo do discurso da defesa social, está havendo uma extensão dos rótulos de periculosidade e irrecuperabilidade aos adolescentes infratores, rótulos que trazem implícitos os diagnósticos de transtornos de personalidade antissocial. Tendo isso em vista, temos assistido no Estado de São Paulo às solicitações de perícias psiquiátricas para adolescentes cumprindo medidas socioeducativas com objetivo de aplicação de medidas de segurança para adolescentes com transtornos mentais, fazendo valer o pressuposto de uma segregação aos supostos intratáveis. Inclusive foi construída pela Secretaria de Saúde a Unidade Experimental de Saúde (UES) para atender adolescentes com transtorno de personalidade e/ou de periculosidade em regime de contenção.

O diagnóstico de questões envolvendo saúde mental na adolescência e infância é complexo tendo em vista que corresponde a um momento peculiar de sua constituição como sujeito, portanto, é difícil determinar se esse adolescente será um adulto também inimputável. Porém, é fato que quanto mais cedo tiverem oportunidades de acesso a rede de saúde, mais chances terão de uma vida mais autônoma.

Além disso, Rosa e Vicentin (2010) ressaltaram que há uma tendência a uma excessiva patologização da juventude pobre de modo a mascarar as influências sociais nas condutas e o não investimento da sociedade a essa população.

2. Embasamento teórico: a psicanálise

Apresentaremos alguns conceitos e reflexões que entendemos ser fundamentais para ajudar-nos a pensar o adolescente em conflito com a lei. A psicanálise

nos oferece instrumento para ajudar o adolescente a se situar diante do seu ato infracional e entender qual a função o ato tem para ele, podendo oferecer possibilidades de ressignificação e ofertas de outros modos de fazer laço. Entre esses adolescentes, poderão estar aqueles que apresentem algum sofrimento mental que seja mais limitante que outros e que estejam mais fora do discurso dito normal.

Ramon et al (2016) enfatizaram que Lacan afirmou que a subjetividade tem a ver com sua época, assim o praticante da psicanálise deve saber decifrar o movimento simbólico de sua época. Os autores também mencionaram que: "...nosso tempo é marcado pelo abalo das estruturas formais de sustentação dos ideais, pelo declínio do patriarcado e por mutações na ordem simbólica..." (RAMON ET AL, 2016, p. 101). Desse modo, faz-se imprescindível que as reflexões sobre aspectos subjetivos considerem os aspectos sociais e históricos.

Rosa (2004) afirmou que Freud recusou a divisão indivíduo-sociedade e possuía uma visão biopsicossocial, ele fez uso recorrente da análise de fenômenos coletivos para compreender processos individuais. Além disso, a autora apontou que Freud pensava a psicanálise sob três aspectos que são: método de investigação do inconsciente, teoria e técnica de tratamento, e teoria do funcionamento humano para além do patológico. Lacan (2003) em seu ensino também mencionou uma psicanálise em extensão, que corresponde a presentificação da psicanálise no mundo e para além do contexto clínico. Portanto, são equivocadas as críticas de que a psicanálise só trata de questões individualizantes.

Sobre o crime, Rosa e Vicentin (2010) destacam que ao pensá-lo à luz da psicanálise se faz necessário ir além da dicotomia vítima e agressor. A partir do pensamento psicanalítico, pressupõe-se que o conflito é inerente a condição humana e o mal-estar é um efeito do processo civilizatório. Tendo isso em vista, não é possível uma pacificação da sociedade, mas podemos encontrar modos de enfrentamento aos impasses que a civilização nos causa.

Sobre conceitos fundamentais, iniciamos com Alberti (2004) que ensinou que Freud considerava a sexualidade universal para o ser humano e já está presente desde a infância, vale destacar que não se deve confundir sexualidade com genitalidade, a sexualidade diz respeito a uma energia vital que nos impulsiona. Outro ponto a ser destacado diz respeito ao conceito de sujeito em psicanálise, trata-se de um sujeito dividido e determinado pelo inconsciente. Isso quer dizer que não possui total intencionalidade consciente em suas ações. Convém apresentar uma citação de Alberti sobre isso:

> O eu na realidade, é uma *gestalt* (destaque do original) imaginária que utilizo para me identificar e diferenciar dos outros; o sujeito, por sua vez, é

> sempre efeito de fala, e não poucas vezes surpreende justamente por não ser previamente *gestaltisado* (destaque do original), por não estar referido a uma imagem. (ALBERTI, 2004, p. 14).

Portanto, o sujeito é sempre do desejo inconsciente e esse é fundado a partir do Outro. Sobre o conceito de Outro, Alberti (2004) nos ensinou que Freud já observava que o bebê nasce em uma condição de desamparo, isso quer dizer que para ele sobreviver necessita incondicionalmente de intervenção de um adulto que faz do bebê um objeto privilegiado de seus interesses, esse bebê será produto do lugar colocado por esse adulto e por ele mesmo. O lugar que simbólico que esse outro ocupa foi nomeado por Lacan como primeiro Outro na vida do sujeito.

O Outro e assim apresentado em letra maiúscula porque não se trata de outro qualquer, mas sim deste que o ampara no desamparo fundamental e o mergulha no mundo simbólico. Porém, vale ressaltar que esse Outro também é e deve ser barrado pela incompletude (ALBERTI, 2004). Desse modo, as relações que estabelecemos e a cultura que estamos são consequentemente importantes influenciadoras de nossa constituição como sujeitos.

Essa inserção do bebê no mundo simbólico é entendida como a chamada função materna, destaca-se que se trata de uma função de modo que pode ser executada por outra figura que não necessariamente a mãe biológica. Independente de parentesco e gênero, o que é importante é que esse adulto exerça esse lugar de amparo e inserção no mundo simbólico da linguagem e o dê um lugar nesse mundo que geralmente já é dado desde antes do nascimento (VITORELLO, 2011).

Porém, a criança percebe que outros objetos são alvos de satisfações para esse sujeito que exerce a função materna, exemplos: parceiro amoroso, trabalho, entre outros. Os outros objetos de satisfação interditam a relação total do bebê com a mãe, essa interdição é o que se compreende como função paterna. A função paterna pode instaurar o desejo fundante porque abre espaço de falta para a criança se estruturar (PEREIRA, 2012).

Outro ponto a destacar é o conceito de sintoma para a psicanálise, Alberti (2004) destaca que o sintoma para Lacan é o que amarra os três registros do funcionamento psíquico (real, imaginário e simbólico), portanto "o sintoma é um parceiro para o sujeito" (ALBERTI, 2004, p. 44). Corresponde há algo que estrutura e diz sobre o sujeito de modo que o objetivo de um tratamento não é apenas suprimir sintomas, mas trabalhar a partir deles. Lacan (2005), fundamentado em Freud, destacou que o sintoma só poderá ser interpretado/trabalhado a partir do que chamaram de transferência.

Em um contexto de tratamento psicanalítico, Soler (2016) destacou que a transferência é um laço em que o paciente endereça sua fala ao analista quando o coloca em um lugar de sujeito suposto saber, não se trata de uma relação dual, intersubjetiva. A transferência atua como um terceiro nessa relação que vai mediar e permitir o trabalho de análise. Lacan (2015) ensinou que não é apenas em um contexto de análise que ocorre a transferência, mas ela está presente nas diversas relações. A esta transferência ele nomeou de selvagem.

Tendo isso em vista, quando pensamos em diagnóstico em psicanálise não se trata de listar sinais e sintomas para eliminá-los. Para, além disso, o diagnóstico serve para a identificarmos a estrutura do sujeito que foi construída a partir da relação com o Outro.

As estruturas que apresentaremos correspondem em distinguir os sujeitos que possuem os recursos da função paterna dos que não têm, os primeiros estão no campo da neurose e os segundos no campo da psicose (ALBERTI, 2004). Estes últimos geralmente são identificados como os loucos em nossa sociedade, por terem outro modo de funcionamento.

No caso do sujeito estruturado a partir da neurose, o seu sintoma está relacionado a como ele se posicionou diante do conflito edipiano (ALBERTI, 2004). Convém esclarecer que o conflito edipiano é quando a criança vivencia o desejo sexual próprio de um adulto e o direciona às referências familiares, trata-se de um conflito entre o prazer erótico e o medo. A criança deverá aprender a limitar seus impulsos e ajustá-los ao limite de seu corpo. Quando ela recalca o desejo incestuoso, descobre o pudor, o senso moral e inicia o estabelecimento de sua identidade (NÁSIO, 2007).

Já o sujeito da psicose, no momento da quebra de ideais, ele fica à mercê do real devido à ausência simbólica, nesse caso, o trabalho do sujeito é se posicionar diante do irrepresentável (ALBERTI, 2004). Nas palavras da autora:

> [...] esses sujeitos estão sempre na dependência de outra referência, *concreta*. Na ausência dos pais – quer por falta de investimento, quer por excesso de trabalho, ou mesmo por abandono (e suas várias formas) – o jovem psicótico poderá encontrar quem queira fazer de conta substituí-los e que sempre terá suas intenções que se baseiam em interesses os mais diversos. Dentre eles, o mundo atual do lucro do tráfico de drogas certamente não é o único. (ALBERTI, 2004, p. 52).

O manejo com sujeitos psicóticos e neuróticos é diferente, mas argumentamos que ambos são passíveis de intervenção e de viverem em sociedade. Ressalta-se que não é possível dizer se um ato infracional está relacionado a um

funcionamento neurótico ou psicótico, deve ser realizada uma profunda e séria avaliação do sujeito e seu contexto para identificar a estrutura do sujeito.

Por último, faz-se necessário discorrer sobre a questão da prevenção para a psicanálise. Priszkulnik (2009) ressaltou que, no campo da saúde, a prevenção corresponde a um conjunto de intervenções para que se evite o surgimento de doenças reduzindo sua incidência ou prevalência. Para a psicanálise não é possível essa antecipação que ofereça respostas ao paciente porque o objetivo é que este fale. Além disso, a psicanálise não trabalha com os aspectos envolvendo a evolução de uma doença de um ponto de vista linear. Porém, é possível sim uma prevenção se entendermos que a escuta psicanalítica poderá ajudar o paciente a se situar de modo diferente diante do seu sintoma e suas condições de saúde. Provavelmente essa mudança de posição subjetiva terá efeitos reconhecidos como positivos pelo discurso da ciência.

Quando falamos em oferecer escuta da singularidade de adolescente, essa possibilidade de a escuta psicanalítica produzir efeitos preventivos do sofrimento mental intenso é ainda mais promissora, tendo em vista que Lacadée (2012) nos ensinou que a adolescência é um momento de transição em que os sujeitos estão se constituindo.

3. As adolescências

O conceito de adolescência não é originalmente trabalhado na psicanálise freudiana, mas ela muito pode contribuir (ALBERTI, 2004; BRIOLE, 1994). Rosa e Vicentin (2010) ressaltaram que, para a psicanálise, a adolescência não é caracterizada por comportamento ou personalidade, mas corresponde a um trabalho desencadeado pela puberdade. Portanto, cada adolescente fará seu trabalho tendo em vista sua subjetividade e seu contexto. Além disso, Briole (1994) ressaltou que as manifestações do adolescente são históricas, em suas palavras "O adolescente é sempre de sua época, e até mesmo antecipa a que está por vir" (BRIOLE, 1994. p. 12).

Para o entendimento da adolescência se faz importante o entendimento do papel da elaboração das perdas e separação da autoridade paterna, há a perda do corpo infantil e encontro com o real de que somos seres sexuados. Ressalta-se que para uma separação se faz imprescindível uma presença, assim os adolescentes poderão escolher utilizar suas referências mesmo que seja para se contrapor a elas (ALBERTI, 2004).

Para efetuar suas escolhas, o adolescente utilizará as direções, indicativos e determinantes que tiveram no decorrer de toda a sua vida. Trata-se de uma escolha do sujeito, ou seja, ele pode escolher ou não atravessar e efetuar um

desligamento da autoridade parental em um momento que é convidado a isso. Esse trabalho exige um enorme esforço e implica um encontro com o sexo, o encontro com o posicionamento em relação ao fato de sermos sexuados (ALBERTI, 2004). Esse encontro com o sexo é o encontro com um novo objeto sexual, que até então era autoerótico. Trata-se de um momento de redescoberta do objeto que a criança renunciou no final do Édipo que teve como consequência o recalcamento do objeto parental (LACADÉE, 2012).

Para Alberti (2004) a separação não é do Outro, mas sim dos pais imaginarizados e idealizados. Na adolescência é identificado que o Outro é barrado, não completo e por isso a autoridade é questionada. Briole (1994) ressaltou que se demanda muito do adolescente, o lugar que lhes é reservado é o do impossível visto que é o lugar de ser autônomo e ao mesmo tempo dependente, assim, a autora destacou que o processo de separação deve ser um trabalho efetuado pelos dois lados, do adolescente e de suas figuras de autoridade parental. A autora também destacou que, as figuras parentais, e outras figuras que lidam com o adolescente, podem ver nele suas próprias errâncias.

Na contemporaneidade constatamos abalos de referências com fragilização do laço e procura de novas identidades para fazer grupo, os laços se dão em termos de demanda ao consumo onde as referências simbólicas estão enfraquecidas. Esse enfraquecimento é explicado devido ao declínio da função paterna, ressaltamos que estamos falando de uma função e não uma figura (BRIOLE, 1994). Além disso, Ramon et al (2016) destacaram, referenciando Jacques-Alain Miller, que o discurso capitalista coloca o consumo e o acesso ao saber como lugar do Outro. Isso traz como consequência para os adolescentes que o saber não está depositado nos adultos, mas em máquinas.

Vale destacar que o modo de gozo da atualidade está relacionado à lógica do consumo de objetos, medicamentos, substância psicoativa ou outro objeto que pode entrar em um lugar de completude imaginária. Notamos os efeitos disso na forma de que alguns adolescentes fazem laço, roubando, fraudando, furtando entre outros atos infracionais. Desse modo, o adolescente testemunha um mal-estar que diz respeito ao campo social, familiar e de seu corpo (BRIOLE, 1994).

Também vale mencionar estudo de Oliveira (2000) que investigou reincidência infracional de adolescentes em conflito com a lei. Nos adolescentes estudados ela identificou sujeitos que se idealizam entre si pela audácia de suas ações e que haviam elegido a ação como modo de fazer laço. Sobre esse modo de fazer laços por meios de ações, remetemo-nos a Lacan (2005) que discorre sobre a passagem ao ato e os *acting outs*.

A passagem ao ato seria um correlato a "largar de mão" (LACAN, 2005. p. 129). Relaciona-se a um momento de embaraço maior do sujeito em que ele se evade da cena, é uma fuga para o real o qual não é possível uma interpretação (LACAN, 2005).

Já os *acting outs* são definidos como um sintoma, mas que não se basta em si mesmo. Trata-se de um apelo ao Outro demonstrado na conduta do sujeito, um modo de clamar por interpretação. O *acting out* é o começo da transferência, denominada de uma transferência selvagem (LACAN, 2005).

Sobre o manejo dos *acting outs*, Lacan (2005) referenciou Phyllis Greenacre para explicar que é possível interpretá-los, mas isso oferta poucos efeitos. É possível proibi-los, o que na prática é impossível. Ou reforçar o Eu, o que Lacan (2005) ressaltou se opor porque seria um processo de identificação com o Eu do analista o que, para ele, não contribui para a estruturação do sujeito. O que é praticável seriam manejos para deixar que se estabeleça uma transferência não selvagem, um endereçamento por meio da palavra.

Complementando, Barros-Bisset (2010) explicou que na passagem ao ato o sujeito tenta solucionar um sofrimento insuportável de modo a se desconectar do mundo. Além disso, CALAZANS e BASTOS (2010) destacaram que a passagem ao ato pode funcionar como uma pacificação ao insuportável da angústia. Já o *acting out* é um apelo e não tem esse caráter resolutivo, ele clama ao Outro.

Faz-se imprescindível destacar que a presença de *acting outs* e/ou passagens ao ato não estão diretamente relacionada a uma estrutura, psicótica ou neurótica, temos que analisar caso a caso para uma hipótese sobre a posição estrutural de cada sujeito (CALAZANS; BASTOS, 2010).

Além disso, destacamos que cabe a nós na relação com o adolescente e nos diversos espaços analisar se suas ações são da ordem dos *acting outs* ou de passagens ao ato, ou mesmo de outra coisa que foge do recorte subjetivo. Mas, o que estamos apontando é que os atos infracionais podem ser modos de apelos ou mesmos fugas apresentadas pelos adolescentes que mais precisam de apoio do que apenas punição. Em alguns casos ainda, pode estar relacionado a um funcionamento psicótico em que o isolamento não ajudará a mudar os modos de fazer laço.

4. O CAPS infantojuvenil e suas potencialidades

Sabe-se que a assistência à saúde no Brasil é organizada através do Sistema Único de Saúde (SUS) que corresponde a um sistema universal, de gestão pública e descentralizada para esfera municipal. Seus pressupostos são de que os determinantes e condicionantes da saúde também se dão na dimensão

social, sendo que as intervenções devem ter o princípio da integralidade tendo em vista uma visão de sujeito biopsicossocial (BRASIL, 1990).

A saúde mental também deve seguir os princípios e diretrizes do SUS. A rede especializada na área de saúde mental envolve uma diversidade de serviços que são substitutivos ao hospital psiquiátrico, haja vista a reforma psiquiátrica no Brasil. O objetivo da reforma é romper com o modelo asilar hospitalocêntrico que estimula a estigmatização e o isolamento da pessoa em sofrimento mental. O conceito de cidadania perpassa todas as propostas de intervenções, sendo que o estímulo à autonomia é imprescindível sendo que é proposto que os tratamentos ocorram no território de modo a não romper os vínculos familiares e comunitários.

Porém, faz-se imprescindível destacar que foi publicada uma portaria em 21 de dezembro de 2017 que altera portarias anteriores de modo a ampliar normas de financiamento para hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, espaços que estimulam o isolamento da pessoa em sofrimento mental (BRASIL, 2017), tal ação é contrária ao que propõe a Reforma psiquiátrica. Além disso, o Conselho Federal de Psicologia publicou estudo em que demonstra uma situação de violação de direitos humanos em comunidades terapêuticas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Destaca-se o quanto as medidas de segurança desviam dessa visão de saúde proposta pelo SUS e pela Reforma Psiquiátrica visto que o louco infrator não se beneficia do tratamento integral, como bem problematizou Barros-Bisset (2010). A experiência em Belo Horizonte/MG compartilhada pela autora tenta fazer valer o atendimento integral ao louco infrator e apresentou resultados interessantes.

O atendimento público à saúde mental deve ser executado por meio de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), esta inclui uma variedade de serviços e ações articuladas entre si para promoção, prevenção e reabilitação da saúde mental de um território (BRASIL, 2013). Entre os serviços do RAPS, destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que corresponde a um dispositivo para promoção da cidadania e inserção social de pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, e que necessitam de cuidados intensivos. É um serviço aberto e comunitário que oferece atendimento visando intervenções na esfera biológica, psicológica e social. Além disso, o CAPS tem a missão de atender familiares da pessoas em sofrimento mental severo, bem como regular a rede de saúde mental de seu território (BRASIL, 2004).

O CAPS infantojuvenil é um serviço especializado para crianças e adolescentes com autismo, psicose, ou com transtornos mentais que envolvam prejuízos funcionais severos e persistentes e é indicado para população acima de

200.000 habitantes, constitui-se em um serviço ambulatorial de atenção diária. Para isso, contará com equipe especializada para atender na esfera individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atividades comunitárias de integração, desenvolvimento de ações intersetoriais, entre outras (BRASIL, 2010).

