

**LEONARDO VASCONCELOS DE ARAÚJO**

**APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA AO LOUCO  
INFRATOR À LUZ DO DIREITO SANITÁRIO**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Graduação em Direito da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel.

Orientador: Prof. Dr. Raimundo Falcão Bezerra

Fortaleza  
2011



**LEONARDO VASCONCELOS DE ARAÚJO**

**APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA AO LOUCO  
INFRATOR À LUZ DO DIREITO SANITÁRIO**

Monografia apresentada à banca examinadora da Universidade Federal do Ceará, adequada e aprovada para suprir exigência parcial inerente à obtenção do grau de Bacharel em Direito, em conformidade com os atos normativos do MEC e pelo Regulamento da Monografia Jurídica aprovado pelo Conselho Departamental da Faculdade de Direito da UFC em reunião realizada em 28/11/2008.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Raimundo Bezerra Falcão  
Universidade Federal do Ceará

---

Prof. Me. Victor Hugo Medeiros Alencar  
Universidade Federal do Ceará

Este trabalho é dedicado a todos que, de alguma forma, ajudaram-me a encontrar novos caminhos.

## AGRADECIMENTOS

A meus pais, pelo trabalho e dedicação durante todos esses anos.

À Mariana, pelo amor, paciência e companheirismo.

A meus irmãos, os quais amo, por causa de nossas diferenças.

À Rosimeire (em memória), que esteve presente desde o primeiro momento.

Às minhas tias Lourdes e Tereza, pelos pequenos mimos e palavras de carinho.

Aos meus amigos da *La Peia*, pelos momentos mais engraçados da minha vida.

Ao Professor Falcão, pela cordialidade e pelo exemplo de vida.

Enfim, a todos que contribuíram de alguma forma para o final dessa pequena jornada.

“Os homens são tão necessariamente loucos que seria outra forma de loucura não ser louco.” (Pascal)

## RESUMO

A Reforma Psiquiátrica enfrentou o *status quo* representado pela instituição oficial do manicômio, que durante muito tempo guardou dentro de seus muros pessoas que representavam um incômodo para a sociedade. Infelizmente nossa tradição jurídica ainda não se deu conta desse fenômeno, e hoje há o que se pode chamar de uma incoerência axiológica dentro do ordenamento jurídico brasileiro, uma vez que o louco infrator continua confinado em espaços que pouco ou nada têm de terapêuticos. Este estudo, depois de esboçar a história da loucura, com base em Foucault, esclarece as origens do movimento de Reforma Psiquiátrica e suas posteriores conquistas. A seguir, discute o relacionamento entre direito e loucura, tratando dos avanços trazidos pelo Direito Sanitário, traçando ao fim um quadro geral da medida de segurança, de acordo com o Código Penal e o Código de Processo Penal. No último capítulo, faz-se uma análise da atual configuração da medida de segurança, em face da legislação sanitária, em especial a Lei 10.216/2001, a qual representou a positivação das reivindicações do movimento antimanicomial. A metodologia empregada consiste, primordialmente, em pesquisa bibliográfica e documental. Tendo como pano de fundo o resgate do princípio da dignidade da pessoa humana ao louco, verifica-se que tal incoerência axiológica precisa ser sanada, a partir da reinterpretação da medida de segurança, sob a ótica do Direito Sanitário, pois a Lei de Reforma Psiquiátrica, não fazendo qualquer discriminação, estende-se a todos os indivíduos portadores de transtornos mentais, tenham eles cometido ou não infração penal.

Palavras-chave: Medida de Segurança. Reforma Psiquiátrica. Manicômio Judiciário.

## ABSTRACT

The Psychiatric Reform faced the *status quo* represented by the official institution of asylum, which has long kept within its walls people representing a nuisance to society. Unfortunately our legal tradition has not realized this phenomenon, and today there is what might be called an axiological inconsistency within Brazilian legal system, since the insane offender is still confined in spaces not appropriate to treatment. Based on Foucault one sketches the history of madness and explains the origins of the Psychiatric Reform movement, as well as its subsequent achievements. It then discusses the relationship between law and madness, dealing with the advances brought by the sanitary laws, outlining a general framework of the Security Measure, according to the Penal Code and Code of Criminal Procedure. In the last chapter, one analysis the current status of the Security Measure in confrontation with health legislation, in particular the Law 10.216/2001, which represented the consolidation of the claims of anti-asylum movement. The methodology consists primarily of bibliographical and documental research. Having the rescue of human dignity to the mad as the main goal, it is clear that such axiological inconsistency needs to be fixed. This can be done parting from the reinterpretation of the Safety Measure from the perspective of the Law 10.216/2001, because it makes no discrimination between people with mental disorders, whether they have committed a criminal offense or not.

Key-words: Security Measure. Psychiatric Reform. Asylum Justice.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 UMA BREVE HISTÓRIA DA LOUCURA.....</b>	<b>13</b>
2.1 O “nascimento” da loucura.....	13
2.2 A psiquiatria entra em cena.....	18
2.3 O desenvolvimento da psiquiatria no Brasil.....	22
2.3.1 O caso Austregésilo Carrano Bueno e outros casos.....	26
2.3.2 A Reforma Psiquiátrica .....	29
<b>3 LOUCURA E DIREITO.....</b>	<b>35</b>
3.1 Constituição e princípios.....	35
3.2 O Direito Sanitário.....	38
3.3 A Lei 10.216 e a presente configuração do sistema penal no Brasil.....	41
3.4 Do conceito de crime e da imputabilidade .....	45
3.4.1 Caracterização da inimputabilidade: critérios biológicos, psicológicos e biopsicológicos.....	47
3.4.2 Causas de Inimputabilidade.....	48
3.4.3.1 Embriaguez ou intoxicação completa involuntária.....	48
3.4.3.2 Menoridade.....	49
3.4.3.3 Insanidade Mental.....	49
3.5 A Medida de Segurança: uma introdução.....	50
3.5.1 Fundamentos.....	51
3.5.2 Espécies.....	52
3.5.3 Estabelecimento.....	53

3.5.4 Duração.....	53
3.5.5 Extinção.....	53
3.5.6 Exame de cessação de periculosidade.....	54
<b>4 MEDIDA DE SEGURANÇA E REFORMA PSIQUIÁTRICA À LUZ DO DIREITO SANITÁRIO.....</b>	<b>55</b>
4.1 O Direito Sanitário e a Lei 10.216.....	55
4.2 A Reforma psiquiátrica e o Manicômio Judiciário.....	60
4.3 Medida de Segurança e Reforma psiquiátrica.....	67
4.4 A implementação da Reforma Psiquiátrica na execução das Medidas de Segurança – PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR (PAILIGO).....	73
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A loucura não possui um significado uniforme, uma essência que a defina. Antes de ser um fenômeno puramente biológico, ou a capacidade de vivenciar o que aos outros é velado, é fruto de uma construção histórica ao longo dos séculos. Por isso paira sobre ela uma névoa, uma indefinição semântica profundamente enraizada e definida pela própria dificuldade de entender esse fenômeno, que mereceu a atenção dos mais diversos tipos de saber, como a medicina, a psicologia, a filosofia e até mesmo o direito.

E apesar do preconceito e da desinformação ainda existentes, é possível afirmar que nas últimas décadas houve significativo avanço em direção a um novo olhar sobre a loucura e suas implicações.

No seio dessa virada epistemológica, podemos citar a Reforma Psiquiátrica como o movimento que veio a alterar radicalmente a compreensão que se tem da loucura, e de suas formas de tratamento.

Antes de isso acontecer, a história da loucura foi profundamente marcada pelos espaços de exclusão: no início, com os asilos e, posteriormente, com os hospitais psiquiátricos. Estes últimos representaram a crescente hegemonia da medicina como saber legítimo a compreender e tratar esse fenômeno. A partir daí, a loucura perdeu sua aura mística, passando a ser considerada um objeto de ciência.

A Reforma Psiquiátrica enfrentou o *status quo* representado pela instituição oficial do manicômio, que durante muito tempo guardou dentro de seus muros indivíduos - alvos de tratamentos desumanizadores e cruéis - que representavam um incômodo para a sociedade.

A partir, então, do questionamento da medicalização da loucura e de suas formas de tratamento, tal movimento surgiu como a tentativa de estabelecer um novo estatuto social ao louco, através do reconhecimento de sua humanidade e, portanto, de sua dignidade e individualidade.

Não resta dúvida de que muito ainda deve ser feito, mas é preciso reconhecer que a Reforma Psiquiátrica conseguiu conquistar muitos avanços positivos. Por outro lado, no que se refere aos Manicômios Judiciários, a situação pouco mudou. O louco infrator continua confinado em espaços que pouco ou nada tem de terapêuticos, assemelhando-se muito mais a prisões, onde não é incomum acabarem sendo vítimas do esquecimento do Estado, após longos anos de espera.