Priszkulnik (2009) destacou que a presença de um psicanalista em uma instituição de saúde mental vai na direção de abrir espaço para a palavra em um ambiente que geralmente é assujeitado pelo discurso científico do saber médico. Briole (1994) propõe efetuar uma clínica do laço, o que nos resta é escutar o adolescente. A partir da ética da psicanálise, ressaltou que não se trata de escutar o sujeito para que ele entre em uma ordem, mas, sim, de ajudá-lo a encontrar a via de seu desejo.

Alberti (2004), ao lidar com adolescentes em um contexto clínico, ressaltou que é comum que a demanda dos pais não seja a mesma do adolescente, e se não soubermos distinguir isso não poderemos ajudar o adolescente, temos que convidá-lo a falar sobre suas questões. Briole (1994) também destacou que esse pedido de atendimento pode ser efetuado por instituições como a escola, assistência social, serviço de execução da medida socioeducativa entre outros. Esses adolescentes encaminhados por serviços podem também não apresentarem a demanda de tratamento, é preciso escutá-los e construir a demanda com eles.

Uma forma de aproximação com os adolescentes é um convite para participar de oficinas e/ou outras atividades culturais e lúdicas do serviço e estar junto com eles nesses espaços que podem propiciar aberturas para a palavra. Porém, trata-se de espaços onde eles também podem apresentar atuações de difíceis manejos, inclusive violentas. Temos que distinguir se são *acting outs* ou passagem ao ato, lembrando que os *acting outs* são apelos e também início de uma transferência.

Sobre o trabalho nos referidos espaços culturais e lúdicos fazemos uma analogia com o que Rodulfo e Rodulfo (2007 apud ZIMMERMANN, 2007) nomearam como uma intervenção ampla e heterogênea. Os referidos autores utilizaram o conceito winnicottiano de *holding* para apontar que a intervenção pode oferecer um leque para além da interpretação nos enquadres clínicos tradicionais. A instituição pode funcionar como um espaço transicional para uma experiência cultural, tendo em vista sua potencialidade lúdica para atuar como um ambiente facilitador ao adolescente.

Faz-se imprescindível destacar que está sendo nomeado de trabalho institucional. No entanto, não se refere a uma inserção em instituição total, como um manicômio, mas sim de oferecer um espaço de vivências, principalmente culturais. Assim como é proposto nas legislações brasileiras sobre saúde mental.

Zimmerman (2007), baseando-se no pensamento de Aulagnier, pesquisou um grupo de adolescentes com dificuldades escolares e identificou uma condição de estado limite que se caracteriza por um perfil no qual não se possui um diagnóstico claro. Geralmente já passaram por inúmeros diagnósticos e dificilmente conseguiam permanecer nas instituições escolares. Mesmo que não apresentassem dificuldades de aprendizagem a interação entre suas dinâmicas e a instituição escolar provocava dificuldades no contexto acadêmico. Apresentavam dificuldades em historicizar suas vidas, organizarem-se mediante ideais, negativismo e se manifestavam por meio de *acting outs*.

Além disso, Zimmerman (2007) destacou que os adolescentes ditos em estado limite apresentam dificuldades para definir posições pessoais que expressam construções reflexivas. A relação com um profissional de referência na própria escola ajudou esses adolescentes ressignificarem seu modo de se relacionar entendido como dificultador para se constituírem como sujeitos.

A condição apresentada acima muito nos lembra dos laços sociais de nossa atualidade, vale destacar que não há intenção de colar mais um dos inúmeros rótulos diagnósticos nos adolescentes, e sim ter mais um parâmetro para pensar os adolescentes, mas sem nos reduzirmos a isso. Ressalta-se a afirmação de Briole (1994) de que o adolescente, por estar em um momento de questionamentos "veste a camisa que está pronta para ele: psicopata, imaturo, perverso, narciso, consumista, irresponsável" (BRIOLE, 1994. p. 11). Por isso, devemos ter muito cuidado com rótulos e nomeações.

Guglielmetti (2010) relatou sua experiência em um trabalho institucional orientado pela ética da psicanálise e alguns de seus pressupostos, a proposta era inserção na cultura e produção de laço social. A autora ressaltou que no trabalho institucional o grande desafio é articular o coletivo ao singular, ou seja, oferecer a riqueza da cultura ao mesmo tempo que preserva a escuta da singularidade.

Além disso, Guglielmetti (2010) ensinou que o estabelecimento da transferência pode ser favorecido por meio de um profissional de referência para o adolescente, assim como já é proposto nas diretrizes dos CAPS. ressaltou a importância do referido profissional visto que corresponde ao que recebe a família (ou outro demandante) e a implica no caso, inicia o trabalho de entrevistas com o objetivo de instituir e sustentar a transferência, centraliza informações, além de sustentar as decisões nas reuniões de equipe junto ao paciente e sua família. Guglielmetti (2010) enfatizou que a leitura e manejo da transferência é o trabalho por excelência desse profissional.

Referenciado Mannoni, Guglielmetti (2010) destacou que o modelo de tratamento institucional não deve ser nem burocrático e nem casual. É importante que encontre, em um estilo próprio, modos de enfrentar e manejar os sujeitos

e suas patologias. Portanto, cada instituição deverá conhecer seu público e manejar de modo que favoreça o estabelecimento de um trabalho.

5. Considerações finais

A partir da literatura apresentada e das normativas construídas pelo viés da Reforma Psiquiátrica, notamos a importância de um tratamento para pessoas com sofrimento mental severo que oferte possibilidades de fazer laço social, de oferecer aberturas para ressignificações e novas posições subjetivas diante dos seus sintomas. Ao se tratar de adolescência, a questão é ainda mais delicada porque demonstramos que se trata de um momento de transição de extrema importância para a constituição do sujeito.

Também discorremos que as ideologias e seus imperativos de consumo além da queda das ideias que são expressas por meio dos atos dos adolescentes, entre eles os atos infracionais. O ato infracional pode ser uma forma de apelo ou resolução de um sofrimento mental severo e as medidas de contenção e rótulos de periculosidade somente cronifica e piora o quadro de saúde mental desses sujeitos.

Não se pode associar o ato infracional a um determinado transtorno, mas nota-se que os adolescentes com dificuldades em sua saúde mental são os alvos para o trabalho na criminalidade, de modo que o acesso a serviços de saúde mental podem oferecer escuta para apoio em seus posicionamentos subjetivos e suas escolhas.

Rotular sujeitos psicóticos como periculosos e irrecuperáveis não resolverá o problema da violência social, apenas tentará tamponar, em vão, o mal-estar da vida em sociedade e as mazelas da ausência de distribuição de renda e execução dos direitos humanos. Antecipar esses rótulos aos adolescentes que demonstram traços psicóticos, e/ou mesmo os que estejam sendo alvo de patologização de suas condições sociais, é outro grande equívoco.

Os diversos autores apresentados, destacando Barros-Brisset (2010), demonstraram que é possível que um sujeito fora do discurso e nomeado como louco infrator consiga efetuar laços sociais que não sejam a partir da execução de crimes. Desde que ele tenha oportunidade de trabalhar as consequências de seus atos em meio aberto e comunitário, assim como é a proposta dos CAPS(s).

Destacamos que crianças e adolescentes com sofrimento mental severo que tiverem contato com algum serviço de saúde como o CAPS, além da garantia de outros direitos fundamentais (Educação, Assistência Social, Cultura, Esportes entre outros), poderão ter uma vida mais autônoma e

acreditamos que isso oferecerá menor probabilidade de envolvimento com atos infracionais na vida adulta.

Finalizamos com a seguinte questão: será que é mais viável investirmos em prevenção ou financiarmos serviços que já estão provados que não possuem efeitos de promoção de laços sociais civilizatórios?

6. Referências bibliográficas

ALBERTI, Sônia. *O adolescente e o outro*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BARROS-BRISSET, Fernando Otoni de. Um dispositivo conector – relato da experiência do PAI/PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2010; 20(1): 116-128. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/16.pdf]. Acesso em: 19. 01. 2018.

BRASIL. Portaria 3588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 21. 12. 2017. Disponível em: [www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf]. Acesso em: 22. 01.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção* **às** *pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS*. Brasília: 2013. p. 160: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental* – 2004 a 2010. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental, Brasília, Ministério da Saúde. 2010. p. 257.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Saúde mental no SUS:* os centros de atenção psicossocial. Brasília: 2004. p. 86: il. color – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. *Lei federal 8.080, de 19 de setembro 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, 19 set, 1990. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/lei_organica8080_19_09_90.pdf]. Acesso em: 20. 01. 2018.

BRASIL. *Lei 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 13. 07. 1990. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069_02.pdf]. Acesso em: 22. 01. 2018.

BRIOLE, Guy. A adolescência e adolescente: o impossível do desejo (LEMOS, Márcia Carvalho; MELLO, Eucy trad.). *Agente:* Revista de Psicanálise/

Escola Brasileira de Psicanálise/Seção Bahia. -a.1, n.1 (06.1994), Salvador: EBP/BA, 1994. p. 9-26.

CALAZANS, Roberto; BASTOS, Angélica. Passagem ao ato e *Acting Out*: duas respostas subjetivas. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 22 – n. 2, p. 245-256, Maio/Ago. 2010. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/fractal/v22n2/02.pdf]. Acesso em: 20. 01. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos:* locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. Disponível em: [www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf]. Acesso em: 22. 01.2018.

CONTE, Marta. Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis? *Revista da Associação psicanalítica de Porto Alegre*, ano 14, 26, 23-33, 2004. Disponível em: [www.appoa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista26_-_psican%C3%83%C2%A1lise_e_redu%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o_de_danos.pdf]. Acesso em: 20. 01. 2018.

GUGLIELMETTI, Marize L. A função é o lugar da referência: um estilo de articular o tratamento institucional à psicanálise. In: KUPFER M. Cristina M; PINTO, Fernanda S.C. Noya. (Orgs.). *Lugar de vida, vinte anos depois*. Exercícios de educação terapêutica. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2010. p. 173- 182.

IBCCRIM – INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS (2012). Crime e Loucura. *Livro dos editoriais*. Vários Colaboradores. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012. p. 113-114.

LACAN, Jacques. Passagem ao ato e *acting out*. In: LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 10: a angústia*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. p. 128-145 (Trabalho original publicado em 1962-1963).

LACAN, Jacques. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista na Escola. In: *Outros escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 248-264 (Trabalho original publicado em 2001).

LACADÉE, Philippe. A clínica da língua e do ato nos adolescentes. Trad. Vilela Yolanda. *Responsabilidades*. Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 253-268, 07. 2011/02. 2012. Disponível em: [www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao02/7.pdf]. Acesso em: 22.01. 2018.

MENEGHETTI, Francis Kanashiro. O que é um Ensaio-Teórico? *RAC*, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 320-332, Mar/ Abr. 2011. Disponível em: [www.redalyc.org/html/840/84018474010]. Acesso em: 13. 11. 2017.

NÁSIO, J. D. Édipo: o complexo do qual nenhuma criança escapa. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Zahar, 2007 (Trabalho original publicado em 2005).

OLIVEIRA, Maruza Bastos de. O jovem transgressor e suas implicações na ação. In: *Congresso Internacional de Psicanálise e suas Conexões* 1999. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000. p. 226- 231.

PEREIRA, Rodrigo da Cunha. *Direito de família:* uma abordagem psicanalista. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

PRISZKULNIK, Léia. Prevenção: saúde mental e psicanálise. In: *Formação de profissionais e criança-sujeito,* 7., 2008, São Paulo. Disponível em: [www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032008000100002&script=sci_arttext]. Acesso em: 20. 01. 2018.

RAMON, Fabíola; MOREL, Kátila Kormman; MENDONÇA, Ricardo Coimbra de; PARAVIDINI, Roberta Augusta Borges; PAIXÃO, Christiana Coimbra; NOBRE, Sabrina Ribeiro. Impasses no Contemporâneo: Para uma psicanálise implicada com seu tempo. *Entrevários*. n. 16, 11.2016. p. 99-104.

RODULFO, Marisa Punta; RODULFO, Ricardo. Prefácio. In: ZIMMERMANN, Vera Blondina. *Adolescentes estados-limite:* a instituição como aprendiz historiador. São Paulo: Escuta, 2007.

ROSA, Miriam Debieux. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista mal-estar e subjetividade/* Fortaleza/ 07.2004. v. IV, n. 2, p. 329-348. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v4n2/08.pdf]. Acesso em: 20. 01. 2018.

ROSA, Miriam Debieux; VICENTIN, Maria Cristina. Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperalidade. *Psicologia Política.* v. 10. n. 19. p. 107-124. JAN. -JUN. 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v10n19/v10n19a10.pdf]. Acesso em: 19. 01. 2018.

SOLER, Colette. *O que faz laço?* Trad. Elisabeth Saporiti. São Paulo: Escuta, 2016 (Trabalho original publicado em 2011).

VITORELLO, Márcia Aparecida. Família contemporânea e as funções parentais: há nela um ato amor? *Psicologia da educação*, (32), 7-24, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752011000100002&lng=pt&tlng=pt]. Acesso em: 26. 01. 2017.

ZIMMERMANN, Vera Blondina. *Adolescentes estados-limite:* a instituição como aprendiz historiador. São Paulo: Escuta, 2007.

Pesquisas do Editorial

Veja também Doutrina

- Direito penal juvenil brasileiro: utopia ou realidade?, de Denis Pestana – *Ciências Penais* 8/196 – 212 (DTR\2008\21);
- O ato infracional e as medidas de proteção – entre garantia e restrição de direitos – uma reflexão sobre o fundamento da Lei em psicanálise, de Adriana Simões Marino – RBCCrim 103/161 – 188 (DTR\2013\7218);
- O jovem: conflitos com a Lei. A Lei: conflitos com a prática, de Karyna Batista Sposato – RBCCrim 30/109 – 114 (DTR\2000\588); e
- Os crimes violentos cometidos por adolescentes: contribuição para uma análise etiológica, de Rafael Ferreira Vianna – *Ciências Penais* 14/417 – 418 (DTR\2011\1831).

Veja também Jurisprudência

- *RT* 860/558 (JRP\2007\775) e *RT* 841/318 (JRP\2005\1760); e
- Conteúdo Exclusivo Web: JRP\2015\317004.

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad: una respuesta a la locura

The Convention on the Rights of Persons with Disabilities: a response to madness

María Graciela Iglesias

Doctoranda por la Universidad Nacional de Rosario. Especialización en Derechos Humanos. Especialización en Derecho de Familia (1999). Mediadora Familiar (1995). Posgrado en Derecho de Familia (Universidad Nacional de La Plata – 1993). Abogada (Universidad Nacional de Mar del Plata – 1999). Docente en el Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social (PAIIS) de la Universidad de los Andes de Colombia. Docente en la Maestría en Psicopatología y Salud Mental de la Facultad de Ciencias Médicas e la Universidad Nacional de Rosario. Docente en el curso Inclusión social de personas con discapacidad mental: un asunto de derechos humanos" de la Escuela Internacional de Verano de Santiago de Chile, Chile. Docente en la Diplomatura Internacional sobre Capacidad Jurídica y Discapacidad de la Academia de la Magistratura y Sociedad y Discapacidad de Perú. Docente en la Maestría de Derecho Civil Constitucionalizado en la Universidad de Palermo, Argentina. Docente de la Maestría en Derecho de Familia, infancia y adolescencia en la carrera de Derecho de Familia para la especialización de la Universidad de Buenos Aires. Docente en la Maestría en salud mental de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba. Docente en el Curso de capacitación sobre la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad para funcionarios judiciales de Lima, Perú. Directora de la Diplomatura de Salud Mental y Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Docente del Doctorado en Salud Mental Comunitaria y Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Docente en el Instituto de Estudios Judiciales de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires. Profesora adjunta con dedicación simple en Derecho de familia y sucesiones en la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Centro de Investigación y Docencia en Derechos Humanos "Alicia Moreau" Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina – Jueza de Familia. Secretaria Ejecutiva del Órgano de Revisión Nacional de la Ley de Salud Mental. Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina – Jueza de Familia. Secretaria Ejecutiva del Órgano de Revisión Nacional de la Ley de Salud Mental.
miglesias@mpd.gov.ar

Áreas do Direito: Penal; Direitos Humanos

Resumen: En este trabajo se analiza la criminalización de la discapacidad psicosocial. Patologizar e implementar la teoría de la peligrosidad social sobre ciertas personas con discapacidad construyeron un modelo de control disciplinador

Abstract: In this work the criminalization of psychosocial dyscapcity is analyzed. Pathologizing and implementing the theory of social dangerousness about certain people with disabilities built a model of disciplinary control over them,

Iglesias, María Graciela. La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad: una respuesta a la locura. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. vol. 144. ano 26. p. 519-551. São Paulo: Ed. RT, junho 2018.

sobre ellos, provocando una discriminación múltiple por motivo de discapacidad. También se analiza la urgencia en modificar y realizar ajustes razonables legislativos y procesales en el ámbito de aplicación del derecho penal. Se aborda la respuesta del modelo social de la discapacidad a partir de la Convención de los Derechos de las personas con Discapacidad y la armonización del sistema de Derechos Humanos y cómo la falta de adecuación en el ámbito penal a la operatividad de la Convención, así como el control de convencionalidad que se debe realizar hasta la concreción de la revisión de la normativa penal y el proceso penal teniendo como norte las decisiones judiciales y las sentencias de la Corte Europea de Derechos Humanos, Tribunal Europeo de Derechos Humanos y Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Palabras clave: Locura – Manicomio – Discapacidad – Criminalización – Ajustes razonables.

causing multiple discrimination due to disability. It also analyzes the urgency to modify and make reasonable legislative and procedural adjustments in the scope of application of criminal law. It addresses the response of the social model of disability from the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the harmonization of the Human Rights system and how the lack of adaptation in the criminal field to the operation of the Convention, as well as the control of conventionality that must be carried out until the completion of the revision of the criminal law and the criminal process, taking as a point of departure judicial decisions and judgments of the European Court of Human Rights, European Court of Human Rights and the Inter-American Commission on Human Rights.

Keywords: Insanity – Madness – Disability – Criminalization – Reasonable adjustments.

Sumário: 1. La respuesta de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad. 2. Conclusión. 3. Bibliografía.

Existe consenso en afirmar que la patologización del crimen fue un proceso estrechamente ligado al nacimiento de la psiquiatría como disciplina científica a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. Su campo de acción era la locura, que tradicionalmente no era considerada una enfermedad en sentido estricto, sino más bien un desorden del espíritu. La decisión de la psiquiatría como saber científico fue medicalizar la locura. ¿Cómo se define la locura? ¿Quién es o quién puede ser loco? Foucault (1964) se preguntó, en Historia de la Locura ¿Cuándo decimos de alguien que está loco? ¿Qué mecanismos son los que aparecen para clasificar y calificar? La psiquiatría moderna desarrolla calificaciones diagnósticas basadas en el funcionamiento psíquico con numerosas teorías acerca de los estados mentales y ha procurado clasificar las distintas conductas del sujeto, fundamentos científicos. Pero hay aún grandes preguntas que están sin responder. ¿Por qué la locura? ¿Dónde se sitúa esa región inhabitable, ese lugar inasible a la razón? ¿Quién es el loco? ¿Es un sujeto capaz de tener una identidad, como cualquiera de nosotros? Y su identidad, ¿desde qué parámetros se construye? ¿Es sujeto de derechos? ¿De todos los derechos? ¿Es capaz de formular juicios con un mínimo de rigor? ¿Y quién define el rigor necesario

para considerar la corrección o incorrección de un juicio? Foucault se lanza a bucear movido por una indisimulada atracción por lo que él llamará lo innombrado, por eso que se sitúa más allá de los saberes oficiales, de las verdades generadoras de discursos de poder que a su vez construyen nuevas verdades. Frente al "lenguaje de la psiquiatría, que es un monólogo de la razón sobre la locura", Foucault tratará de hacer una "arqueología de ese silencio", de esas "palabras balbucientes, en las que se hace el intercambio de la locura y de la razón" (FERRANDO, 2018).