E como o direito está enfrentando essa nova realidade? Será seu instrumental normativo capaz atualmente de lidar com a construção de uma nova perspectiva sobre um antigo problema?

A experiência tem mostrado que não. Dados de 2009 do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) mostram que existem aproximadamente 3.900 pessoas em cumprimento do regime de segurança no Brasil, sendo que a grande maioria está confinada em instituições manicomiais, tendo os índices apontado para uma tendência de crescimento dessa população, pois em quatro anos houve um aumento de 40,93%, no período de dezembro de 2003 a dezembro de 2007.

Infelizmente nossa tradição jurídica ainda não se deu conta desse fenômeno e hoje há o que se pode chamar de uma incoerência axiológica dentro de nosso ordenamento jurídico, porque se por um lado a Reforma Psiquiátrica trouxe importantes vitórias na seara do direito sanitário, como a desmedicalização e a desospitalização da loucura, bem como o resgate da humanidade e da cidadania do louco, por outro vê-se que o direito punitivo manteve-se arraigado em um positivismo penal, que promove a exclusão louco em nome da defesa da sociedade, sob a justificativa, muitas vezes infundada, de que o louco é perigoso.

Nesse contexto, é importante estudar como o direito, mais especificamente o direito penal, vem reconhecendo os avanços traçados pela Reforma Psiquiátrica e em que medida os progressos relativos à matéria, que já podem ser verificados pela normatização de seus preceitos no direito sanitário, coexistem com a indiferença renitente da norma penal, particularmente no que tange à medida de segurança. Obviamente, essa discussão tem como pano de fundo, o resgate do reconhecimento da extensão do princípio da dignidade da pessoa humana ao indivíduo considerado louco.

## **2 UMA BREVE HISTÓRIA DA LOUCURA**

### **2.1 O “NASCIMENTO” DA LOUCURA**

Tentar definir a loucura – palavra que possui um viés bastante pejorativo, mas que será mantido ao longo do texto como será explicado mais a frente - não é tarefa das mais fáceis, ainda mais por causa da disputa existente entre os saberes que se propõem a estudá-la como fenômeno e o grande preconceito e desinformação existente na sociedade.

Se fosse pedido a um psiquiatra e a um psicanalista que definissem a loucura, certamente haveria respostas diferentes. Se essa mesma pergunta fosse feita a um psicólogo behaviorista, por exemplo, teríamos uma terceira resposta e assim por diante.

Portanto, trata-se de uma frente de batalha composta de soldados experientes e bem armados, território estranho a um estudante de direito. Por isso, sem procurar me posicionar na defesa de qualquer um dos lados, e também porque foge ao escopo do trabalho, passarei ao largo dessas discussões e tentarei traçar um esboço rápido sobre como a loucura e seu sujeito, o louco, os quais passaram a ocupar, nos nossos dias, um espaço que os singulariza, tanto nos discursos científicos, como na consciência popular.

Para traçar essa breve história da loucura, é essencial ter em vista o trabalho de Michel Foucault, pensador cuja obra contribuiu de uma maneira decisiva para entender o “nascimento” da loucura na sociedade ocidental e como paulatinamente ela foi tendo seu estatuto redefinido e moldado juntamente com o desenvolvimento da ciência, em especial dos saberes médicos, o que repercute diretamente na maneira como o saber jurídico tratou e trata a questão.

No livro ‘História da Loucura’, o filósofo vai mostrar como o discurso que elege a lepra como problema ocupa uma posição análoga a do discurso que torna a loucura visível, demarcando no que as diferencia as posições desses dois discursos, sem, contudo, sobrepor-los.

Durante toda a idade média, os leprosários ocuparam uma posição de destaque na sociedade européia, já que as cruzadas além de vitimar centenas de milhares de pessoas nos confrontos religiosos comandados pela Igreja Católica, também foi responsável pela proliferação da lepra e com ela os leprosários se multiplicaram.

Para se ter uma idéia, segundo Foucault, baseando-se em documentos históricos, na cristandade chegou a haver algo em torno de 19.000 leprosários. (FOUCAULT, 1978)

Somente a partir do final da Idade Média, fruto da política de isolamento dos enfermos e do fim das cruzadas, ocasionando a ruptura dos focos de infecção orientais, houve uma regressão significativa da doença por toda Europa.