Atender las distintas clasificaciones que describen síntomas, encontró en la química la respuesta a la enfermedad mental. La compensación de las funciones psíquicas, la estabilidad como restitución del estado de locura, convirtió a la psiquiatría en los únicos que podían definir y atender la enfermedad mental y tuvo el marco legal para el desplazamiento social hacia el manicomio como respuesta.

Concebido como un espacio medicalizado y terapéutico, donde la locura debía ser tratada por especialistas en un régimen de absoluto aislamiento de las influencias externas, el manicomio es[1] un ejemplo de convivencia de cristalización de derechos, control, saber y función.

El manicomio sumó, además, un tiempo de investigación y de un espacio de producción de saber científico y de reclusión. Esto construyó la "especialidad" dentro de un espacio diferenciado de aislamiento, donde la vida transcurre sin contar con las personas para transcurrir, es lo que Agamben (1998) ha denominado "la nuda vida", según mi entender es un decir respecto de la vida desnuda; es la vida absolutamente expuesta al poder soberano de dar muerte. Es aquella sin ningún tipo de revestimiento, por ejemplo, ningún derecho humano que oponer para frenar el ejercicio mortífero-punitivo del poder. Es la vida reducida a su mera condición biológica, y por lo tanto, absolutamente manipulable. Para Arendt (CORREIA, 2017, p. 185) "abstracta desnudez de ser simplemente humano".

Así, el manicomio representa un espacio de restricción de derechos, especialmente el derecho ambulatorio y la toma de decisión, no se establecía tiempo, ni se consideraba la voluntad de la persona para permanecer en él[2], se podría definir como un poder de disposición de algunos profesionales médicos

1. Se mantiene el tiempo presente por la presencia de grandes manicomios en toda la región de Latinoamérica.
2. La ley Nacional de Salud Mental 22657 dictada en la República Argentina, reglamento la internación, privilegiando el derecho ambulatorio y la presunción de capacidad jurídica para establecer la voluntad y prestar consentimiento informado.

y judiciales. En este contexto se desarrolló el interés de la psiquiatría por el crimen y el criminal. Los aspectos científicos de la enfermedad mental y la construcción social de la peligrosidad fue el alimento que definió a la locura, muy alejado de la concepción del ser o su inasible condición de persona que impacta sobre un concepto unívoco, obligando a mirar a las personas como un todo humano intrigante y misterioso, que hace imposible definir que no puede hacer o no hacer, vivir o no vivir, amar o no amar. Así Michel Foucault (1975) escribió que se trata de una evaluación de los mecanismos sociales y teóricos que esconden los cambios masivos que se produjeron en los sistemas penitenciarios y penales occidentales durante la Edad Moderna. Presentado a la locura como enfermedad y como peligro social.

La locura convocada desde el campo jurídico muestra dos ejes de desarrollo:

> El primero se sitúa en torno de las cuestiones de la responsabilidad; el discurso médico aparece convocado por la instancia jurídica y promovido a diagnosticar sobre el estado mental de las personas, de un modo tal que su intervención tiene decisiva incidencia en el plano de los derechos y obligaciones de los ciudadanos. Pero progresivamente, y sin abandonar esa función pericial que hace participar definitivamente al psiquiatra de las funciones del juez, el acento recaerá, y aquí se sitúa el segundo eje, menos en ese papel subordinado a la lógica y las estructuras institucionales jurídicas, para atender directamente al fenómeno del delito y la personalidad del criminal. (VEZETTI, 1985, p. 134)

Estas definiciones trajeron un desplazamiento de interés desde el crimen y la determinación de la pena al estudio de la personalidad del individuo y la solución terapeútica. En segundo lugar, dos saberes que intervienen y disputan su lugar en la determinación de la figura criminal. Estos son los juristas y psiquiatras. El desarrollo teórico llevó a una concepción de un modelo médico, único saber científico en la determinación del binomio constituido por la enfermedad y el peligro. La biologización del crimen llevó a que se alimentaran políticas de prevención del crimen.

La relevancia que la teoría de la degeneración concedía al signo físico resultó también muy útil a la Medicina Legal. De un lado, permitía caracterizar a los irresponsables en materia penal de una manera más próxima a las exigencias científicas de la medicina de la segunda mitad del siglo XIX. De otro, los médicos legistas iban a utilizar la teoría de Morel para situar a los criminales, que en muchos casos eran asimilados a los alienados, dentro del gran espacio de los degenerados (CAMPOS MARTIN, 2007).

Afirma el autor que la administración de Justicia, se iba a convertir en un medio fundamental para la divulgación del modelo médico de criminalidad que defendían y, por ende, para la difusión de las ideas degeneracionistas.

Estos conceptos visibilizados en normas y códigos crearon un modelo donde cientos de personas sufrieron exclusión, discriminación y estigma. Es el recorrido natural de los anormales.

> El tranquilo sueño de la razón no dejará de generar monstruos. Monstruos que son consecuencia de la domesticación, del conformismo y de la seguridad garantizada por el ejercicio del poder. Foucault dará una doble función a este ejercicio: En primer lugar, una anátomo-política del cuerpo humano que obedece a la mecánica de las disciplinas. El principal objetivo de ellas es la comprensión del cuerpo como máquina. Estos procedimientos intentan conseguir docilidad política y utilidad económica de los individuos. En segundo lugar, destaca una biopolítica de la población. En este caso se considera al cuerpo individual en tanto forma parte de la especie. Esta operación queda a cargo de una serie de intervenciones y controles reguladores del individuo en tanto partícipe de los avatares propios de la especie humana: nacimiento, muerte, migración, reproducción, etc. Por lo tanto, el cuerpo es considerado como soporte de los procesos biológicos. Los mecanismos de poder ya no tienen allí por objeto la muerte, sino actúan como administradores de la vida. Las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida (FOUCAULT, 2000, p. 352).

Este criterio médico-jurídico penetró en la codificación del derecho civil privado y las sentencias dictadas declararon la interdicción o la incapacidad absoluta rotulando "demente" en sentido jurídico a aquel que no podía administrar sus bienes ni dirigir sus personas[3].

Esta declaración logró un todo armónico con el modelo de atención sanitaria y estableció un control disciplinar de los cuerpos y la exclusión del ejercicio de los derechos. Valiéndose de la teoría de la representación se instaló la curatela que funcionó como un saco legal excluyendo a las personas del cuerpo social a través de las sentencias de interdicción en lo que se da a conocer como la "muerte civil".

Aquellos que no resultaron productivos a la organización del Estado fueron sistemáticamente excluidos en el ejercicio del derecho bajo el manto de la incapacidad[4].

3. Código Civil Derogado de la República Argentina, art. 141, concordante con los Códigos Civiles de Chile, Perú, Ecuador, México, etc.

4. En la categoría de incapaces se comprende a niños, mujeres, personas con discapacidad mental, personas mayores y minorías. Aquellas que han sido denominadas

Las sentencias tuvieron así como exclusivo argumento las pericias psiquiátricas, exponiendo las teorías ante la opinión pública y, siendo fundamento excluyente de sentencias que tomaron como único argumento, la criminalidad del loco o loca basada en el dogma científico de la enfermedad mental.

Casos criminales como el Otero, que en 1879 atentó contra Alfonso XII y sobre todo el de José Garayo, el Sacamantecas, que entre 1870-1879 violó y destripó a varias mujeres en Álava, marcaron el inicio de una posición que defendía la irresponsabilidad penal de los acusados, aunque estos casos fueron condenados a muerte y ajusticiados (CAMPOS MARTÍN, 2007).

Más tarde, la antropología criminal y la modificación propuesta por Garofalo y Ferri, fueron resistidos como invasión dogmática al campo penal. La Antropología Criminal en Italia (1889) y El positivismo en la ciencia jurídica y social italiana (1891). Aunque no compartiera todos los principios de la escuela italiana y mostrara su rechazo hacia la idea del criminal nato, Dorado contribuyó de manera decisiva a divulgar las propuestas de Lombroso y de sus seguidores La síntesis de esta concepción está dada por la convicción que el futuro estaba dado por la ciencia y esta tenía la misión de rehabilitar

> Conocer el grado de libertad moral con el que se comportó un individuo al transgredir no era ya la cuestión fundamental a debatir en las salas de justicia. Lo importante para la seguridad de la comunidad, era establecer si se le podía considerar "peligroso", "temible". Sólo así podría ejercerse una adecuada defensa social que pasaba por caracterizar al delincuente tanto somática como psíquicamente, y por descubrir con los mismos procedimientos a aquellos sujetos sospechosos de poder llegar alguna vez a atentar contra el orden establecido.
>
> Todas estas ideas que se gestaron en las últimas décadas del xix y primeras del xx, tuvieron su continuidad, en un contexto diferente en los años veinte y treinta. La psiquiatría se vio inmersa en un proceso de revisión de la institución manicomial, impulsado por el movimiento de higiene mental. Este movimiento promovió la aparición de servicios abiertos y la creación de dispensarios de higiene mental como elementos de un sistema asistencial en que la prevención de la enfermedad mental era el objetivo principal. Los enfermos crónicos y peligrosos eran los únicos que debían ser confinados en

como categorías sospechosas, es decir, quienes ven afectada su igualdad ante la ley y requieren de un estricto control de igualdad. Asífue resuelto en: Abdulaziz, Cabales, and Balkandali v UK (Application nos. 9214/80; 9473/81; 9474/81), United States Supreme Court Bolling v Sharpe, (1954), United States Supreme Court Brown v. Board of education, (1954) No. 10.

> los ahora denominados servicios cerrados. Sin embargo, a pesar de que éste sería un grupo minoritario el interés que la peligrosidad del enfermo mental suscitó entre los psiquiatras fue enorme hasta el punto de ser la piedra angular de la reforma psiquiátrica. Dicha peligrosidad iba más allá de la demostrada por la comisión de un crimen. El interés, dentro de los parámetros de la profilaxis mental, se centraba en la potencialidad de la peligrosidad de los individuos. El asunto no era baladí porque implicaba la adopción de un concepto no estrictamente médico, extremadamente difícil de definir y que tenía mucho más que ver con las políticas de defensa social. Esta intersección entre el dispositivo penal y el alienista-psiquiátrico se constituyó históricamente en un ámbito específico de relaciones de gobierno, cuyo núcleo esencial adquirió estabilidad: El epílogo de esta intersección permitió la posibilidad de un final diferente a los frecuentemente esperados y practicados en la justicia penal. Una medida extraña en su naturaleza que es dispuesta por el juez penal, pero que se considera que no es un castigo legal. Paradójicamente, esta medida consiste en privar de la libertad coactivamente por tiempo indeterminado, en una estructura institucional particular, al inimputable (CEZANO, 2004).

El Código Penal Argentino vigente entró en vigencia en 1922 donde se destaca la medida de seguridad (curativa) para aquellas personas que tuvieran una discapacidad mental y hubieran cometido un hecho ilícito. Y lo hizo a través de la internación manicomial prevista por el artículo 34, inciso 1º, del Código actual. Esta medida de seguridad –tal el nombre que le da la doctrina jurídica– sigue siendo indeterminada temporalmente; lo que conduce al absurdo de que, quien tenga plena capacidad de culpabilidad y se lo condene a una pena privativa de libertad se encuentre en mejor situación que el inimputable adulto; al menos desde la perspectiva de la certeza en la duración del castigo (SOZZO, 2015).

La actividad de la Defensa Pública resulta ser naturalmente un ajuste razonable en la convicción de la defensa de las garantías ciudadanas y su Organización estructural representa el acceso a la justicia de colectivos vulnerables. "Son sus funciones proveer y promover la defensa as reglamentaciones vigentes le otorgan, de igual modo, competencia para la tramitación de toda solicitud de intervención en calidad de defensores ad hoc y su registro, y de propuesta sobre conformación de equipos de trabajo en razón de la complejidad o importancia de causas (art. 51 inc. f., Ley 24.946). Se concluyeron actuaciones internas referidas a las acciones y políticas de esta Defensoría General respecto a la protección de derechos de los detenidos asistidos por este Ministerio Público, ante la imposición de sanciones disciplinarias, y a la necesidad de concienciar y difundir sus derechos en el ámbito penitenciario. A tal fin, y en el marco del

Convenio con el Ministerio de Justicia, se suscribió un acuerdo específico para la elaboración de un instructivo para los detenidos, de manera de difundir sus derechos y la forma de hacerlos efectivos. Para ello, tomaron intervención activa integrantes de la Comisión de Cárceles de la Defensoría General y de la Subsecretaría de Asuntos Penitenciarios del Ministerio de Justicia. El Ministerio entregó gratuitamente a la Defensoría 5000 trípticos para ser repartidos entre los detenidos de la Defensa Oficial[5].

1. La respuesta de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad

Muchos han sido los desafíos que la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad[6] ha tenido que enfrentar cuando irrumpió para visibilizar la exclusión y segregación de las personas con Discapacidad. Barreras culturales y de todo otro tipo para su implementación, las cuales no obturaron la aparición de un nuevo paradigma. Un nuevo momento donde se construyen otros conceptos a través de una perspectiva bajo la cual se analizan los problemas y se trata de resolverlos. En este sentido, el pasaje jurídico de un modelo sustitutivo de la persona, bajo un manto de "protección" hacia un modelo social, que impone un modelo de apoyos, es un efectivo cambio de paradigma que debe atravesar los presupuestos de lo social al considerar que las causas que originan la discapacidad no son individuales, sino que son, en gran medida, sociales. Desde esta filosofía se insiste en que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de personas –sin discapacidad–, pero siempre desde la valoración y el respeto de la diferencia. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. Parte de la premisa de que la discapacidad

5. Ministerio Público de la Defensa. [http://www.mpd.gov.ar/index.php/politica-institucional2/1279-funciones].

6. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, y quedaron abiertos a la firma el 30 de marzo de 2007. Se obtuvieron 82 firmas de la Convención y 44 del Protocolo Facultativo, así como una ratificación de la Convención.

es en parte una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad (PALACIOS, 2008).

Los países deben reconocer que todas las personas son iguales ante la ley, prohibir la discriminación basada en las discapacidades y garantizar igual protección de la ley[7]. Deben asegurar el igual reconocimiento como personas ante la ley, la igualdad de derechos a poseer y heredar propiedad, controlar los asuntos financieros y tener igualdad de acceso a los préstamos bancarios, el crédito y las hipotecas[8]. Garantizar el acceso a la justicia en un pie de igualdad con otros[9] y asegurar que las personas con discapacidad disfruten del derecho a la libertad y la seguridad y no sean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente[10]. Los países deben proteger la integridad física y mental de las personas con discapacidad[11], garantizar que dichas personas no sean sometidas a la tortura, a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes o a castigos, y prohibir los experimentos médicos o científicos sin el consentimiento de la persona interesada[12]. Las leyes y medidas administrativas deben garantizar el derecho de las personas a no ser explotadas ni ser sometidas a ninguna forma de violencia ni abuso[13]. Las personas con discapacidad no deben ser objeto de injerencia arbitraria o ilegal en la vida privada, la familia, el hogar, la correspondencia o la comunicación. Debe protegerse la confidencialidad de su información personal y en materia de salud[14]. La accesibilidad[15] es un principio

7. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), art. 5.
8. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), art. 12.
9. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), art. 13.
10. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), art. 14.
11. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), art. 17.
12. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), art. 15.
13. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), art. 16.
14. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), art. 15.
15. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), art. 9.

transversal que requiere la eliminación de obstáculos y las barreras; de este modo que aseguren que las personas con discapacidad puedan tener acceso a su entorno, al transporte, las instalaciones y los servicios públicos, y tecnologías de la información y las comunicaciones. Las personas con discapacidad deben tener la opción de vivir en forma independiente, ser incluidas en la comunidad, elegir dónde y con quién vivir y tener acceso a servicios de apoyo en el hogar, en residencias y en la comunidad[16]. Debe promoverse la movilidad personal y la independencia, facilitando la movilidad personal asequible, la capacitación al respecto y el acceso a ayudas para la movilidad, aparatos, tecnologías de asistencia y asistencia personal[17]. Los países reconocen el derecho a un nivel de vida y de protección social adecuado, incluso viviendas, servicios y asistencia públicos en lo que respecta a las necesidades relacionadas con las discapacidades, y asistencia para el pago de los gastos conexos en caso de pobreza[18].

El artículo 13 de la CDPD obliga a los Estados Partes a asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás y gozando de las mismas garantías judiciales. La CDPD exige la realización de ajustes razonables y de procedimientos adecuados a través de los cuales se garantice la participación plena en los procesos judiciales ya sea como testigos, víctimas o imputados poniendo en acción el art 12 de la CDPD, "igual reconocimiento como persona ante la ley". Ese mismo pie de igual se traduce en términos de la convención con accesibilidad a un debido proceso, apoyo para estar en juicio y ajustes razonables para evitar trato discriminatorio en razón de discapacidad en el proceso.

Para ordenar este análisis volvemos hacia atrás en la fuente creadora del trato a las personas con discapacidad en el ámbito penal y su tratamiento a través de las medidas de seguridad. El positivismo apareció como respuesta y levantó la premisa tranquilizadora: "todo hombre siempre es responsable de cualquier acción antijurídica realizada por él, únicamente porque y en tanto vive en sociedad" (FERRI, s.f., p. 94). En la escuela de la defensa social, la imputabilidad es el presupuesto de la responsabilidad y sinónimo de capacidad, "como conjunto de determinadas condiciones que hacen posible referir

16. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), art. 19.
17. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), art. 20.
18. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), art. 28.

una acción u omisión a un individuo, como autor voluntario y consciente de un hecho" (GARCIA RAMIREZ, 1981, p. 15). La responsabilidad e imputabilidad por la voluntad e intención de cometer un hecho antijurídico y culpable, encontró un límite en las personas denominadas como "peligrosas", ya que estas alteran la regla de la culpabilidad. Frente a esto se levantan "las medidas de seguridad", previstas en el derecho penal contemporáneo.

La imputabilidad se rige por la capacidad para comprender el carácter que tiene un hecho ilícito, desde ese lugar que el discernimiento ocupa el corazón de la celebración de un acto jurídico válido[19]. Entonces si la culpabilidad frente a un hecho ilícito lo da la capacidad para entender el carácter lícito o ilícito de un acto, la incapacidad borra la responsabilidad en el acto por carecer de discernimiento o tener alterada la función psíquica, dejando a estas personas afuera de los principios de culpabilidad. Finalmente, Karl Binding sería el primer expositor en utilizar el concepto de culpabilidad dentro de un sistema penal cerrado. Suyas son las siguientes palabras: "la culpabilidad del sujeto que actúa es necesaria en todo crimen: dolo e imprudencia son -como se demostrará más adelante- los dos conceptos accesorios en los cuales se descompone el concepto de culpabilidad" (BINDING, 1872). La concepción psicológica. Un desarrollo posterior, sin embargo, sufrió el concepto examinado bajo los auspicios del Positivismo naturalista gracias a los trabajos de Von Buri y Liszt con posterioridad a 1863, correspondiendo al primero distinguir entre relación de causalidad y relación de voluntad (1866 y 1873) sentando las bases para el primer concepto psicológico de culpabilidad en sentido estricto, aunque sin hacer una exposición desde la perspectiva de un sistema jurídico cerrado; esta tarea la emprendió el segundo de los mencionados quien concibió el delito como una acción seguida de diversos atributos: acción antijurídica y culpable conminada con una pena. Para Von Liszt, la imputabilidad era distinta de la culpabilidad, entendiendo la primera como la "capacidad jurídico penal de acción" constituida por la "suma de capacidades elementales del sujeto"1; y, la segunda como los "presupuestos subjetivos junto a los cuales tienen existencia las consecuencias del delito", siendo dolo e imprudencia sus dos especies, no obstante reconocer que ambas tenían una naturaleza distinta y era imposible reunirlas en un concepto superior de culpabilidad, caracterizado como una noción subjetivo-psicológica (VELÁSQUEZ, 1993).

Ahora bien, el paradigma de discapacidad coloca a la misma en el tejido social que impone las barreras, culpabiliza y juzga bajo otra forma de control

19. El acto jurídico válido es aquel que se realiza con intención discernimiento y libertad, según el art. 897 del Código Civil Argentino.

social de la peligrosidad. Y esta es "la medida de seguridad". La medida de seguridad generalmente se entiende como "tratamiento" a realizarse privando a la persona de su libertad, en el ámbito penitenciario o en hospitales psiquiátricos, dos modelos del control disciplinar, restrictivos del derecho a la libertad ambulatoria. Estas medida sueler ser *sine die*, se ejerce un control de la internación por el juez o jueza de ejecución penal y su prolongación en el tiempo puede superar la condena del tipo penal que motivó la medida[20].

La declaración de imputabilidad que luego acarrea la medida de seguridad al ponderar según la CDPD, impone un análisis de la situación asimétrica que viven las personas con discapacidad en el proceso penal. Una pregunta simple es si la medida de seguridad se dicta por la comisión de un acto que proviene en ocasión de la salud de una persona y no de la intención de causar daño o su debida representación voluntaria de dañar. La consecuencia que esta tiene por el Estado ¿es razonable? Resulta imprescindible identificar las barreras adicionales que deben enfrentar las personas con discapacidad (en adelante PCD) frente al derecho ciudadano de contar constitucionalmente con un debido proceso legal.

Las violaciones del derecho al acceso a la justicia para las personas con discapacidad en el marco de la justicia penal se manifiestan de diferentes maneras. Tanto en la etapa de desarrollo del proceso penal -mediante el cual se discute la culpabilidad del sujeto-, como en la correspondiente a los procedimientos penitenciarios durante la privación de la libertad (ya sea por imposición de una prisión preventiva, una pena o una medida alternativa a la pena equivalente al encierro), las PCD encuentran múltiples barreras que impiden el acceso efectivo a la justicia y el goce del debido proceso legal.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha manifestado reiteradamente su preocupación por la falta de garantías observadas en los procesos penales en los que se declara la inimputabilidad de personas con discapacidad psicosocial o intelectual. Asimismo, ha recomendado eliminar las medidas de seguridad dictadas a consecuencia de las declaraciones de inimputabilidad que implican forzosamente tratamiento médico-psiquiátrico en internamiento y revisar la legislación promoviendo alternativas que sean respetuosas de los artículos 14 y 19 de la Convención. Para ello el trabajo del Comité ha sido incansable solicitando se realicen los ajustes del proceso

20. En Argentina el fallo RMJ S/ INSANIA Competencia N° 1195. XLII.

Buenos Aires, 19 de febrero de 2008dictado por la CSJN fue antecedente directo de la ley de salud mental 26657.

y finalmente se eliminen las medidas de seguridad[21]. Es imprescindible conceptualizar las dimensiones del derecho a ser oído y de algunas garantías para cuyo goce las personas con discapacidad enfrentan barreras adicionales, como ser: el derecho a ser asistido a un traductor o intérprete (CADH, Art. 8.1.a); el derecho a contar con comunicación previa y detallada del proceso (CADH, Art. 8.1.b); la concesión del tiempo y los medios adecuados para la preparación de su defensa (CADH, Art. 8.2.c); el derecho a defenderse y ser asistido por un defensor, el que debe ser provisto por el Estado si la persona no cuenta con uno (Art. 8.2.d y e), lo que incluye cuestiones como el derecho de comunicarse libre y privadamente con su defensor (situación que se imposibilita en contexto de privación de la libertad). Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de las Naciones Unidas (Reglas de Mandela) aprobadas en el 2015[22], prescriben que: "Regla 109 1. No deberán permanecer en prisión las personas a quienes no se considere penalmente responsables o a quienes se diagnostique una discapacidad o enfermedad mental grave, cuyo estado pudiera agravarse en prisión, y se procurará trasladar a esas personas a centros de salud mental lo antes posible".

La exigencia de que una persona sea oída equitativa, públicamente y dentro de un plazo razonable por un tribunal independiente e imparcial se equipara, en términos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, al derecho a un "juicio" o a "procedimientos judiciales justos". Según el tribunal, un procedimiento justo supone que el órgano encargado de administrar justicia efectúe "un examen apropiado de las alegaciones, argumentos y pruebas aducidas por las partes, sin perjuicio de sus valoraciones acerca de si son relevantes para su decisión"[23]. A partir de dicha interpretación no es posible señalar la exis-

21. CRPD/C/BOL/CO/1, Bolivia del 04/11/2016, par. 36; CRPD/C/ETH/CO/1, Etiopia del 04/11/2016, pars. 31-32; CRPD/C/ITA/CO/1, Italia del 06/10/2016, pars. 35-36; CRPD/C/ARE/CO/1, Emiratos Árabes Unidos del 03/10/2016, pars. 27-28; CRPD/C/COL/CO/1, Colombia del 30/09/2016, pars. 38-39; CRPD/C/GTM/CO/1, Guatemala del 30/09/2016, pars. 39-40: CRPD/C/MEX/CO/1, México del 27/10/2014, pars. 27 y 28; CRPD/C/ECU/CO/1, Ecuador del 27/10/2014, par. 28 y 29; CRPD/CO/BEL/CO/1, Bélgica del 28/10/2014, par. 28; CRPD/C/BRA/CO/1, Brasil del 29/09/2015, par. 31; CRPD/C/PRT/CO/1, Portugal del 20/05/2016, par. 33; CRPD/C/BOL/CO/1, Bolivia del 04/11/2016, par. 36; CRPD/C/PRT/CO/1, Portugal del 20/05/2016, par. 33.

22. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas de Mandela), adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en mayo de 2015.

23. CorteIDH, Caso Barbani Duarte y otros Vs. Paraguay. Sentencia de 13 de octubre de 2011 (fondo, reparaciones y costas). Serie 234, párr. 121 (con referencia la jurisprudencia del

tencia de "procedimientos judiciales justos" sin una evaluación de las formas que adoptan dicho procesos y su adecuación a las debidas garantías, lo que en el caso de personas con discapacidad debe ser interpretado a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD), en particular de sus artículos 12 y 13.

Además de la existencia formal de un mecanismo de acceso al tribunal, se requiere: a) realizar ajustes razonables al procedimiento para adecuar dichas garantías a las necesidades de las personas con discapacidad (CDPD, Art. 2); b) asegurar la existencia de apoyos para la toma de decisiones en caso de que la PCD lo requiera, lo que tiene una correlación necesaria con los tiempos y las formas de comunicación mediante las cuales las PCD reciben información adecuada sobre el proceso (CDPD, Art. 12); c) garantizar las condiciones de accesibilidad necesarias, adoptar medidas de accesibilidad física y/o comunicacional (CDPD, Art. 9).

Los procedimientos de aprehensión o detención; información sobre derechos; acusación; asignación de defensoría de oficio y, en general, en la sustanciación de todo el proceso penal, no garantizan que las PCD estén en igualdad de condiciones con las demás. Tanto las instalaciones como los procedimientos en sí son inaccesibles para las personas con discapacidad. En definitiva, las instituciones penitenciarias no resultan adecuadas –en ningún nivel de análisis– para brindar un tratamiento adecuado a personas con discapacidad psicosocial, debido a que: (a) la violencia propia del ámbito carcelario es inconcebible para personas que no cometieron delitos y que padecen afectaciones a su salud mental; b) confrontación entre los profesionales de la salud con formación penitenciaria y profesionales de la salud sin dicha formación de fuerza de seguridad; c) los sistemas carcelarios no tienen como objetivo el abordaje de problemáticas de salud mental, sino el de seguridad y reinserción social de personas sujetas al sistema judicial penal; (d) las prácticas penitenciarias "formales" e "informales" resultan contrarias a las prácticas en materia de salud mental orientadas por criterios terapéuticos. Por ejemplo: sistema disciplinario, sistemas de recuento y requisas, restricción de visitas y contactos con el afuera, etc.

Los tribunales internacionales se han expedido sobre la inequidad que existe en el tratamiento de personas con discapacidad psicosocial y el ámbito penitenciario. La Comisión de Derechos Humanos lo ha hecho en el caso de

Tribunal Europeo de Derechos Humanos en los casos Kraska v. Switzerland, Van de Hurk v. the Netherlands, Van Kück v. Germany y, Krasulya v. Russia.

Víctor Rosario Congo quien había muerto como consecuencia de los malos tratos y las agresiones sufridos en el ámbito de su detención por parte de los agentes del Centro de Rehabilitación Social de Machala, de Ecuador.

Los hechos ocurren dentro de un contexto de numerosos actos de agresión y maltratos que se venían cometiendo en contra de los prisioneros. Según informes de los mismos funcionarios del Centro de Rehabilitación Social de Machala, las condiciones carcelarias eran deplorables y existía una fuerte presión para que los reclusos no denunciaran las irregularidades que se daban. Los internos en ocasiones presentaban huellas de maltrato físico. Existían privilegios, especialmente en las visitas de los familiares a los detenidos. Se investigaba el hecho de que guardias del centro penitenciario introducían alcohol y droga, y luego extorsionaban a los internos. VRC quien sufría enfermedad mental, fue agredido con un garrote por guardias del Centro de Rehabilitación, ocasionándole una herida de gravedad. A pesar de su estado el interno fue incomunicado en una celda de castigo, desnudo y sin atención médica, ya que era una persona con discapacidad psicosocial[24]. Mientras que M.P.c/ Bolivia[25], Marcela Alejandra Porco, ciudadana argentina, fue detenida en el aeropuerto Viru Viru de Santa Cruz, Bolivia, y se encontró con casi 3 kg de cocaína. Porco le dijo a las autoridades que no estaba al tanto de la cocaína y que tenía una enfermedad mental grave y que necesitaba medicamentos. El Estado afirmó que Porco parecía estar cuerda y afirmó que la locura se hacía comúnmente para negar la culpabilidad en los cargos de narcotráfico.

Fue procesada por narcotráfico bajo la Ley 1008. Durante el juicio, fue buscada para recibir tratamiento médico, pero la Ley 1008 prohibió el tratamiento médico fuera de las dependencias de la prisión, por lo que el tribunal del distrito ordenó que se le brindara atención médica en prisión. Los peticionarios señalaron que el alojamiento conjunto de convictos y acusados constituye una violación de la Convención Americana y de las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos de las Naciones Unidas.

Los peticionarios alegaron que Porco estaba encerrada en una celda oscura, en confinamiento solitario, con solo un pequeño espacio delimitado por cortinas, debido a su enfermedad mental. Afirmaron que las condiciones eran terribles, que el agua se filtraba a la celda y que a los prisioneros solo se les daba

24. Rosario Congo v. Ecuador, Caso 11.427, Informe No. 12/97, Inter-Am. C.H.R., OEA/Ser.L/V/II.95 Doc. 7 rev. en 257 (1997)INFORME Nº 12/97 Caso 11427.

25. Inter-American Commission on Human Rights. Marcela Alejandra Porco v. Bolivia Report No. 8/08, Case 11.426.

un armazón de cama para evitar que sus colchones se empaparan después de un ataque de prisioneros. Los peticionarios alegaron que su padre encontró a Porco desnuda y delirante tirada en aguas residuales con gusanos en los pies y la vagina. El Estado alegó que una visita sorpresa del Ministerio de Justicia determinó que estaba recluida en una parte del comedor con cortinas para mantener la privacidad y que no había indicios de abuso o negligencia. Estos casos sirven a modo de ejemplo del tratamiento de las personas con discapacidad dentro de la estructura penitenciaria.

Sin embargo, la falta de aplicación de la CDPD tiene su inicio en el desarrollo de todo el proceso penal, pues a la luz del control de convencionalidad existe una franca violación a las garantías judiciales[26], así como al derecho a un debido proceso o juicio justo contenido en los artículos 10 y 11 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 14 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículos 8 y 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos

Los funcionarios judiciales no están capacitados para ejercer su función o desempeño a la población de personas con discapacidad, la falta de accesibilidad, la comunicación, la comprensión y operatividad de los derechos reconocidos aleja y construye intervenciones formales, que levantan barreras actitudinales y formales, donde una persona puede encontrarse recluida sin entender la causa y los establecimientos sanitarios, se confunden con el carcelario poblándose de custodias y control. Por estas razones se requiere de modo imperativo la construcción de un nuevo modelo de atención judicial. La falta de inmediatez sumado a la imposibilidad de comunicarse por falta de ajustes que así lo permitan, determinan un agravamiento permanente en la situación de las personas. Las personas con discapacidad auditiva, en muchas ocasiones, no cuentan con un intérprete en las audiencias, los abogados y jueces no presentan la información de forma accesible, impidiendo que los ciudadanos, y más aún, los que tienen discapacidad cognitiva, entiendan lo que está sucediendo. Las personas se encuentran en un proceso que resulta una carga mayor a la responsabilidad de que pudieran dar cuenta por el ilícito que los involucra. La vara de "la normalidad" impide no discriminar, permitir la participación de la persona en condiciones de igualdad[27]. La capacidad y la peligrosidad de los individuos es el primer resorte que debe, con urgencia, aplicar criterios que surgen del control de convencionalidad. La incapacidad adquiere la forma de

26. Convención Americana sobre Derechos Humanos (ONU 1969). Art. 8.

27. Convención sobre los derechos de las Personas con discapacidad (ONU 2006). Art. 3.

la representación y sustitución de la persona por la figura de un representante puesto por el Estado y así la persona se pierde e invisibiliza, quedando sujeta al decir de terceros que la más de las veces es ajeno a los apoyos que se requieren para enfrentar en dignidad un proceso con las garantías que las constituciones otorgan.

En términos generales, la respuesta penal para las personas declaradas inimputables es su incorporación a un régimen de "sanciones alternativas" a la pena, imponiendo su reclusión en "manicomios" o "instituciones adecuadas". Tal medida de seguridad solo cesa cuando se considera que la persona está curada y que ha desaparecido el "peligro" que le dio origen.

Rige pues, en nuestra legislación penal, una fórmula psiquiátrico-psicológico-jurídica para fijar las eximentes de responsabilidad en la cual se hace constar de acuerdo al "Código Penal Artículo 34 Nacional que No son punibles: 1. El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás"[28].

Como contracara "el artículo 12 de la CDPD constituye el gran desafío de garantizar la igualdad en el ámbito de la capacidad jurídica. El primer párrafo del artículo 12 prescribe el derecho a ser reconocido como persona ante la ley, es decir, el derecho a la personalidad jurídica. La cláusula inserta la locución "en cualquier lugar" en una referencia visible al ideal universalista de la norma como garantizadora de los derechos en el dominio intraestatal y como corolario de la ciudadanía. Bajo ciertas leyes latinoamericanas se reconoce la personalidad jurídica desde el nacimiento con vida y a los nacientes se les resguardan derechos desde la concepción –así determinan los códigos civiles de Argentina, México y Brasil. En el caso de Brasil, por ejemplo, también se garantiza que el certificado de nacimiento sea concedido gratuitamente a las personas carentes según sus disposiciones constitucionales (…) los derechos políticos se encuentran entre los derechos asegurados. El segundo párrafo pone de manifiesto la inconvencionalidad de conductas discriminatorias adoptadas por el Estado para que personas con discapacidad puedan votar o puedan

28. Código Penal de la Nación Argentina. Art. 34.

ser candidatos a cargos electivos. La autonomía de las personas se ha subvertido sistemáticamente a través de herramientas legales que permiten la usurpación de la capacidad jurídica de los actos de la vida en la sociedad La habilidad de una persona con una discapacidad –que no tiene capacidad jurídica– para tomar decisiones, para lograr independencia y ser incluida plenamente en la comunidad "se encuentra fatalmente comprometida".

> [...] la capacidad de actuar no es sólo componente de la capacidad jurídica en el artículo 12, es la parte más definitiva: el derecho a tomar decisiones (PALACIOS e IGLESIAS, 2017, p. 50). Argentina ha realizado ajustes razonables legislativos con la modificación al Código Civil Argentino que establece, en su artículo 31: Artículo 31. Reglas generales. La restricción al ejercicio de la capacidad jurídica se rige por las siguientes reglas generales: a) la capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume, aun cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial; b) las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona; c) la intervención estatal tiene siempre carácter interdisciplinario, tanto en el tratamiento como en el proceso judicial; d) la persona tiene derecho a recibir información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión; e) la persona tiene derecho a participar en el proceso judicial con asistencia letrada, que debe ser proporcionada por el Estado si carece de medios; f) deben priorizarse las alternativas terapéuticas menos restrictivas de los derechos y libertades[29].

La importancia de la implementación de los apoyos para la toma de decisiones y, por lo tanto, el ejercicio de la capacidad jurídica permite afirmar que se ha abandonado en el país el modelo de sustitución imponiendo el modelo social de la discapacidad. Situación que aún no alcanzó al ámbito penal y que se ha recomendado al Estado en el año 2012 por el Comité de la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad que se realicen los ajustes razonables y se garantice el debido proceso legal de las personas con discapacidad cuando deben enfrentar un proceso penal[30].

29. Código Civil y Comercial de la Nación (República Argentina).

30. El Comité expresa su preocupación sobre el hecho de que cuando una persona con discapacidad psicosocial o intelectual es declarada inimputable en un proceso penal, no se aplica procedimiento alguno en el que se respeten las garantías del debido proceso y se le priva inmediatamente de la libertad sin que siquiera se acredite su vinculación con el hecho. 26. El Comité solicita al Estado parte a adecuar su legislación penal, tanto federal como provincial, para que la decisión sobre la imposición de medidas de seguridad a personas que son declaradas inimputables solo se tome

En Colombia lo reconoció la Corte Constitucional en la Sentencia T-553 del 2011 al señalar que estos impedimentos se inician con la falta de accesibilidad en las edificaciones y en los servicios de los juzgados, impidiendo que el acusado con discapacidad pueda asistir a las audiencias en las que se decidirá su futuro penal[31].

Se ha observado que dentro de las circunstancias más graves a las que se enfrentan las personas con discapacidad psicosocial cuando son sometidas a un proceso penal por ser acusadas de la comisión de un delito son la falta de apoyos suficientes durante los procedimientos administrativos y/o judiciales. Lo anterior viola su acceso a la justicia al no contrarrestar de forma efectiva los obstáculos y barreras del entorno, tanto a nivel de infraestructura física y normativa, de información y comunicaciones, como de actitudes. Más bien, se trata de actitudes y normativas de corte proteccionista que, en resumidas cuentas, les despoja del carácter de sujetos procesales para tratarlos como objetos de tratamiento procesal. Así, quedan internados en hospitales psiquiátricos, muchas veces la medida de seguridad desaparece y la persona queda en una internación indefinida sin control de legalidad de su situación de restricción de derechos. Así se expide el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. El caso se originó en una solicitud (Nº 53157/11) contra la República Federal de Alemania presentada ante la Corte en virtud del artículo 34 del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales ("el Convenio") por un ciudadano alemán, Sr. Andreas Klinkenbuß ("el solicitante"), el 18 de agosto de 2011. 2. El demandante estuvo representado por el Sr. D. Schneider-Addae-Mensah, abogado que ejerce en Estrasburgo. El Gobierno alemán ("el Gobierno") estuvo representado por dos de sus Agentes, el Sr. H.-J. Behrens y la Sra. K. Behr, del Ministerio Federal de Justicia y Protección al Consumidor. 3. El solicitante alegó, en particular, que su confinamiento continuo en un hospital psiquiátrico había violado su derecho a la libertad en virtud del artículo 5 § 1 de la Convención. 4. El 14 de abril de 2014, la denuncia relativa a la continuación de la detención del solicitante en un hospital psiquiátrico fue comunicada al Gobierno y el resto de la solicitud fue declarada inadmisible de conformidad con la Regla 54 § 3 del Reglamento de la Corte.[32]

---

una vez que se ha seguido un proceso en el que se respeten las garantías de defensa y asistencia letrada, incluidos los ajustes de procedimiento que puedan llegar a necesitarse para garantizar el ejercicio de los derechos. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recomendación al Estado Argentino. Octavo período de sesiones. Ginebra, 17 a 28 de septiembre de 2012.