Para se compreender o papel assumido pela loucura após esse período é necessário antes entender o espaço no qual a lepra estava circunscrita. Nessa época, em que a medicina começava a nascer, sendo antes entendida como prática do que como conjunto organizado de saberes, tal doença não era vista como objeto de tratamento e cura, mas como um mal derramado por Deus diretamente sobre a humanidade por causa de seus incontáveis pecados.

A lepra era vista e aceita como uma espécie de expiação em vida, devendo assim ser mantida dentro de um espaço sagrado, num gesto ritual ao mesmo tempo de punição e purificação.

Com sua regressão, os leprosários, representantes desses espaços de segregação, foram esvaziados. Não obstante, como afirma Foucault:

Aquilo que sem dúvida vai permanecer muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à imagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar a sua volta uma espécie de círculo sagrado. (FOUCAULT, 1978, p. 9)

Ou seja, o desaparecimento da lepra não levou consigo toda a estrutura solidificada para combater esse “mal”. Mais tarde os mesmos espaços onde antes ficavam confinados os leprosos, homens marcados por Deus, servirão para confinar em seus muros indivíduos à margem da sociedade - pobres, vagabundos, presidiários e alienados - a um só tempo objetos de uma política implícita de segregação social, conjugada ao projeto de reintegração espiritual desses sujeitos.

Ao final do século XV as doenças venéreas ocupam por um breve período o lugar dos leprosos, mas logo elas são colocadas junto com as outras doenças e os novos doentes são recebidos nos hospitais, tornando-se em pouco tempo assunto médico, muito em parte por causa da proliferação e o sucesso dos tratamentos desenvolvidos à época.

Antes de a loucura assumir o papel de legítima herdeira da lepra, o que, segundo o filósofo só viria a acontecer na idade clássica, no período entre o final da idade média e o início da idade clássica ela irá ocupar uma posição *sui generis*. Durante esse intervalo a loucura circulará, ambulante.

Era comum no período renascentista a existência de composições literárias que retratavam heróis em viagens sem destino, em cujo final lhe seriam revelados seus destinos. E assim surgem as ‘Naus dos príncipes e das batalhas de nobreza’, a ‘Nau das damas virtuosas’ e entre elas a ‘Nau dos loucos’.

Esta última, contudo, não só pertenceu ao terreno da ficção literária, como existiu de verdade. Os passageiros dessas naus que navegavam sem rumo, futuramente serão os mesmos a serem segregados do convívio em sociedade sob o signo muito vago e, sem dúvida ideológico, da loucura. Não à toa bêbados, errantes e pobres farão parte desta tripulação cujo destino é vagar pelas águas em busca de sua redenção, ritual de passagem para um outro mundo do qual dificilmente irão retornar.

Como destaca Salma Tannus Muchail:

A ambiguidade desta simbologia corresponde a ambiguidade da experiência renascentista da loucura, uma experiência que envolvia duas vertentes simultâneas: um lado trágico, fascinante e cósmico; um lado crítico, irônico e moral. (MUCHAIL, 1995, p. 34)

A experiência renascentista da loucura, assim como a Nau dos Loucos (MACHADO, 1988), reflete a inexistência de unidade expressa pelas formas plásticas ou discursivas. Aí a loucura aparece como saber; mas um saber exotérico, místico, de difícil acesso, uma experiência cósmica, graça sob o verniz de punição. O louco portanto, essa figura trágica, quase irreal, mostra-se como o portador de uma visão mais profunda da realidade, capaz de devassar suas camadas ilusórias até o núcleo de uma verdade pura e definitiva. A experiência da loucura, então, não era considerada como provocadora de um abismo entre a mente do louco e a realidade. Ao contrário, a realidade se revelaria no momento em que a loucura, arrebatadamente, levantasse a cortina de ilusões.

De outro lado, o discurso filosófico, literário ou moral procuravam deslegitimar a face trágica da loucura e suas experiências, e, a partir desse momento ela passa a ser objeto de crítica. Não um tipo de saber, mas apenas ignorância.

De acordo com essa consciência crítica, a loucura:

Não significa mais uma relação tão profunda com o mundo que é capaz de descobrir e revelar suas verdades mais secretas; pelo contrário, é a imposição de uma ordem subjetiva, apego exacerbado a

individualidade que afasta da ordem do mundo e a torna o outro da razão, da verdade e da sociedade. O louco passa a ser alguém que toma o erro como verdade, a mentira como realidade, a feiúra como beleza, a violência como justiça. Loucura é presunção, ilusão, desregramento, irregularidade da conduta, defeito, falta, fraqueza. (MACHADO, 1988, p. 60)

O fim da experiência renascentista da loucura é marcado pela superação do saber crítico sobre o saber trágico, quando então a razão começa a ocupar seu lugar de predominância, dando início a experiência clássica da loucura e à passagem da nau para os hospitais e destes para os asilos. A loucura, então passa a ser internalizada, a ficar circunscrita pelos muros dos hospitais, como parte de um fenômeno mais amplo de passagem da desordem irracional do trágico para a ordem da razão.

O discurso cartesiano, elevando a razão a marco ontológico, vai traçar por consequência uma fronteira bem definida entre razão e loucura, excluindo-a do pensamento e, portanto, atribuindo ao louco um espaço de não-existência, concretamente representado pelos asilos. Esse distanciamento entre loucura e razão, séculos mais tarde, ocasionará a absorção da loucura pela doença mental, num processo crescente de medicalização. Mas não nos adiantemos.

A construção dos Hospitais Gerais no século XVII corporifica o cisma entre razão e loucura. Assim, por toda Europa começam a aparecer instituições para internação, sendo utilizada para isso, muitas vezes, a estrutura dos antigos leprosários. Como ressalta Foucault (1978), da mesma forma que estes, os Hospitais Gerais não tinham a finalidade de estabelecer um processo de cura.

Mais uma vez, aqui se revela uma política implícita de eliminar das cidades indivíduos que pudessem oferecer algum risco ao funcionamento da ordem social. Assim como nas naus, os hospitais passaram a abrigar pobres, vagabundos, homossexuais, suicidas, prostitutas, juntamente com o que se pode chamar de pessoas de espírito transtornado.

Como ressalta Machado, na História da Loucura, Foucault esclarece:

que, na época clássica, as instituições que recebiam loucos, os critérios de internação, a designação de alguém como louco e sua consequente exclusão da sociedade não dependem de uma ciência médica, mas de uma “percepção” do indivíduo como ser social; que o estatuto de louco é conferido não pelo conhecimento médico, mas por uma “percepção social”, dispersa e produzida por diversas instituições da sociedade como a polícia, a justiça, a família, a Igreja, etc., a partir de critérios que dizem respeito não à medicina, mas à transgressão às leis da razão e da moralidade.” (MACHADO, 1988, p. 63)

De fato, essa política de higienização social, não excluía a percepção da loucura com um fenômeno real, mas antes procurava enquadrar na névoa conceitual em que esse termo se encontrava e ainda se encontra, os indivíduos marginalizados, transgressores da moral, a quem não se reconhecia o estatuto de cidadania.

Nesse espaço de confinamento aberto pelo período classicista, é onde a loucura será individualizada e isolada, trazendo para dentro da Idade Moderna uma identidade difusa, provocada pela associação de vários grupos heterogêneos enquadrados na grande categoria da loucura.

No entanto, (MUCHAIL, 1995) a apropriação moderna da loucura como alienação e posteriormente como doença mental não aconteceu em virtude de um desenvolvimento linear do conhecimento. Tratou-se antes de uma condição de possibilidade para a futura categorização da loucura como objeto da ciência.

Tampouco linear foi o percurso histórico da experiência da loucura no ocidente, havendo experiências discrepantes que afastam a urgência em tentar estabelecer uma visão simplista e monocromática da história. Como afirmado anteriormente, a experiência da loucura na modernidade não foi um passo necessário, um pressuposto para a medicalização da loucura e para o desenvolvimento de um processo de internação e tratamento, a partir do século XIX; foi antes de tudo sua condição de possibilidade.

Assim é que além dos Hospitais Gerais havia também hospitais comuns, onde os loucos eram internados com perspectiva de tratamento. Segundo Muchail (1995), nos hospitais as decisões procediam de julgamentos médicos e os loucos tinham o estatuto de “sujeito juridicamente incapaz”, enquanto que nas casas de internação as decisões ficavam a cargo de autoridades sociais e o louco gozava do estatuto de “sujeito social”, e, portanto, responsável por suas transgressões. Nesse sentido:

A hospitalização individualizada do louco nos hospitais comuns, durante a idade clássica, não foi avanço, rumo à modernidade, mas resíduo ainda de uma percepção medieval e renascentista em que a individualidade do louco era de algum modo reconhecida ainda que vagamente”. (MUCHAIL, 1995, p. 40)

No início do século XIX, superposta à experiência clássica da loucura, o louco será reconhecido também como incapaz, passando essa união a ser denominada de doença mental. Desse modo, a apropriação da doença como assunto médico aliada à prática social do internamento é que possibilitará a instalação da instituição manicomial, e a apropriação da loucura pelo saber psiquiátrico.