31. Corte Constitucional de Colombia en sentencia T-750A de 2012.

32. European Court of Human Rights. ECHR 2016/12 Case of Klinkenbuss v. Germany, 25 February 2016, No. 53157/11 (Fifth Section).

En una decisión histórica, la 67ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución por la que ratificaba el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad. El Plan de acción dará un impulso considerable a los esfuerzos de la OMS y los gobiernos por mejorar la calidad de vida de mil millones de personas con discapacidad de todo el mundo. – Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021. Los ministros de salud de todo el mundo ratifican el plan de acción para mejorar la salud de todas las personas con discapacidad En una decisión histórica, la 67ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución por la que ratificaba el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad. El Plan de acción dará un impulso considerable a los esfuerzos de la OMS y los gobiernos por mejorar la calidad de vida de mil millones de personas con discapacidad de todo el mundo.

El Plan de acción, cuya elaboración se había solicitado un año antes en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud, se basa en las recomendaciones contenidas en el World report on disability (Informe mundial sobre la discapacidad) elaborado por la OMS y el Banco Mundial y está en consonancia con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Se elaboró en consulta con los Estados miembros, organizaciones de las Naciones Unidas y asociados nacionales e internacionales, en particular organizaciones de personas con discapacidad.

El Plan de acción tiene tres objetivos: 1. Eliminar obstáculos y mejorar el acceso a los servicios y programas de salud. 2. Reforzar y ampliar los servicios de rehabilitación, habilitación, tecnología auxiliar, asistencia y apoyo, así como la rehabilitación de ámbito comunitario. 3. Mejorar la obtención de datos pertinentes e internacionalmente comparables sobre discapacidad y potenciar la investigación sobre la discapacidad y los servicios conexos garantía de acceso a la atención: Derecho a la salud[33]. Es decir que la uno de los vínculos por los cuales se define la estrategia para el desarrollo de los programas que lleva adelante la OMS/ OPS es la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, sin embargo en general el sistema sanitario no realiza los ajustes razonables para armonizar la práctica sanitaria a los principio, derechos y acciones que se definen en la CDPD. La OPS en 15 de junio, la Organización

33. OMS.OPS Xty-Sixth World Health Assembly Wha66.9 Agenda ítem 13.5 27, may 2013. Disability [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R9-en.pdf?ua=1].

Mundial de la Salud (OMS) presentó una nueva herramienta (Quality Rights Tool kit) para ayudar a los países a garantizar el respeto de los derechos de las personas con trastornos mentales.

Esta guía también tiene el objetivo de que se cumplan los estándares de derechos humanos en las instalaciones médicas y sociales de salud mental en todo el mundo.[34] Este instrumento conjuntamente con el Who Aims son aplicados por el Órgano de Revisión de Salud Mental de la ley 26657 en Argentina para supervisar y velar por los derechos humanos de las personas que se encuentran institucionalizadas y/o bajo el sistema sanitaria, esto significa que los monitoreo alcanza también a los dispositivos de atención a la salud mental en el ámbito carcelario[35].

Mediante resolución de 27 de febrero de 2007, el Tribunal de Primera Instancia de Minster decidió detener al demandante por estos actos de conformidad con el artículo 7 de la Ley de protección social de 9 de abril de 1930.

34. El instrumento ha sido armonizado con la CDPD, por el Ministerio de Salud y la Universidad de Medicina de Santiago de Chile donde se desempeña el Dr. Alberto Minoletti. Permite: Crear condiciones de vida seguras e higiénicas en las instalaciones y un entorno social propicio para la recuperación. Suministrar una atención basada en la evidencia, y con la premisa del consentimiento libre e informado, y no de la coerción.

    Poner en marcha un tratamiento que mejore la autonomía de las personas y fomente la participación en sus propios planes de recuperación. Mejorar el soporte para ayudar a la gente a encontrar trabajo, conseguir una educación, y tener acceso a prestaciones y servicios sociales de vivienda. Acabar con las prácticas de tratos inhumanos y degradantes, que son tan habituales en todo el mundo.

35. En el transcurso del 2015/2016 la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión Nacional realizó relevamientos de información en la sede del Programa Prisma (Programa Interministerial de Salud Mental Argentino) ubicada el Complejo Penitenciario 1 de Ezeiza. El programa implementado en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal, está destinado a la atención de personas privadas de libertad con padecimiento mental grave, incluyendo la atención de las personas declaradas inimputables por motivos de salud mental. A partir del mes de julio del corriente año se mantuvieron entrevistas con el Director de Salud Mental e integrantes de la Dirección General de Salud Penitenciaria del Ministerio de Justicia de la Pcia. de Buenos Aires y se visitó la sede de la Unidad Penitenciaria N° 34 de Melchor Romero dependiente del Servicio Penitenciario Bonaerense. Asimismo, la información de ingresos alternados entre la prisión y el hospital surge de casos conocidos por la Secretaría Ejecutiva a través de las intervenciones cotidianas en el ámbito civil. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos se ha expedido respecto de las condiciones de hecho y de derecho de las personas con discapacidad cuando la detención se prolonga y las garantías se restringen.

Delincuentes anormales, delincuentes habituales y autores de ciertos delitos sexuales ("Ley de defensa social"). El tribunal consideró que el solicitante estaba en un estado de trastorno mental en el momento de la comisión de los hechos que no le permitía controlar sus actos y que este estado continuó.

A. Lugar y condiciones de detención del solicitante

8. El solicitante estuvo detenido en la Sección de Defensa Social de la prisión de Merksplas el 2 de julio de 2007 y ha estado allí desde entonces sin interrupción. Hasta 2009, el solicitante se colocó en el Pabellón F. Desde 2009, el Solicitante ha estado viviendo en el Pabellón De Haven (véanse los párrafos 14, 58 y 70, a continuación).

9. Entre 2010 y 2015, se le otorgaron autorizaciones de salida supervisadas por el equipo del programa ABAGG (véase el párrafo 70, infra). Durante este período, también tenía permisos de salida cada dos meses bajo la supervisión de un miembro de su familia, que le prohibía ponerse en contacto con menores de edad y utilizar un teléfono móvil o internet.

10. De acuerdo con un informe detallado del servicio psicosocial de la prisión Merksplas, promulgada el 28 de julio de 2006 con base en los resultados de un psiquiatra, que el solicitante era "débil mental" (IQ mide a los 79), con una personalidad inmadura y una predisposición a la perversión y más específicamente a la pedofilia tal vez de este proceso irregular es entonces la determinación y tratamiento procesal de la discapacidad, que se traduce en la falta de los apoyos y ajustes necesarios para el ejercicio autónomo, pleno e independiente de la capacidad jurídica dentro del proceso, en tanto que la discapacidad pudo no haber sido detectada eficazmente, en el entendido de que las discapacidades psicosociales no siempre resultan diagnosticables "a simple vista". Aunado a lo anterior se suma la nula participación de profesionistas de la salud, de servicios sociales y de otras ramas afines que pudieran resultar de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica de estas personas en su propio proceso.

Y finalmente, el único criterio diferenciador respecto de la discapacidad intelectual o psicosocial es el de su duración: si es temporal o permanente. No existen más criterios que permitan tener consideraciones más atinadas respecto a qué tipos de ajustes o apoyos serían los óptimos, atendiendo cada caso en particular.

> Cuando una persona es declarada inimputable, se le aplica una medida de seguridad –que en México generalmente consiste en el internamiento–, y que no está sustentada en criterios especializados, y es determinada discrecionalmente por el juez, sin que éste tome en cuenta el propósito de su aplicación, la razonabilidad ni la proporcionalidad.

La medida de seguridad se traduce en tratamiento obligatorio de carácter médico-psiquiátrico, ya sea en internamiento o en libertad; y en general, las legislaciones no contienen reglas específicas para determinar la duración de dicha medida, no toman en cuenta otras variables terapéuticas tal vez más eficaces para superar las barreras psicosociales a las que se enfrentan estas personas, y con ello, lograr que la medida de seguridad se modifique o se declare concluida por no ser ya necesaria respecto del fin de la reinserción.

Uno de los principales problemas en la aplicación del internamiento como medida de seguridad es que se basa en una legislación discriminatoria que ordena la privación de libertad cuando la persona se encuentre en condición de "inimputabilidad".

Asimismo, la aplicación de estas medidas no es individualizada, y deja de tomar en cuenta elementos indispensables, tales como la vinculación entre la persona con discapacidad y el delito, y el riesgo específico que presente la persona con discapacidad psicosocial –como la no comparecencia a juicio o la afectación a la víctima o a la comunidad. Esta problemática se ejemplifica en las cárceles para personas con discapacidad psicosocial y en otras cárceles que tienen áreas especiales para esta población en el Distrito Federal, donde las personas con discapacidad están detenidas de forma arbitraria debido a que están encerradas por delitos de menor cuantía y de naturaleza patrimonial, y no por el riesgo que pudieran representar frente a los intereses de la justicia.

El sistema de justicia penal mexicano debe reformarse de modo tal que las personas con discapacidad gocen y ejerzan sus derechos en igualdad con el resto de la población. Lo anterior no quiere decir que no deban responder ante el sistema de justicia penal cuando sean hallados culpables de cometer un ilícito, sino que se implementen los ajustes necesarios, entre ellos, las sanciones alternativas a la prisión, que les permitan hacer frente a su responsabilidad social, pero contando con los apoyos necesarios y en un ambiente terapéutico que en última instancia responda al objetivo de su reinserción efectiva a la sociedad (DOCUMENTA, 2004, p. 11)[36].

(…) modelo médico positivista que puso su atención en la anormalidad de la persona que era absuelta de la comisión de un delito por padecer una enfermedad mental y que, en consecuencia, debía ser privada de libertad no sólo en miras a su propia rehabilitación o curación, sino también de cara a neutralizar la peligrosidad para sí o para terceros que desde la psiquiatría se entendía posible de demostrar y conjurar (HEGGLIN, 2017).

36. Informe sobre la discapacidad psicosocial y el sistema de justicia penal mexicano [http://documenta.org.mx/layout/publicaciones/informes-justicia-discapacidad-psicosocial/informe-discapacidad-psicosocial-sistema-justicia-penal-mexicano-julio-2014.pdf].

En el Estado colombiano, el concepto de inimputabilidad ha ido evolucionando partiendo del Código Penal:

> Como sucede en el sistema de capacidad legal en Colombia, en el marco de la inimputabilidad se confunde la capacidad mental de una persona para tomar decisiones con el ejercicio de la capacidad legal (la capacidad de tener derechos y poder ejercerlos). Probar un trastorno mental centrándose en la psicopatía o la presanidad del actor, como dicta la Guía de Medicina Legal, o solicitar pruebas como la historia clínica de la familia, sólo puede probar que la persona tiene un diagnóstico general. Esta conclusión está lejos de probar que la persona no podía comprender la ilicitud de los hechos en un momento específico; incluso, una situación de crisis no sería sufciente para probar que la persona no podía comprender sus actos. No se puede llegar a esta conclusión sin analizar el contexto y sin ir más allá del diagnóstico (PROGRAMA PARA LA INCLUSIÓN Y LA JUSTICIA PROYECTO PAÍS, 2017, p. 53).

La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y las sentencias de constitucionalidad de la Corte Constitucional han tomado como base de sus consideraciones y definiciones un criterio estrictamente diagnóstico y biologicista que tiene como base el trastorno mental para la determinación de la declaración de inimputabilidad. Se han presentado diferentes demandas de tutela para que se expida la Corte Constitucional colombiana respecto del régimen de inimputables y el tratamiento de las personas con discapacidad así también para que se establezca la eventual discriminación existente entre el régimen de imputables e inimputables. Así, en la sentencia Regímenes de responsabilidad penal-distinción/hecho punible-tipos/imputable e inimputable-Distinción la Corte, en las consideraciones y fundamentos estableció que:

> (…) Conforme a lo anterior, la norma acusada simplemente establece un límite temporal máximo de dos años a las medidas de seguridad que sean impuestas en aquellos eventos en que un inimputable haya incurrido en un delito sancionado con pena no privativa de la libertad. Esa disposición no es entonces discriminatoria pues, como bien lo señalan los intervinientes, y como se desprende del estudio adelantado en los fundamentos 3 a 6 de esta sentencia sobre las diferencias entre penas y medidas de seguridad, la regulación de la situación jurídica de los inimputables no tiene por qué ser igual a la de los imputables Y en tal contexto, la consagración de un límite temporal máximo se ajusta perfectamente a la Carta, por cuanto, como ya se explicó, las medidas de seguridad, si bien son distintas a las penas, están sometidas a las garantías propias del derecho penal. Por ende, conforme al principio de legalidad y a la prohibición de que existan penas y medidas de

> seguridad imprescriptibles (CP arts 28 y 29), es claro que la ley debe prever un límite máximo para las medidas de seguridad, tal y como esta Corte lo ha señalado en varias ocasiones[5].
>
> 9 – El examen anterior es suficiente para concluir que el otro cargo de la actora carece de sustento pues no es cierto que la disposición acusada esté prohibiendo que un inimputable pueda hacer cesar la acción penal por medios distintos al cumplimiento de la medida de seguridad. Si eso es así, punto que no corresponde definir a esta Corte en la presente sentencia, esa situación no derivaría de la disposición acusada, la cual se limita a prever un límite temporal máximo para las medidas de seguridad en ciertos delitos. Y en todo caso, en caso de que existiera esa disparidad, lo cierto es que la presencia de una regulación diferenciada de la extinción de la acción penal para imputables e inimputables no es en sí misma discriminatoria, pues, como se ha insistido en esta sentencia, esas diferencias de trato encuentran sustento constitucional en la diversa situación de esos sujetos frente a la responsabilidad penal. Con esa afirmación, la Corte no excluye que eventualmente una diferencia específica de régimen entre imputables e inimputables pueda ser discriminatoria. Simplemente esta Corporación está afirmando que la simple diversidad de regulación no afecta el principio de igualdad.[37]

El comité de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Alto Comisionado para los Derechos Humanos han establecido que, bajo el artículo 12 de la CDPD, Colombia debe efectuar los ajustes razonables necesarios para garantizar igual reconocimiento como persona ante la ley dentro del proceso penal:

> (…) 39. El Comité recomienda al Estado parte que modifique su legislación penal en concordancia con la Convención, y que asegure los ajustes de procedimiento y razonables para las personas con discapacidad involucradas en procedimientos penales y que garantice, en igualdad de condiciones con los demás, su derecho al debido proceso, presunción de inocencia, contar con asistencia letrada y defensoría calificada[38].

37. Sentencia C-297/02 Regimenes De Responsabilidad Penal-Distinción/Hecho Punible--Tipos/Imputable E Inimputable-Distinción.

38. También: "40. El Comité nota con preocupación que los centros de privación de libertad para personas sentenciadas no son accesibles ni cuentan con los servicios de salud y rehabilitación específicos para personas con discapacidad. Le preocupa además que las personas con discapacidad detenidas no tienen acceso a prestaciones administrativas en igualdad de condiciones con los demás, por ejemplo, para participar en actividades vocacionales. 41. El Comité recomienda al Estado parte

> Está haciendo un juicio basándose en una característica de una persona que puede llegar a generar una discapacidad, dándole un trato discriminatorio que desconoce la plena capacidad legal que tienen todas las personas. Es necesario entonces que, en el momento de analizar la culpabilidad en un caso no sea un análisis de la condición de la persona, sino de un contexto; que la discapacidad no sea la razón para que las consecuencias en un proceso penal cambien por completo. Eliminar la palabra trastorno mental y centrarse en la circunstancia de comprensión en un momento específico, recurriendo a un análisis interdisciplinario que supere el concepto del psiquiatra o la historia clínica, es esencial para que se reconozca la capacidad legal y se respeten los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad[39].

La privación de la libertad de una persona con discapacidad basada en su propia condición, constituye una detención arbitraria y resulta incompatible con los estándares previstos por la CDPD.[40] La detención arbitraria a la que son sometidas las personas con discapacidad psicosocial, no es violatoria únicamente de sus derechos sino que también afecta a la sociedad desde un punto de vista económico, ya que el Estado gasta recursos de forma inadecuada al dar tratamiento a estas personas dentro el sistema de justicia penal, cuando deberían y necesitan ser tratadas en la comunidad.

---

que adopte un plan de accesibilidad para los centros de privación de libertad para personas sujetas a procesos penales, así como la provisión de ajustes razonables, servicios de salud y rehabilitación, capacitación laboral y vocacional para personas con discapacidad. También le recomienda que en la implementación de estas recomendaciones el Estado parte se guíe por las directrices sobre libertad y seguridad de la persona, artículo 14 de la Convención". Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Observaciones finales sobre el informe inicial de Colombia. Adoptadas durante el 16 periodo de sesiones del Comité (15 de agosto- 2 de septiembre de 2016).

39. Inimputabilidad, medidas de seguridad y discapacidad en Colombia.

    Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social.

    Art. En Inimputabilidad y medidas de seguridad en debate. Reflexiones desde América Latina.Edit. UBIIJUS Ubijus Editorial S.A. de C.V.Ciudad de México. [www.ubijus.com] 2017.

40. Center for Public Representation, The legal rights of prisoners with psicosocial disorders. Mimeografiado. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas, OEA/Ser.L/V/II.Doc. 64, 31 diciembre 2011. CDHDF, Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2011-2012, México, CDHDF, 2012. Council of State Governments, Criminal Justice/Psicosocial Health, New York, Council of State Governments, 2002.

Específicamente, la regulación en materia de capacidad jurídica pone a los acusados que tienen alguna discapacidad psicosocial en plena indefensión, por eso resulta vital la intervención de la defensa autónoma, que atienda al reclamo constitucional del debido proceso legal[41]. En el caso de Shtakaturov contra Rusia, la Corte Europea de Derechos Humanos ha dejado sentado que no puede verse afectada la capacidad jurídica de las personas en cuanto a las garantías del debid proceso y la participación en el mismo cuando de este deviene una privación de la libertad convirtiendo dicha medida en ilegítima por parte del Estado.[42] En Stanev contra Bulgaria ratifica lo dicho en Shtakaturov contra Rusia y amplía el derecho al ejercicio de la capacidad jurídica en términos de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

> En 2012, el Tribunal sostuvo que la internación indefinida e involuntaria de Stanev por parte de las autoridades estatales en un hogar equivalía a la privación de libertad bajo el artículo 5(1) del Convenio Europeo de Derechos Humanos, principalmente debido a la falta del consentimiento de Stanev exigido conforme a las leyes de tutela parcial. Asimismo, debido a la ausencia de una evaluación psiquiátrica reciente que justifique la detención, no se cumplían con los requisitos de una "detención legal… de personas con inestabilidad mental". El Tribunal también opinó que se había violado el artículo 5(4) (revisión judicial de la privación de libertad) y el artículo 5(5) (derecho a compensación) sobre la base de la incapacidad de Stanev, conforme a las leyes de Bulgaria, para cuestionar en forma directa la legalidad de su detención y exigir compensación. Basándose solo en el artículo 3 (tratamiento degradante) y con el artículo 13 (recursos efectivos), el Tribunal también concluyó que las condiciones imperantes en el hogar equivalían a un tratamiento degradante (por lo menos hasta que se realizaron las reformas de 2009) y que, debido a que conforme al derecho nacional la internación de Stanev no se consideraba una detención, no se le había otorgado un recurso efectivo. Asimismo, el Tribunal concluyó que se había violado el artículo 6(1) (acceso a la justicia) debido a que Stanev no estaba legitimado para solicitar directamente la restauración de su capacidad legal.[43]

Las personas con discapacidad en el proceso penal se enfrentan a: determinación de inimputabilidad sin criterios ni protocolos especializados; prisión preventiva superior a la de las personas que no tienen discapacidad; internamientos

41. Constitución Argentina, art. 18.
42. Ver Shtukaturov v Russia 44009/05 [2008] ECHR 223.
43. Stanev c. Bulgaria, Sol. No. 36760/06, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2012).

como medidas de seguridad que sobrepasan la pena del delito que cometieron, la falta de protagonismo en el proceso, sin serle notificados directamente los diferentes actos del proceso. El estigma y la discriminación excluye a las personas con discapacidad, invisibilizándolos de las garantías reconocidas por los instrumentos internacionales de derechos humanos, negándoles un reconocimiento de ciudadanía en razón y por motivo de discapacidad.

En el caso Chinchilla Sandoval contra Guatemala, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha considerado que la discapacidad sobreviniente por falta de atención durante la detención constituye una violación del Estado en su condición de garante frente a la persona con discapacidad que cumple una condena. Así sostuvo en las conclusiones del fallo que:

> (…) El caso de la señora María Inés Chinchilla es, en muchos aspectos, importante para el desarrollo jurisprudencial de este Tribunal Interamericano, al ser la primera ocasión que la Corte IDH desarrolla el concepto de accesibilidad de una persona con discapacidad, haciendo alusión a los ajustes razonables para las personas con discapacidad89. Por otro lado, independientemente de su vasta jurisprudencia sobre las condiciones carcelarias y las obligaciones de prevención, también ha sido la primera vez que el Tribunal Interamericano se ha tenido que pronunciar sobre estas condiciones en relación a una persona con discapacidad. Sin embargo, como he manifestado en el desarrollo del presente voto, un tema ausente, y que sin lugar a dudas es la fuente de las violaciones en el presente caso, ha sido el tema relacionado con la falta de atención médica adecuada antes y después de que se le amputara la pierna, hasta su muerte en el 2004 (…)[44].

2. Conclusión

Luego de analizar el porqué de la existencia del manicomio como respuesta a un dogma científico-jurídico la Convención de los derechos de las personas con discapacidad pone en crisis todas las antiguas estructuras que sostenían "la protección", la peligrosidad, la incapacidad y la sustitución de las personas con discapacidad.

La regulación del derecho a la libertad y seguridad personal, abordada en el artículo 14 de la CDPD, introduce nuevos estándares que pone en crisis el sistema empleado frente a la comisión del delito y la respuesta de su irresponsabilidad legal.

44. Corte Interamericana de Derechos Humanos caso Chinchilla Sandoval vs. Guatemala sentencia de 29 de febrero de 2016.

Mientras el debate de doctrina y políticas de seguridad de un estado, políticas públicas y Academia, las personas con discapacidad sufren un tratamiento inadecuado que desbalance el equilibro de muchas intervenciones. Es imposible definir la complejidad humana, el milagro existencia, por eso debe acudirse a los acuerdos humanistas que proponen algunas definiciones alrededor de la persona humana.

Por un lado:

> Por la propia definición de salud y enfermedad mental que promueve la OMS, no parece adecuado considerar estos términos como entidades absolutas y excluyentes, sino como procesos complejos y con diferentes modalidades de expresión y coexistencia en una misma persona. Dicho de otra forma, no parece posible sostener que una persona es totalmente sana o totalmente enferma. Esto que es una máxima para la salud en general (Canguilhem, 1966), cobra especial relevancia cuando se habla de salud mental. Parecería más adecuado. El clásico "experimento Rosenhan" es un buen ejemplo de cómo la etiqueta construye su propia realidad (Rosenhan, 1973). Que dicho sea de paso, como Organización no es ajena a estas prácticas y contradicciones que se expresan en su interior. Decir que una persona tiene aspectos mentales más saludables y otros más patológicos, que pueden coexistir y expresarse de diferente forma como respuesta a diferentes situaciones del diario vivir. Pensar de esta forma esos aspectos, implica poner a jugar un paradigma complejo dónde procesos contrarios pueden coexistir, generando una nueva realidad según su articulación y expresión (Gallegos, 2005). A su vez, permite producir estrategias de intervención adecuadas que habiliten el desarrollo de los procesos saludables de las personas, como forma de ponerle límite a los patológicos (PÉREZ FERNÁNDEZ, 2017).

Desde el derecho la categoría jurídica que impregna la Otredad en términos de Levinas, es el rostro del otro que hace responsable, la capacidad de entender al otro si el cual no existo, la construcción de una acción comunicativa que deja huella del devenir humano.

> La capacidad de razonamiento es la base de la acción comunicativa, igual que la aceptabilidad del otro: El acto de habla sólo puede tener éxito si el oyente acepta la oferta que ese acto entraña, tomando postura con un sí o con un no a la interpelación. Con esta aceptación los participantes reconocen intersubjetivamente las pretensiones de validez con que se presentan como base para lograr el consenso. En su respuesta el oyente acepta la oferta del acto de habla y señala que comprendió la emisión y después los interlocutores ordenan en la conversación los espacios de acción y armonizan sus planes. El consenso como perspectiva común incluye las perspectivas distintas de los participantes de la acción comunicativa; en relación con 'el' mundo

> une las interpretaciones de la situación en la versión de 'mi' y de 'su' mundo sobre un trasfondo de 'nuestro' mundo. Juntos formamos un horizonte común, como diría Hans Georg Gadamer.
>
> Según él, cada conversación trata de rebasar tanto la particularidad propia como la del otro y ascender hacia una generalidad superior: "Comprender es siempre el proceso de fusión de estos presuntos 'horizontes para sí mismo" (LEVINAS, 2005).

Es decir la representación de las personas con discapacidad en la dimensión Ética de su propuesta de existencia, para entender como para juzgar. El debate histórico es ahora la medida humana de las personas con Discapacidad. Desde ese inmenso lugar la respuesta conmovible del derecho en lo relativo de esa existencia.

Para Habermas

> La estrategia que sigue la ética del discurso para extraer los contenidos de una moral universalista de los presupuestos universales de la argumentación ofrece perspectivas de éxito precisamente porque el discurso constituye una forma de comunicación más exigente, que va más allá de formas de vida concretas y en las que las presuposiciones del actuar orientado por el entendimiento mutuo se universalizan, se abstraen y liberan de barreras, extendiéndose a una comunidad ideal de comunicación que incluye a todos los sujetos capaces de hablar y de actuar (SIEDE, s.f.).

Esta comunicación-argumentativa que incluye a todos los miembros de una comunidad indeterminada, está haciendo referencia a los conflictos interpersonales en que se pueden enfrentar los posibles interlocutores en un discurso, los cuales, en cada caso, podrían encontrar una respuesta racional.

Con la ética del discurso se pretende crear una comunidad ideal de comunicación (en la argumentación cada uno se vale por sí mismo, pero siempre inserto en un contexto universal), en donde el marco histórico de la sociedad o el contexto donde se encuentren exista una operación racional, en la cual se deja de lado la argumentación autoritaria para darnos cuenta que todos nosotros somos eventuales interlocutores en donde primara la argumentación más racional y no la más fuerte o más jerárquica, con la Ética del Discurso se pretende destrabar y desatar el nudo que provoca la absolutización del consenso actual por medio de la idea regulativa de la comunidad ideal de comunicación para lograr una universalidad aún más grande, "Pues las argumentaciones van per se más allá de los distintos mundos de vida particulares; en sus presupuestos pragmáticos el contenido normativo de los presupuestos del actuar comunicativo está universalizado, abstraído

y libre de barreras: extendido a una comunidad ideal de comunicación que incluye en su seno a todos los sujetos capaces de actuar y de hablar…", por lo cual "Solo una argumentación desarrollada intersubjetivamente en la que pudiesen participar todos los posiblemente afectados hace a la par posible y necesaria una universalización radical…", es por esta razón que Habermas dentro de una intersubjetividad, una heterogeneidad de interlocutores entiende "(…) la argumentación como un procedimiento para el intercambio y la valoración de información, razones y terminología" (HABERMAS, 2002).

Se debe tener precisión del objeto de conocimiento para establecer reformas que interpreten el derecho vivo de los Derechos humanos y una dimensión a la hora de los repartos que indique su valor.

3. Bibliografía

AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer*: El Poder Soberano y la nuda vida. PRE-Textos, 1998. 162p.

CAMPOS MARÍN, R. Crimen y Locura. La patologización del Crimen en la España de la restauración Norba. *Revista de Historia*, Vol. 20, 85-105. 2007

CESANO, José Daniel. La penetración del discurso médico en la argumentación jurídica: Artemio Moreno y su obra Niñez abandonada y delincuente. En J. D. Cesano y J. A. Núñez (Coords.), *Visiones de la Criminología Argentina* (p. 77-97). Córdoba: Ed. Brujas, 2014.

CORREIA, A. Vida y derecho en Hannah Arendt. *Eikasia Revista de filosofía*, 6, p. 185. 2017.

Derechos de las personas con discapacidad psicosocial y el sistema de justicia penal en México. En Informe sobre la discapacidad psicosocial y el sistema de justicia penal mexicano, Documenta. Julio 2014, Recuperado el 8 de febrero de 2018 de [http://documenta.org.mx/layout/publicaciones/informes-justicia-discapacidad-psicosocial/informe-discapacidad-psicosocial--sistema-justicia-penal-mexicano-julio-2014.pdf].

FERNANDEZ PEREZ R. ¿Enfermedad mental o sufrimiento psíquico? La disputa por la noción de sujeto y subjetividad. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. (p. 109-128) Montevideo: Editorial Psicolibros, 2017.

FERRANDO, JOAQUÍN. Prólogo a "Locura y sinrazón" de Foucault Otra forma de pensar es posible. Recuperado el 8 de febrero de 2018, de [http://www.librodenotas.com/almacen/Archivos/003546.html].

FERRI, ENRICO. Sociología Criminal. Madrid: Centro Editorial de Góngora, s.f. 353 p.

FOUCAULT, Michel. Historia de la Locura en la época clásica. 1.ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1964. 901p.

FOUCAULT, Michel. Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión. 2 ed. México: Siglo XXI, 1993.

FOUCAULT, Michel. Los anormales, Buenos. Aires: Ed. Fondo de Cultura Económica, 2000. 352 p.

GARCIA RAMIREZ, SERGIO. El problema de la inimputabilidad penal. *La inimputabilidad en el Derecho Penal Mexicano*. México DF: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, 1981.GIMENEZ GIUBBANI, A. Emmanuel Levinas: Humanismo del Rostro. ESCRITOS, 19(43), 337-349. 2011.

GONAZLEZ SORIANO, F. Intención conceptual, utopía y logro jurídico. Vigilancia y control legal del matrimonio a partir del discurso decimonónico sobre la herencia. En F. Gorbach y C. L. Beltrán (Coords.), *Saberes locales. Ensayos sobre la historia de la ciencia en América Latina*, (p. 207-234). Michoacán, México: Editorial El Colegio. 2008.

HABERMAS, J. Teoría de la acción comunicativa. Barcelona: Taurus, 2002. 1987p.

HEGGLIN, M. F. Las medidas de seguridad en el sistema penal argentino: su contradicción con principios fundamentales del Derecho penal, y de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En *Inimputabilidad y Medidas de Seguridad a debate*: reflexiones desde América Latina en torno a los derechos de las personas con discapacidad. (p. 15-50) Ciudad de México: UBIJUS Editorial, 2017.PALACIOS, Agustina. El modelo Social de la Discapacidad. Orígenes caracterización y su plasmación en la Convención de los derechos de las Personas con Discapacidad. 1 ed. Madrid: Editorial CINCA, 2008. 479p.

PALACIOS, A. e IGLESIAS, M. G. La convención de los derechos de las personas con discapacidad La Salud Mental y los Derechos humanos. ¿Logros para mañana? En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. (p. 19-53) Uruguay: Editorial Psicolibros, 2017.

Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social de la Universidad de los Andes, Inimputabilidad, medidas de seguridad y discapacidad en Colombia en *Inimputabilidad y medidas de seguridad a debate: reflexiones desde América Latina en torno a los derechos de las personas con discapacidad.* México: Ediciones Documenta y Ubijus, 2017. 169p.

SIEDE, L. Ética del discurso, Habermas. Recuperado el 08 de febrero de 2018, de [http://www.bioetica.org/cuadernos/bibliografia/siede-habermas.htm].

SOZZO, Máximo. Locura y crimen. Nacimiento de la intersección entre los dispositivos penal y psiquiátrico. Buenos Aires: Ediciones Didot, 2015. 533p.

VELAZQUEZ, F. LA CULPABILIDAD Y EL PRINCIPIO DE CULPABILIDAD. *Revista de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Pontificia Bolivariana*. 50, 283-310. 1993.

VEZZETTI, Hugo. La Locura en la Argentina. Buenos Aires: Editorial Paidos, 1985. 237 p.

Pesquisas do Editorial

Veja também Doutrina

- Discussão em torno do internamento de inimputável em razão de anomalia psíquica, de Maria João Antunes – *RBCCrim* 42/90-102, *Doutrinas Essenciais de Direito Penal* 3/1083-1097 e *Doutrinas Essenciais Processo Penal* 6/863-877 (DTR\2003\16); e
- O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais, de Cíntia Menezes Brunetta – *RT* 835/59-72 e *Doutrinas Essenciais de Direitos Humanos* 4/943-962 (DTR\2005\346).

Researching good practices to overcome prison. Deinstitutionalisation of mental hospitals and slavery abolition: what works?

Pesquisando boas práticas para além da prisão. Desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos e abolição da escravatura: o que funciona?

Simone Santorso

Professor de Criminologia na Universidade de Hull (Reino Unido). Co-Coordenador do grupo de trabalho sobre punição, prisão e detenção do Grupo Europeu para o Estudo do Desvio e Controle Social. Membro Nacional do Observatório sobre Condição Prisional da Associação Antígona (Itália). Doutor pela Universidade de Urbino Carlo Bo (Itália). Mestre em Criminologia Crítica e Segurança Pública pela Universidade de Pádua (Itália).
s.santorso@hull.ac.uk

Área do Direito: Penal

Abstract: In this article, my purpose is to frame and analyse two experiences of dismantling oppressive institutions to have a better understanding of the possible and effective prison abolitionism praxis. For that purpose, I will consider two specific historical episodes: the deinstitutionalisation of mental hospital in Italy and the slavery abolition in US. Those will be constructed as both historical and political model to drive through the abolition of prison. In the article, I will discuss the tension between the end of an institution and its potential clawback, underlining the necessity of a positive plan to overcome unjust and oppressive institutions. In essence, abolitionism is read in this article as a broad critique to the society (Davis, 2000), thus the closure in and of itself is part of a larger plan to create a more just society (Ben-Moshe, 2013). The aim is to address what I consider one of the key issues to bring the abolitionism from a theoretical field to a political praxis, namely the necessity to define a path to let the prison abolition get real.

Resumo: Neste artigo pretendo enquadrar e analisar experiências de desmantelamento de duas instituições de opressão com o objetivo de compreender melhor práticas possíveis e eficazes de abolicionismo prisional. Para esse fim, terei em conta dois episódios históricos específicos: a desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos na Itália e a abolição da escravidão nos EUA. Esses dois episódios serão discutidos enquanto modelos político-históricos condutores da abolição da prisão. Argumentarei a tensão entre o fim de uma instituição e sua permanência simbólica e ideológica, ressaltando a relevância de um plano positivo para suplantar instituições injustas e opressivas. Em essência, o abolicionismo é tratado neste artigo como uma ampla crítica à sociedade (Davis, 2000) e, consequentemente, a demanda por superação das prisões integra, por si, um plano maior de construção de uma sociedade mais justa (Ben-Moshe, 2013). O objetivo é pontuar o que considero uma das questões-chave para a condução do abolicionismo desde um

campo teórico para uma práxis política, a saber, o imperativo de definir um caminho que transforme em realidade a abolição da prisão.

Keywords: Prison abolition – Deinstitutionalisation – Anti-psychiatry movement – Social justice – Carceral clawback.

Palavras-chave: Abolição da prisão – Desinstitucionalização – Movimento antipsiquiátrico – Justiça social – *Carceral clawback.*

Sumário: 1. Introduction. 2. Criticism of prison: the importance of stating the facts. 3. Abolition of slavery in US: an uncomplete process. 4. Deinstitutionalisation: lessons from the mental illness institution closure in Italy. 5. Challenges for the prison abolitionist. 6. A few final considerations. 7. Reference.

1. Introduction

The contemporary abolitionism movement has been established as a new theoretical frame in criminology and as an alternative approach to punishment since the begging of the Sixties. It has been creating within prison reform campaigns between the middle and the end of the Seventies in Western Europe and North America (Ruggiero, 2014). In the Eighties, as academic involvement increased, abolitionism became a more consolidate theoretical perspective, as Feest argues, "In this period penal abolitionism seemed on its way to becoming one of the most important currents of critical criminology. At least, this was the situation in Germany. Thomas Mathiesen and Nils Christie, but also Louk Hulsman and (to a lesser degree) Herman Bianchi [...]" (2015:142), establishing the second generation of scholars. Those lay the foundations for a strong legitimation of prison abolitionism as proper schools of thoughts. A common feature of the abolitionist project, both for political and academic planning, is "to construct a political language and theoretical discourse that disarticulate crime from punishment" (Davis, 2008:3). However, as Ruggiero states, "abolitionism does not possess a single theoretical frame or political source of inspiration [...] it has a composite background from which it, wittingly or otherwise, draws its argument and proposal of action" (2015:95). McLeod defines prison abolitionism as an emerging social movement "committed to ending the practice of confining people in cages and eliminating the control of human beings through imminently threatened police use of violent force" (2015: 1162).

In North America, the prison abolitionist movement has deep roots, especially among religious groups, ex-convicts, left wings and liberal political groups, since the very beginning of the Fifties. This activists move from ethical

consideration on the prison system, considering it as immoral and unjust (Morris, 1976). However, only at the end of the Seventies, a more articulated discourse on prison abolitionism creates a link with other movements' experience, giving it a political foundation. Different dogmatic standpoints, lead to a ramification of the praxis and a differentiation of movements dealing with prison/penal abolitionism, most of them based on anarchist, Marxist or religious references. The two most famous example are in Norway and California. In Norway, the KROM[1] experience, an organization for penal reform runs by Mathisen in parallel with its abolitionist instance and political action works toward an institutional approach. In California, more recently, the Critical Resistance experience leads to a less 'institutional' approach, closer to social movements and working toward a broader conceptualisation of prison abolition as part of a larger struggle for social justice[2].

In its attempt to be both theoretical frame and social movement, abolitionism(s) needs to define a path, but most of all methods. The aim of this article is to analyse evolutions and possibilities for an abolitionist approach to overcome the prison system, assuming an intersectional standpoint. This article will interrogate two different historical moment around which the end of oppressive institution was commonly considered as successful. I will fist examine the end of slavery in US and then the dismantling of mental health hospital in Italy, to evaluate these experiences and underlining the possible legacy for prison abolitionist.