A partir dessa breve história da loucura, é possível ver como se deu a redução do conceito de loucura – palavra de significado tão rico, vasto e profundo – ao de doença

mental, significando tal redução o processo de incorporação da loucura ao campo de interesse do saber médico.

Desse modo, retomando a promessa feita no início do texto, a manutenção do termo loucura ao longo do trabalho procura demonstrar a impossibilidade da redução do conceito de loucura ao de doença mental, e além disso, resgatar o sentido trágico da loucura, sua natureza multidimensional, afastando o louco da condição de objeto para conferir-lhe o estatuto de sujeito e protagonista de sua própria existência.

## 2.2 A PSIQUIATRIA ENTRA EM CENA

A internalização da loucura no final do século XVIII e início do século XIX não tinha inicialmente como objetivo a cura dos internos. Ao contrário, os Hospitais Gerais eram antes de tudo espaços de segregação, onde os loucos eram retirados do convívio social pela ameaça que representavam à sociedade.

Eles não pertenciam a categoria de sujeitos, nem para o saber médico e muito menos para os leigos. Confinados em espaços incompatíveis com uma recuperação, ficavam presos por correntes ou então amontoados em celas pequenas, como animais cujas feições estranhamente lembravam a de seres humanos.

Para se ter uma idéia da espécie de tratamento a que esses homens e mulheres estavam submetidos vale a pena a transcrição do trecho a seguir relatando práticas cotidianas nas casas de louco na cidade de São Paulo, por volta da década de 1850, antes da medicalização dos hospícios:

...centenas de homens e mulheres se amontoavam em sete cômodos e, em suas crises de agitação, eram presos aos troncos em que se castigavam os escravos; a tentativa de evitar a temível promiscuidade sexual levava ao hábito de prender as mulheres ao leito com os pés atados e as mãos amarradas acima da cabeça, o que provocava sucessivas mortes por asfixia. (CUNHA, 1995, p. 46)

Inicialmente, foi contra esse estado de coisas que se insurgiu a psiquiatria, condenando o irracionalismo dessas prisões arbitrárias, conjugadas com a insidiosa prática da violência e da tortura, criando um ambiente avesso a qualquer possibilidade de tratamento. Nesse sentido, foi o emblemático gesto do alienista francês Pinel que durante a Revolução Francesa soltou os loucos de seu cativeiro em Bicêtre.

Como ressalta Paulo Jacobina (2008), esse gesto simbólico foi o grande marco da medicalização da loucura, transformando-a em assunto médico e seu tratamento em assunto moral. Nas palavras de Foucault:

O importante, portanto, não é o fato de as correntes terem sido arrancadas — medida que havia sido tomada em várias ocasiões já no século XVIII, e particularmente em Saint-Luke; o importante é o mito que deu um sentido a essa libertação, ao abri-la para uma razão inteiramente povoada de temas sociais e morais, de figuras já há muito tempo desenhadas pela literatura e ao constituir assim, no imaginário, a forma ideal de um asilo. Um asilo que não mais seria uma jaula do homem entregue à selvageria, mas uma espécie de república do sonho onde as relações só se estabeleceriam numa transparência virtuosa. (FOUCAULT, 1988, p. 522)

Ainda segundo o filósofo, sob o mito dessa libertação, houve uma série de operações que ao mesmo tempo organizaram o mundo asilar, os métodos de cura e a experiência concreta da loucura. A partir daí, a heterogeneidade característica das casas de loucos deu lugar a seu isolamento nos espaços de reclusão, o que permitiu a elaboração do objeto da psiquiatria, ou seja, a doença mental.

Nesse contexto, para Pinel, o médico seria uma espécie de orientador que, dentro de um ambiente cujas condições ele pudesse controlar, dirigiria a subjetividade do louco de forma a amoldá-la, para devolver sua razão ao estado natural. Todo o tratamento então se baseava na aproximação entre loucura e moralidade, pelo qual o médico imporia as verdades do mundo concreto ao intelecto enfermo do louco, devolvendo-lhe assim a sanidade perdida.

De acordo com Jacobina é aí que podem ser encontradas as bases para a concepção atual da loucura, em especial no direito penal:

Explicitam-se, pois, outros pressupostos que lastreiam a concepção contemporânea de loucura, notadamente no direito penal – a loucura como *inferioridade moral*, estado do qual as pessoas poderiam ser *trazidas de volta* ao rumo da *sanidade*, se afastadas das forças alienadoras da sociedade. Vale dizer, se perdessem a liberdade psicológica da loucura e fossem guiadas pela mão segura do alienista, não lhes restaria mais do que trilhar o caminho da normalidade. A cura, nessa concepção, seria o retorno ao estado ideal simbolizado pelo *homo medius* – o estado *normal* –, por mais metafísica que a noção de normalidade possa parecer, mesmo porque tanto a noção de *homem médio* quanto a noção de normalidade são apenas abstrações racionais. (JACOBINA, 2008, p. 47)

E assim a psiquiatria vai se impondo paulatinamente e se estabelecendo como discurso hegemônico sobre a loucura, sob o manto do combate sistemático às práticas odiosas e cruéis perpetradas nos âmbitos das casas de loucos. No entanto, contrariando esse enunciado, o qual se constituía como sua principal bandeira, a psiquiatria acabou apenas por substituir uma prática de controle por outra bem mais sutil.

Nesse viés, mais uma vez, o louco se viu afastado da condição de verdadeiro destinatário da política de internação para tratamento, uma vez que, não muito diferente

das arbitrárias internações em espaços incompatíveis com o tratamento, a proteção da sociedade desses indivíduos passou a ser o discurso justificador da intervenção dos alienistas e da ampliação das internações.

A partir desse momento a psiquiatria passou a deter de maneira concentrada o mandato sobre a exclusão social da loucura, agora lastreado não mais no irracionalismo e nas credices da Idade Média, mas sim no discurso científico, elevado a novo paradigma epistemológico.

Em outras palavras, o louco passou a ser alvo de um novo tipo de poder, baseado em uma nova justificativa, e a passagem dos Hospitais Gerais e das casas de loucos para os hospícios representou especificamente uma mudança tecnológica, sendo os açoites substituídos por choques elétricos e as correntes por camisas de força e sedativos.

A condição do louco continuou basicamente a mesma: a de um não-cidadão renegado a um não-espaço. Mais especificamente no que concerne ao louco infrator:

A partir do surgimento da psiquiatria com *status* médico e da própria criminologia, o Judiciário passa a realizar um trabalho que é muito mais do que simplesmente identificar a materialidade e a autoria de um delito e aplicar-lhe a respectiva sanção: trata-se de desenvolver um procedimento na busca do próprio móvel, das causas do crime, da sua reprovabilidade e da própria lucidez de seu autor. (JACOBINA, 2008, p. 48)

A psiquiatria se desenvolve junto com a criminologia e vai construindo as bases de seu estatuto científico, transformando-se em um discurso de verdade que passa a ser referencial para a construção do mito do louco dentro da estrutura penal e dos instrumentos jurídicos construídos a partir disso.

No livro *Os Anormais*, Foucault se debruça sobre a grande, confusa e indefinida família dos “anormais”, a qual não só marcou de maneira profunda a fase inicial da psicopatologia, como também representou o resultado de uma correlação com um conjunto de instituições de controle, com outros mecanismos de vigilância e subjugação. De acordo com o filósofo, os anormais se formaram a partir de três elementos, sem serem necessariamente concomitantes.

O primeiro deles é o monstro humano, correspondendo tanto a uma noção jurídica quanto biológica, caracterizada na Idade Média pelo homem com caracteres animais, pelas individualidades duplas no Renascimento e os hermafroditas nos séculos XVII e XVIII. O monstro humano, assim, pode se caracterizar por ser uma exceção à forma ideal da espécie, causando perturbações às regularidades jurídicas.

A seguir, é destacada a figura do indivíduo incorrigível, sendo mais recente que o monstro humano e contemporâneo do estabelecimento das técnicas de disciplina, as quais não são mais apenas determinadas pelas leis, mas pelo discurso de controle/poder que vigora no seio da sociedade.

Por último, vem a figura do onanista, surgido com as novas relações entre a sexualidade e a organização familiar. A disciplina sexual sobre o corpo passou a ser exercida de maneira contumaz em virtude da vinculação, encorajada pelo discurso psiquiátrico, entre masturbação e desvios psíquicos.