After the presentation of a brief theoretical frame, to picture the approach adopted in this writing, I will present evidence on how past experiences of dismantling of oppressive institutions can inspire prison abolitionism movement. In this article, I contend that the deinstitutionalisation and the slavery abolition experiences could be constructed as historical model to drive us through a process of decarceration and prison abolition. Although the closure of large detective institutes and the abolition of obsolete/unjust institution can be considered a big achievement, it does not mean freedom for those formerly controlled by these. Thus, it is fundamental to discuss the tension between the end of an institution and its potential clawback "under false pretences". In essence, abolitionism is read in this article as a broad critique to the society (Davis, 2000), thus the closure in and of itself is part of a larger plan to create a more just society (Ben-Moshe, 2013). The aim is to address what I consider

1. [http://krom.no/].
2. [http://criticalresistance.org/].

one of the key issues to bring the abolitionism from a theoretical frame to a political praxis, the necessity to define a path to overcome prison system.

2. Criticism of prison: the importance of stating the facts

Over the last thirty years, prison abolitionist movements have arisen as a relevant political issue on the world stage, even influencing the penal policies of some countries[3]. This has been made possible by the action of organized groups and associations, usually connected with the academic world, which has promoted this political stance and pressured governments[4] to adopt novel policies on the justice system. The implementation of abolitionist-like policies still has a long way to go in places like California, Italy or the UK[5], however, where prison abolitionist movements and organizations have been campaigning and advocating against prison systems.

The abolitionist's criticism of imprisonment stems from numerous different instances, generating a patchwork of approaches and praxis. All abolitionist stances nonetheless start with the assumption that imprisonment has disruptive and harmful consequences for society. The prison system houses the poor and dispossessed, imposing forms of deprivation and humbling living conditions, and generating violence and subordination. There is a substantial and deeply-rooted misplaced belief in the ability of imprisonment to achieve any positive changes. More broadly, this misconception lies behind the institutional response to crime and the idea of justice deriving therefrom. The emphasis on prison as an institution for inflicting legal and socially legitimized harm is a cornerstone of all abolitionist approaches, and for some radical reformists too (Mathiesen, 1974; Scraton, 2009; Ruggiero, 2011). Briefly, the harm caused by imprisonment can be classified under two main headings: institutional violence (namely forms of psychological and physical suffering systematically generated in prison interactions and the prison environment); and structural violence[6]

3. For example, Finland and Norway have implemented criminal justice system reforms following the abolitionist perspective.

4. An example if this is the Norwegian KROM, founded by Thomas Mathiesen, a professor at the University of Oslo.

5. Critical Resistance in California (http://criticalresistance.org/), No prison in Italy (http://www.noprison.eu/index.html) and Prison Abolition UK (http://www.prisonabolition.org/).

6. The use of those two categories is based on H. A. Bulham (1985) distinction. He uses the slavery example to clarify the violence within the power relations: "the

(i.e. the denial of the most elementary rights due to racially and class-related subordinating nature of punitive policies and imprisonment). These forms of violence represent the basic structural parameters of imprisonment and punitive penal praxis, resulting in the exacerbation of forms of interpersonal abuse. As Sim (1994:104) argued: "Violence and domination in prison can therefore be understood not as a pathological manifestation of abnormal otherness but as part of the normal routine which is sustained and legitimated by the wider culture of masculinity"[7].

In their hegemonic conceptualization of punishment, penal institutions submit human beings to extreme violence, suffering and dehumanization (McLeod, 2015:1173), generating a vicious circle of subordination and abuse[8]. Paradoxically, this consideration could be seen as self-evident and widely shared, even by non-abolitionists. After all, the very idea of *punishing* etymologically has to do with inflicting pain for some wrongdoing[9]. Empirical

---

master-slave relation was founded on interpersonal and institutional violence. The master's absolute power and the slave's total powerless rested on the use and threat of violence." (122). That definition help to understand how prison is a place of institutional violence (physically and emotionally abusive acts) working hand in hand with a more complex and articulated level of violence, the structural one (denial of rights, constant reproduction of subordination and wellbeing annihilate); this lead to forms of interpersonal violence (See Scott, D. G. 2017). Fulham added that "institutional violence and interpersonal violence are at different level of complexity and of different duration. Institutional violence is at an intermediate level of complexity and duration. All three are course related and none of them can be understood apart from the other two" (137).

7. In prison the relation between violence and order analysed by different perspectives, one of them, in my very personal opinion one of the most reliable, is the gender one. Prison shapes identities, exacerbating the male connotation through a hegemonic definition of masculinities and hyper-masculinity. For the relation between masculinity and prison see, among the others: H. Toch 1998, Hypermasculinity and prison violence, in Lee H. Bowker (ed.), Masculinities and Violence, Sage, pp. 168--178; C. Haney, 2011, On the Origins of Hypermasculinity and Sexual Violence in Confinement in American Criminal Law Review, Volume: 48 Issue:1 (Winter 2011), pp. 121-141; D. Sabo, T. A. Kuipers, and W. London (eds), 2001, Prison Masculinities, Philadelphia: Temple University Press.
8. See Craig Haney and Philip Zimbardo, The past and future of U.S. Prison Policy: twenty-Five years after the Stanford experiment. Despite the Stanford, the experiment has been strongly criticised (especially for its questionable ethical approach and methodology) it demonstrates the dehumanising nature of imprisonment.
9. From the Etymology Dictionary. Punish: c. 1300, from Old French punish-, extended present participle stem of punir "to punish," from Latin punire "punish, correct,

data gathered by penal institutions[10] and academic researchers, albeit from different perspectives, have amply demonstrated that self-harm or suicide are more common in prison than elsewhere (Liebling, 2007:432; Scott and Codd, 2010: 96-97; Santorso, 2015:109-110). Death in custody[11], physical abuse, and sexual violence are part of the 'game' in prison (Haney, Banks & Zimbardo, 1973; McLeod, 2015:1169). The use of solitary confinement and other legitimized procedures tantamount to torture are well-established in prison praxis (Santorso, 2015:116-120). The list of examples could continue, but these few elements suffice to show that most scholars with empirical experience on the topic of imprisonment – from P. Zimbardo up to A. Davis – have generally acknowledged the institutional violence and consequent harm intrinsic in prison life, even if they are not always critical of the institution itself. The few elements mentioned above clearly define the social and public awareness of the disproportionate physical, psychological and social harm caused by imprisonment. In his *American Notes for General Consideration* (2001-1842), Charles Dickens reflected on imprisonment in 19th-century America in the following terms:

> Discipline and those benevolent gentlemen who carry it into execution do not know what it is that they are doing. I believe that very few men are capable of estimating the immense amount of torture and agony which this dreadful punishment, prolonged for years, inflicts upon the sufferers; [...]
>
> I hold this slow and daily tampering with the mysteries of the brain, to be immeasurably worse than any torture of the body: [...] therefore I the more denounce it, as a secret punishment which slumbering humanity is not roused up to stay (Chapter VII).

Dickens, was one of the first to call for the abolition of prison (albeit only for certain categories of people[12]), recognizing and publicly denouncing the suffering caused by this institution.

---

chastise; take vengeance for; inflict a penalty on, cause pain for some offense," earlier poenire, from poena "penalty, punishment" (see penal). Colloquial meaning "to inflict heavy damage or loss" is first recorded 1801, originally in boxing. Related: Punished; punishing.

10. See for the UK: [https://www.gov.uk/government/statistics/safety-in-custody-quarterly-update-to-june-2016].
11. See for the UK: [http://inquest.org.uk/issues/home].
12. The Charles Dickens' father was a debtor prisoner, in the prison of Marshalsea (London), giving him a direct experiences of the prison effect on a wider range of people, even outside its walls.

Forms of structural violence are deeply rooted in prison. The constant denial of inmates' basic rights, and the process of their subordination are documented and socially more or less explicitly acknowledged features of the prison institution[13]. Prison, as a total institution, deconstructs the prisoner's identity[14] as an individual by means of ceremonies and rituals designed to discredit, belittle and humiliate inmates, robbing them of their self-esteem: prisoners are systematically, if often unintentionally, mortified (Goffman, 1961:14). In addition, it is a well-known constant feature of the figures on prison populations that ethnic minorities and lower classes are over-represented[15]. That the subordinating structure of imprisonment is influenced by race and social class is a historically-established fact (Du Bois, 1935; Oshinsky, 1996; Alexander, 2010), making imprisonment a racialized control tool (Davis and Shaylor, 2001; Wacquant, 2002; Lopez, 2010; Santorso 2012). To be more specific, recent studies have underscored the 'colonialist' attitude of the prison system, and its role in (re)producing racialized subaltern subjectivities, and reinforcing the so-called colour line (Cheliotis and Liebling, 2006; Earle, 2013; Santorso, 2016; De Giorgi, 2017). As Angela Davis says of US prisons: "Because the overwhelming majority of U.S. prisoners are from racially marginalized communities, corporate stakes in an expanding apparatus of punishment necessarily rely on and promote old as well as new structures of racism" (2001:2). There is little doubts that prison provides a model of society constructed around an essentialism of race and class: it is a legacy of colonialism as a project of racial subordination and disproportionality along class lines (Steinmetz, 2015). Assuming this standing point, prison is as an oppressive institution, deeply rooted in our society and formally legitimised. In essence, prison violence is a solid and reliable bastion of social subordination.

Abolitionist movements aim to propose alternatives to imprisonment and challenge the dominant discourse and understanding of punishment. It is crucial first of all to explain and clarify the prison system's impact on

13. Problems like overcrowding, lack of resources address to prisoners, denial of family relation, discrimination, obsolete structure, and so on. See among the others: [https://www.hrw.org/united-states/criminal-justice]; [http://www.equaltimes.org/the-prison-system-in-england-and?lang=en#.WIILTk3cu73]; [http://www.humanrightseurope.org/2015/02/report-annual-european-prison-statistics/]; [http://www.prisonobservatory.org/;http://www.associazioneantigone.it/].

14. Goffman defined this process as "deculturation" (1961:134).

15. For a statistical overview on prison populations, see [http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total].

society, and to abandon the cultural and social organization of criminal justice (Hulsman, 1991:32). The next essential steps will involve putting the theoretical framework into action, shifting from criticism to a political praxis at the same time both distinguished and interlaced from reform and deinstitutionalization. This is probably the most arduous and controvertible part of the process, which could draw inspiration from past successful abolitionist experiences, even if they apply to other fields.

3. Abolition of slavery in US: an uncomplete process

This article is being written in a building named after William Wilberforce, an English MP who campaigned for the abolition of the slave trade from 1787 to 1807. That campaign led to the Slavery Abolition Act of 1833, which abolished slavery in most of the British Empire. The anti-slavery movement succeeded in criticizing, deconstructing and re-conceptualizing the classical approaches taken to explain racial differences[16] and legitimize the institution of slavery, in Western society at least. The anti-slavery movement, and the civil rights movements that followed, are examples of how a theory expounded with the intention and ability to transcend traditional classifications, assumptions, and models, was capable of leading to old, oppressive and detrimental institutions being abandoned, and subsequently promoting a different society (Sheerer, 1986). Prison abolitionist movements draw some of their own ideas and convictions from the political experience of the slavery abolitionists (McLeod, 2015: 1163). In this setting, one of the most influential and inspiring analyses comes from W.E.B. Du Bois, who stressed that putting an end to slavery was not only about throwing away the chains [17]. In his book of 1935[18], Du Bois – criminologist, and anti-slavery activist – wrote: "Slavery was not abolished even after the Thirteenth Amendment. There were four million freedmen and most of them on the same plantation, doing the same work that they did before emancipation" (1996:166).

16. Between those, it is possible to find social Darwinism, ethnicity-based, class-based, and nation-based. These categories do not include all of the possible perspectives on race. Nevertheless, they frame the major classical theories in social sciences.

17. [http://www.latimes.com/opinion/op-ed/la-oe-morrison-davis-20140507-column.html].

18. Du Bois, W.E.B. (1996) Black Reconstruction: An Essay toward a History of the Part which Black Folk Played in the Attempt to Reconstruct Democracy in America, 1860-1880 (1935 – Transaction Publishers 1996).

In describing the abolition of slavery, Du Bois explained that "it meant not simply abolition of legal ownership of the slave; it meant the uplift of slaves and their eventual incorporation into the body civil, politic, and social of the United States" (1996:170). In essence, the author made the point that merely putting an end to the possibility to own a man, and eradicating the widespread use of violent forced labour is not the same as eliminating slavery. In essence, the abolitionist praxis must be able, from his very own point of view, to integrate a negative project, namely the abolition of prisons, through the implementation of positive actions, namely alternatives to imprisonment (McLeod, 2015: 1163). Clearly, the abolitionist's work needed to be completed (Du Bois, 1935; Davis, 2003, 2007; Alexander, 2010) – and this seems to be true even today. The Jim Crow laws[19] at local level, and the system of criminal justice on a wider scale, reshaped the mechanism of slavery. The Civil Rights Act of 1865 was an important achievement, but still not enough to promote a positive project capable of completely overcoming the principles of slavery. The 13th Amendment states that: "Neither slavery nor involuntary servitude, except as a punishment for crime whereof the party shall have been duly convicted, shall exist within the United States, nor any place subject to their jurisdiction".

The core principle of slavery was removed from free society, but not from the penal system. The enforcement of specific, more severe penal codes for African-Americans, and the subsequent implementation of the Convict Leasing Acts[20] restored latent forms of slavery, albeit in different institutional guises. The Civil Rights Act of 1865 did not mark the end of slavery, but only a fundamental step in an ongoing process. The abolition of slavery in the USA is clearly one of the most suitable examples of the concept of an "unfinished" job. As Mathiesen put it, the abolitionist political stance is an alternative that "lies in the unfinished, in that sketch, in what is not yet fully existing" (1974:1), based on the premise that "any attempt to change the existing order into something finished, a fully formed entity, is destined to fail" (1974:13). According to the Norwegian sociologist, the creation of an alternative path entails both contradicting and

19. The name given to all local laws promoting racial segregation, repealed by the Civil Rights Act of 1964.

20. Leasing Convict Act, adopted for the first time in Mississippi in 1876, "permitted the towns and countries to work their convicts outside the local jails – in theory, anyone who had breached a local ordinance and was sentenced to one year or less [...] it applied to those who could not pay the fines and court cost [...] The end result was a stream of black bodies to the country chain gangs and local plantations" (Oshinsky, 1996:41-42).

completing the previous system, without aspiring to a return to a finished order. Abolitionism as a political stance could therefore be seen as a continuous tension between efforts to achieve short-term goals and to step into unmarked territories in the promotion of instances of social justice. The abolition of the unjust institution of slavery has not been followed up with concrete, proactive and prepositive projects, and this has resulted in a transformation merely of the institutional shape of slavery, while the basic principles of subordination, subjugation, and exploitation characteristic of slavery have been preserved. It was a practice of radical deinstitutionalization of slavery although that left room to its recovery with shapes. R.B. Siegel defines this process using the concept of "preservation through transformation" (1997:1119). In referring to Siegel's argumentation, Alexander sees this as "the process through which white privilege is maintained, though the rules and rhetoric change" (2010:21). The rhetoric produced by the slavery narrative has been clawed back, and given another institutional shape – prison. It is only in appearance, not in substance that the social relationship has changed, while the racial connotation of the State has been preserved and enforced. In the Southern States of the US, the racialization of the criminal system began before the Civil War and the abolition of slavery, even though the prison population once consisted of primarily white lower-class males. As Oshinsky (1996: 63-64) pointed out: "Slaves were the property of their master, and the state did not normally intervene, [...] reflecting a society in which slaves were punished by their master and white women were seen as virtuous and pure". The legal end of slavery was followed by the failure of (a very few) positive projects promoted by the US Federal Government, such as the so-called '40 acres and a mule program'. The reason for their failure lay largely in the inability of American society and the States to include the freed slaves and assure them equal civil and socio-economic rights and dignity. As mentioned earlier, the subordination, subjugation, and economic exploitation of African-Americans continued long after the official abolition of slavery, persisting both in principle and in function, implemented and legitimized within a new institutional frame: criminal law.

The 13th Amendment was a first fundamental step and a clear victory for the abolitionists, but it is important to recognize that it only marked the start of a long-term process. It was a 'negative achievement' (in the formal abolition of an unjust institution of the past) that needed to be followed up with a 'positive project' (to eradicate and substitute unjust principles with new, fair alternatives for the future).

The prison abolitionist activist should treasure the lesson to be learned from the history of the abolition of slavery, i.e. there needs to be a real movement

capable of taking political action to eradicate prisons, adopting a transformative framework designed to promote the acknowledgement of social rather than criminal justice. Borrowing from Du Bois (1935), the aim should be to see abolitionism as a method, a political praxis, and a positive project, able to reach long-term goals and to arrange new one.

4. Deinstitutionalisation: lessons from the mental illness institution closure in Italy

Deinstitutionalization, namely the closure of total or semi total institutions have been a major policy trend in the past few decades in most of the Western society (Fakhoury, et al, 2007). A total institution can be described, "as a place of residence and work where a large number of like-situated individuals cut off from the wider society for an appreciable period of time together lead an enclosed formally administered round of life" (Goffman 1968:11). According to Goffman's argumentation and classification of total institution (1968) a process of deinstitutionalisation cannot be merely define as the practise to move detained people from a separated space back to wilder society. I think it is possible to state that it mainly describes the commitment to dismantling an institute (physical intuitions) hosting people labelled to be at once unable of looking after themselves and/or a threat to the society. This definition permits to distinguish deinstitutionalisation from abolition: the last one refers to the commitment to overcome social institutions considered unjust, old or oppressive. The word "abolition" is not fully part of the deinstitutionalisation's vocabulary; it is used at times, especially concerning psychiatric confinement (Ben-Moshe, 2013:83). Although, abolitionism and deinstitutionalisation are recognised as distinct praxis, with different goals, it is my opinion that there is an osmotic correlation between the two: one can successfully complete the other. Assuming this perspective, deinstitutionalisation (closure of specific institutes) could eventually come down to the abolition of an oppressive and unjust social institution, and vice versa, the abolition of a social institution can go through the closure of single institution.

The process of deinstitutionalization has been adopted as main policy in relation to the institutions hosting people with intellectual deficit and mental disabilities during the seventies; and became a political, professional, and parental goal during the eighties (Scheerenberger, 1987: 241). The closure of metal hospitals or institutions does not mean a fully recognised freedom and social reintegration for those formerly institutionalized. It is only the first step. The effectiveness of any deinstitutionalisation process can be measured

by the capacity to ensure community living with all the necessary support (Ben-Moshe, 2013). Thus, the tension between the mere closure of institutions and a process of deinstitutionalisation is subordinated to the capacity to promote changes within the society: an epistemic shift in the way in which the institutionalised persons are perceived and conceptualised is the premises for the creation of socially emended life space for them.

During the Sixties and the Seventies, Italy faced some radical changes in the organization and functioning of its psychiatric care system; thanks to the work of Franco Basaglia[21] in the city of Trieste and his ideas of the anti-therapeutic role of psychiatric hospitals; in that years a non-institutional approach to deal with mental issue has been introduced in Italy. Basaglia's effort would come down to a gradual process of deconstruction of psychiatric hospitals moved from inside and supported for outside due to the capacity to actively involve the society (Morzycka – Markowska, 2015). In fact, Basaglia revolutionary key point was to believe that a real systemic transformation could only be fully accomplished only with actions from the "free" society (Basaglia, 1987). Between the 1971 and the1978 he was the Head of Trieste's psychiatric hospital, in which he was dedicated to promote experimental practices to emancipate the mentally ill from the authority of psychiatrists "by the democratization and close contact of the doctors with the patients and their families. The main rule remained the policy of open doors, which applied to all; patients, caregivers and other members of the hospital life. For some of the people staying in the hospital, a new category of a guest was introduced" (Morzycka – Markowska, 2015:389).

This process came down to the implementation of the Law 180/1978, so-called Basaglia's Law that ratify the closure of psychiatric hospitals. The efficacy of this practise of deinstitutionalization was internationally recognised, as demonstrated in this article published by The New York Times in 1984:

> Since the early 1970's Trieste has drastically reduced the size of its traditional mental hospital and has developed a series of neighbourhood clinics that provide services to patients living in small groups in apartments, in their homes or at the clinic itself, which is open 24 hours a day and maintains a handful of beds for use in emergencies. [...] This apparent but little-known success in Trieste stands in marked contrast to the highly publicized failures of "deinstitutionalization" in major American cities. (Boffey, 1984)

21. Basaglia (1924-1980) was an Italian psychiatrist who promoted the closure of psychiatric hospitals, pioneer of the modern concept of mental health, he was the principal proponent of the Law 189 which dismantling the mental hospital in Italy.

Although this example of deinstitutionalisation describes the possibility to achieve a negative goal and promote a positive project capable to avoid the clawback of the psychiatric hospital, it is necessary to underline that the 1978 reform did not take into consideration the patients who are authors of crime, maintaining in fact the Forensic Psychiatric Hospital (in Italian OPG). Thus, the deinstitutionalisation process dismantled the psychiatric hospitals, without abolishing the psychiatric as institution. Even though these institutions have been recently reformed[22], due also to the action of reformist movement (NO OPG), their existence and persistence well underline how once again the prison system has been used to preserve unjust and obsolete institutions, as happened with the slavery. This represents a clear example of Mathiesen's idea of unfinished process and the capacity to set new goals.

According to Basaglia's work (1987), a successful deinstitutionalisation process is characterised by three elements: the deconstruction of the institution moved from the inside, promoting an active role of the so-called free society; the integration of the institutionalised person within the community; a semantic, cultural redefinition of the institution related issue and the production of new knowledge. Those elements can be read as the capacity to promote a positive project capable to integrate the negative one (the closure of the institution).

The fundamental role of the society/communities and the relevance of a positive project arisen as prison abolitionist stance at the beginning of Nineties, as well exemplified by Ruth Morris' words:

> My objection to prison is to something much more oppressive than closed buildings, or even locks and keys. It's important to think out, because otherwise we delude ourselves about buildings alternatives when actually we are creating their very spirit in the community, destroying people just as effectively as any building with locks can possibly do. (Ruth Morris, 1989:141)

Despite the fact that dealing with prison means to deconstruct the complexity of the society, and to create a positive project in that context imply to consider a large number of factors[23], the lesson from the deinstitutionalisation praxis

22. "In 2012, a new law (Law 9/2012) established that new residential facilities had to be developed to better meet the needs of providing intensive and high-quality mental healthcare to socially dangerous individuals with mental disorders under proper secure conditions. These small-scale facilities (no more than 20 individuals, up to 4 patients per bedroom) are intended to replace admissions to forensic psychiatric hospitals." (Barbui, Saraceno, 2015:445)

23. For example: social and structural inequality, cultural differences, the conceptualisation of justice and social responsibility, etc.)

represents a guideline for the prison abolitionist. Burstow (2010) underlines how the short-term goals of Anti-Psychiatry deinstitutionalisation should be considered as a doable path for the abolitionist. Thus, a strategic use of the deinstitutionalisation process on short term, with the abolition as long term could represent the path towards a non-carceral society. The capacity to work on local and short-term goals, deinstitutionalising chunk of territory with both action form inside and outside the prison, could represent a concreate and achievable path for the implementation of positive project and move toward the overcome of the carceral institution.

5. Challenges for the prison abolitionist

Abolitionism is still misinterpreted by some as merely advocating the immediate and wholesale closure of prison buildings and the release of their inmates (Baidry, Carlton, Cuneen, 2016:169). Just as slavery was not only about one man owning another, prison is not only about buildings for caging people, but also concerns the immaterial and social nature of this institution. The view taken by Carlen (2002) aims to underline that prison is a resilient and malleable institution, capable of including, absorbing and redefining perspectives crucial to the reproduction of its more concrete and physical structure. The concept of "carceral clawback is used to describe the power of the prison to deconstruct constantly and successfully reconstruct the ideological conditions for its own existence" (Carlen, 2002:116). Davis (2003) argued that is essential to deconstruct the connection taken for granted between crime, punishment, and incarceration, by making an effort to identify and demystify the social, political and economic construction of criminality (Scraton, 2009). The very foundation of prison as an institution is rooted in the social incorporation of knowledge, narratives and the dominant rhetoric on crime. Its social legitimization is characterized by a strong ambivalence, however there is an evident discrepancy between the normative provisions commonly defining punishment[24] and the reality of its implementation and enforcement, but the two levels coexist without difficulty, interacting with each other and defining the essence of prison efficiency (Mosconi, 2002:364). Slavery was not characterized by such inconsistencies between the normative provision and its concrete implementation. The opportunity to own other

24. For example, the Italian constitutional bills, article 27 comma 4, said: "Punishment can not consist in treatment contrary to human dignity and it must aim to rehabilitate the offender".

human beings and exploit their labours was established by law, and so was their subordination on racial grounds, whereas the structural and institutional violence of prison is not contemplated in any legal provisions or in the dominant knowledge system. Carceral clawback is rooted in this ambivalence between the normative provisions and the reality of punishment. While law and political documents describe prisons as the institutions aimed to re-entry the prisoners into the society and to restore justice, there is no denying that 'prison in books' is completely dissimilar from 'prison in action', as described before. Still, this is enough to legitimize its existence despite reports of the harm done by this form of punishment and conflict management (Hulsman, 1974). The gap between prison in theory and in practice has been defended by taking a dystopian stance: a world without punishment would be worse than the 'perfectible' prison system. Prison is thus described as a necessary institution, despite the harm it causes, that societies need to deal with. Cohen's concept of a "state of (permanent) denial" (2000), well describes how societies deal with the social harm of prison, transforming the contradictory prison narrative into a homogeneous picture. Naming prison for what it really is – rather than for how politic and society see it – means recognizing its subordinating violence, and this is the first essential step towards an abolitionist approach. Advocacy work and campaigns for the abolition of prison need to produce a vision for social change. The challenge is to build frames of analysis and strategies that facilitate a genuine long-term system overhaul. Angela Davis said that the main challenge for the prison abolitionist movement is:

> To do the work that will create more humane, habitable environments for people in prison without bolstering the permanence of the prison system. How, then, do we accomplish this balancing act of passionately attending to the needs of prisoners – calling for less violent conditions, an end to state sexual assault, improved physical and mental health care, greater access to drug programs, better educational work opportunities, unionization of prison labour, more connections with families and communities, shorter or alternative sentencing – and at the same time call for alternatives to sentencing altogether, no more prison construction, and abolitionist strategies that question the place of prison in our future? (2003:103)

Davis makes the point that an abolitionist needs to face the ambivalence characteristic of prison. On the one hand, the harm it causes every day is undeniable and needs to be faced for what it is, both inside and outside the prison walls, in order to identify short-term goals for its prevention. On the other hand, the ultimate horizon to achieve should focus on a longer-term plan, involving both 'negative' aspects (the closure of existing prison

buildings), and 'positive' aspects (generating alternative projects to fill the gap). In this sense, deinstitutionalisation and abolitionism are not mutually exclusive strategies, but part of a combined approach in which radical reforms and deinstitutionalization are interlocked from the long-term abolitionist perspective. It is important to emphasize that working for change in the justice system demands more effort than in other areas because of the power of the legal institutions and their capacity to incorporate community and social concerns (Hannah-Moffat and Shaw, 2000).

An abolitionist policy should therefore target both the prison, both as institution and as system, and the aspects of society that permit its reproduction and permanence – not only the physical construction, but also what could be defined as society's *carceral attitude*. A routine use of detention absorbs other institutional functions[25], reproducing specific social, cultural and economic relations, just as happened in the case of slavery. So abolition is about putting an end not only to the use of an unjust institution, but also to the "practice of transformation in the here and now and the ever after" (Bassichis et alt. 2011: 43). In that sense, the work on Italian mental hospitals is an excellent example. The very concrete nature of prison abolitionist praxis can take shape within the relationship between the short-term and long-term goals. It is also an approach, a perspective, and a blueprint for action (Ruggiero, 2011:100) not merely ascribable to a process of deinstitutionalisation. Abolitionist movements need to address cultural and structural issues "that organize information and shape social practices" (Melucci, 1996: 41), leading to a shared political praxis inspired by contemporary and past experience. In essence, the Italian experience on deinstitutionalisation of mental hospital, as well as the American experience of slavery abolition, are excellent sources of inspiration for the advocacy work of the prison abolitionist, both in their successes and their perfectible aspects. Producing theoretical reflection on a political method could lead towards the definition of a clear, strong approach, enabling us to embark on a new path of action to overcome the prison punishment system.

6. A few final considerations

Most scholars describe the abolitionist approach by referring to its 'negative praxis', namely to do away with an existing system (prison in our case). In the literature, we can find two different models of pragmatic abolitionist strategy:

25. The gradual transformation of the welfare social control into penal social control is one the most relevant example. Wacquant, (2009) shows how penal-fare, as opposed to welfare, increasingly defines the way in which poverty is managed.

the so-called attrition model (Knopp, 1976), and the so-called selective model (Morris, 1995). According to the former, the function and power of prisons should be slowly worn down, gradually restraining and reducing the role of the prison system in society. Ruth Morris (1995) criticizes this approach and proposes the latter, selective model, according to which the use of imprisonment is abolished for certain categories of the incarcerated population (youth, women, etc.). Whichever model is chosen, the related negative praxis needs to be associated with a corresponding (often implicit) positive praxis to prevent the processes of preservation through transformation seen in the experience of the movements to abolish slavery. Inspiration for the praxis to set up positive project can be find in the experience of successful deinstitutionalisation process, like dismantle of the mental health institutions.

To conclude, the dichotomous tension characterizing the praxis of prison abolitionist movements – their short- and long-term goals, their negative and positive projects – should be the cornerstone of abolitionist advocacy and political actions. This approach can encourage the development of many different models suited to real-life, local situations, but nonetheless capable of engaging with the multiple facets of prison – not only the building for caging people, but also the immaterial nature of this institution. It is important to have a common platform for prison abolitionist movements so that a method can be devised to convert the theoretical frame into empirical practice. In essence, prison abolitionists should reinforce their negative projects to prevent the clawback effect, and – even more importantly – they should develop and share their positive projects. The need for communication, agreement on the goals, and support for each other's campaigns is crucial to ensure a homogenous narrative and a strong, common platform. This would help to spread the prison abolitionist principle, and to consolidate the activists' efforts into a real movement with a shared, and nonetheless flexible approach. Nevertheless, prison abolitionists need to engage with all those component of societies that resists, at different levels, to imprisonment (considering its both causes and consequences).

7. Reference

ALEXANDER, M. (2012) The New Jim Crow: Mass Incarceration In The Age Of Colour-blindness, New York: The New Press.

BALDRY, E., CARLTON, B. and CUNNEEN, C. (2015) Abolitionism and the paradox of penal reform in Australia: Indigenous women, colonial patriarchy and co-option. In Social Justice, 41 (3). pp. 168-189.

BARATTA, A. (2000) Prefazione, in Moccia S. (ed), La perenne emergenza: tendenze autoritarie nel sistema penale, Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.

BARBUI, C. and SARACENO, B. (2015), Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins? In The British Journal of Psychiatry Jun, 206 (6): 445-446.

BASAGLIA, F. (1987) Psychiatry inside out: selected writings of Franco Basaglia. New York: Columbia University Press.

BASSICHIS, M., LEE, A., SPADE, D. (2011) Building an Abolitionist Trans and Queer Movement with everything We've Got, in Stanley E. A., Captive Genders: Trans Embodiment and the Prison Industrial Complex, Oakland: AK Press.

BEN-MOSHE, L. (2013) The tension between Abolition and Reform, in Mechthild E. Nagel, Anthony J. Nocella (eds), The End of Prisons.: Reflections from the Decarceration Movement, Amsterdam-New York: Rodopi, pp. 83-92.

BOFFEY, P. (1984) Treating Mentally Ill: Trieste's Lesson, Published:. The New York Times. [online] Available at: http://www.nytimes.com/1984/01/17/science/treating-mentally-ill-trieste-s-lesson.html [Accessed 11 Feb. 2018].

BURSTOW, B. (2014) On Fighting Institutional Psychiatry With the "Attrition Model", [online] Available at: https://www.madinamerica.com/2014/07/attrition-model-psychiatry-abolition/ [Accessed: 16th Feb. 2018].

BULHAM, H. A. (1985). Frantz Fanon and the psychology of oppression, New York: Plenum Press.

CARLEN, P. (2002) Carceral Clawback: The Case of Women's Imprisonment in Canada, Punishment & Society, 4 (1): 115-121.

CHELIOTIS L., LIEBLING A. (2006) Race Matters in British Prisons, in BJ Criminology, March, 46 (2):286-317.

COHEN, S. (2000) States of Denial: Knowing About Atrocities and Suffering, London: Polity Press.

DAVIS, A. (2003) Are Prison Obsolete? New York: Seven Stories Press.

DAVIS, A. and SHAYLOR, C. (2001) Race, Gender, and the Prison Industrial Complex: California and Beyond, in Meridians, 2 (1): 1-25.

DICKENS, C. (1842). American Notes For General Consideration, London: Penguin Books (reprinted 2001).

DU BOIS, W. E. B. (1935) Black Reconstruction in America, 1860-1880, New York: The Free Press (reprinted 2013).

EARLE, R. (2013) Inside white: racism, ethnicity and social relations in English prisons, in Phillips, C., & Webster C. (Eds) New Direction in Race Ethnicity and Crime, Abingdon: Oxon.

FAKHOURY, W., PRIEBE, S. (2007) Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare, Psychiatry, 6(8):313-316.

FEEST, J. (2015) Abolitionism. Some Answers to Frequently Asked Questions in Sortuz, Oñati Journal of Emergent Socio-legal Studies, 7(2): 141-152.

GOTTSCHALK, M. (2015) Caught the prison state and the lockdown of American politics, Princeton: Princeton University Press.

HANEY, C. (2011) On the Origins of Hypermasculinity and Sexual Violence in Confinement American Criminal Law Review, 48 (1):21-141.

HANEY, C., BANKS, W. C., & ZIMBARDO, P. G. (1973), A study of prisoners and guards in a simulated prison. In Naval Research Review, 30: 4-17.

HANNAH-MOFFA, K. and SHAW, M. (eds) (2015), An Ideal Prison: critical essay on women's imprisonment in Canada. Nova Scotia, Canada: Fernwood Publishing.

HULSMAN, L. (1991), Alternative to Criminal Justice: Decriminalisation and Depenalisation. In Lasocik, Z. Platek, M. Rzeplinsk, I. (eds.) Abolitionism in History: Another Way of Thinking. Warsaw: Warsaw University Press.

KNOPP, F. H. (1976), Instead of Prison, California: Critical Resistance.

LIEBLING, A. (2007) 'Prison Suicide and its Prevention', in Jewkes Y. (ed) Handbook on Prisons. Cullompton, Devon: Willan Publishing, pp. 423-446.

MCLEOD, A. M. (2015), Prison Abolition and Grounded Justice, in UCLA Law Review, 26:1156-1239.

MELUCCI, A. (1996), Challenging codes: Collective action in the information age. New York: Cambridge University Press.

MORRIS, M (1976), Instead of Prisons: A Handbook for Abolitionists. Syracuse, NY: Prison Research Education Action Project.

MORRIS, R. (1995), Penal abolition, the practical choice: A practical manual on penal abolition. Toronto: Canadian Scholars' Press.

MORZYCKA-MARKOWSKA, M. DROZDOWICZ, E. and NASIEROWSKI, T. (2015) Deinstitutionalization in Italian psychiatry – the course and consequences Part I. The course of deinstitutionalization – the activity of Basaglia's group, Psychiatr. Pol., 49(2):391-401.

MOSCONI, B. (2002), La crisi post moderna del diritto penale, in Cacciari B. et al., Diritto penale Minimo, Doninzelli Editore.

OSHINSKY, D. M. (1996) Worse Than Slavery: Parchman Farm and The Ordeal Of Jim Crow Justice, New York: Free Press.

PAONE, S. (2011) Dal carcere in città alla città carcere, in S. Anastasia, F. Corleone (a cura di), La forma della pena. Architettura, urbanistica e politiche penitenziarie. Ediesse: Roma.

RUGGIERO, V. (2015), Utopian Action and Participatory Disputes. In Social Justice, Vol. 41 (3): 89-106.

RUGGIERO, V. (2011), An Abolitionist view of restorative justice. In International Journal of Law, Crime and Justice 39: 100-110.

SABO, D., KUPERS, T. A., and LONDON, W. (eds) (2001), Prison Masculinities, Philadelphia: Temple University Press.

SANTORSO, S. (2016), La città carceraria: spazio, comunità e processi di etnicizzazione, in Etnografia e Ricerca Qualitativa, vol. 2: 227-2248.

SANTORSO, S. (2012) Migration and detention: changes in Italian legislation, in No borders: immigration and politics of fears, E. Bell (ed.), Chambery: Universitè de Savoie Press, pp. 64-79.

SANTORSO, S. (2015) Nella pancia della balena. Appunti per una riflessione sulla quotidianità della violenza istituzionale in carcere, in C. Peroni & S. Santorso (eds.), 2015, Diritto, violenza e resistenza, Milan: Mimesis, pp. 107-124.

SCHEERENBERGER, R. (1987) A history of mental retardation: A quarter century of promise, Baltimore: Paul H. Brookers.

SCOTT, D. and CODD, H. (2010) Controversial Issues in Prison, Maidenhead: Open University Press.

SCRATON, P., (2000) Beyond the Moment of Abolitionism: Louk Hulsman1923-2009. In Journal of Prisoners on Prison 18(1-2): 1-9.

SHEERER, S. (1986) Towards abolitionism. In Crime Law and Social Change, 10(1): 5-20.

SIM, J. (1994) Tougher than the rest? Men in prison. In T Newburn and E. Stanko (eds) Just boys doing business? Men, masculinities and crime. London: Routledge, pp.100-117.

STEINMETZ, K. F. (2015) On Colonialism and Prison Reform: A Reflection on Political Economy and Race in [http://imaginingjustice.org/blogs/colonialism--prison-reform-reflection-political-economy-race/].

SYKES, G. M. (1958) The society of captives: a study of maximum security prison, Princeton University Press [reprinted 2001].

SZASZ, T. S. (1963) Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry Into the Social Uses of Mental Health Practices, 2nd ed., Syracuse: Syracuse University Press.

TOCH, H. (1998) Hyper masculinity and prison violence, in Lee H. Bowker (ed.), Masculinities and Violence, Sage, pp. 168-178.

YOUNG, I. M. (2005) The Logic of Masculinist Protection: Reflections on the Current Security State, in Marilyn Friedman (ed.), Women and Citizenship, New York: Oxford University Press, pp. 15-34.

Pesquisas do Editorial

Veja também Doutrina

- As plantas do jardim de Hulsman: discutindo o abolicionismo penal e o abolicionismo carcerário, de Luciano Oliveira – *RBCCrim* 129/285-320 (DTR\2017\384); e
- Da crítica à solução: a criminologia e as *community boards* como alternativas ao sistema penal, de Bruno Seligman de Menezes, Mateus Rech Graciano dos Santos, Vanessa Cerezer de Medeiros – *RBCCrim* 132/219-246 (DTR\2017\1430).