Essa normatização moral chancelada pela psiquiatria, baseada em seu novo status de saber científico, encontrou acolhida no âmago da justiça penal, como reflexo de uma manifestação mais profunda e velada de controle.

Para ilustrar seu ponto de vista, o filósofo abre o livro com uma discussão sobre dois laudos psiquiátricos absurdos sobre os quais se fundamentaram as condenações dos respectivos acusados/analizados. Para se ter uma idéia do conteúdo dessas verdades científicas irrefutáveis, vale a pena a reprodução do seguinte trecho:

É um ser deveras medíocre, do contra, de boa memória, encadeando bem as idéias. Moralmente, é um ser cínico e imoral. Compraz-se no estupro, é manifestamente esperto e reticente... Mas o traço mais característico do seu caráter parece ser uma preguiça cujo tamanho nenhum qualificativo seria capaz de dar idéia. É evidentemente menos cansativo trocar discos e encontrar clientes numa boate do que trabalhar de verdade. Aliás, ele reconheceu que se tornou homossexual por necessidade material, por cobiça, e que, tendo tomado gosto pelo dinheiro, persiste nessa maneira de se conduzir. (FOUCAULT, 2002, p. 9)

Nas palavras de Foucault, esses discursos de verdade que matam e que fazem rir é que estão presentes no âmago da instituição judiciária. O criminoso passa a ser assim julgado não só por suas ações, mas por sua personalidade, suas inclinações pessoais, tendo como parâmetro essa abstração que é da moral do homem médio, modelo que funciona como porta-voz dos valores da sociedade, como a medida de todas as coisas. Esse é um exemplo perfeito de como a ciência e sua pretensa isenção e objetividade podem ser utilizadas como discurso ideológico para justificar o conservadorismo.

É, portanto, nesse contexto que surge o conceito de periculosidade, o qual será discutido mais a frente, por ainda ser, mesmo com toda a construção teórica dentro do direito penal, o fundamento maior na aplicação da medida de segurança.

Outro aspecto importante a salientar, como afirma Jacobina (2008) é o fato de que, ao lado do desenvolvimento oficial da psiquiatria, outras experiências e outros discursos médicos surgiram, encontrando bastante ressonância na época, culminando no

surgimento da escola positiva de direito penal. E apesar de esses discursos estarem completamente desacreditados atualmente, traços da mentalidade desenvolvida pela referida escola, repleta de preconceitos e conservadorismo, ainda podem ser encontradas, ainda hoje, em muitos juristas.

### **2.3 O DESENVOLVIMENTO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL**

No Brasil, o caminho percorrido pela psiquiatria foi longo e cheio de percalços. Não é à toa que mesmo em pleno século XXI ainda existam aqui, mesmo com a reforma penal de 1984, espaços ainda não plenamente medicalizados para o tratamento da loucura, como é o caso dos manicômios judiciais.

Para recontar essa história é necessário, portanto, voltar aos primeiros tempos do Brasil colônia, a fim de entender o desenvolvimento de suas instituições de saúde, culminando com o monopólio da medicina sobre as práticas de cura, o que de fato se constitui em um capítulo de um processo mais amplo, no campo epistemológico, que foi a experiência do positivismo no ocidente e sua acolhida receptiva no Brasil.

Com efeito, a medicalização da loucura nesse lado dos trópicos foi precedida por uma fase em que a própria medicina ainda era vista mais como prática do que como saber científico.

Até o final do século XVIII não existiam escolas de medicina e as práticas de cura não se concentravam nas mãos de profissionais de saúde formados em escolas especializadas. Ao contrário, as práticas de cura eram, na verdade, mais do que isso; eram manifestações culturais que remontavam a práticas antigas, disseminadas pela sociedade, e evadas de religiosidade. Apesar de descreditadas pela medicina tradicional, tais práticas ainda podem ser encontradas em nossa sociedade, o que demonstra sua força e aceitação, existindo à margem do discurso científico.

Só no século XIX é que surgiram as primeiras faculdades de medicina, e apenas em 1881, no final da monarquia é que foi instituída a primeira cátedra de psiquiatria.

Como na França, quase cem anos depois do emblemático gesto de Pinel, o doutor João Carlos Teixeira Brandão, em 1881, inspirado pelo alienista francês, publicou veementes manifestos denunciando os maus-tratos perpetrados aos doentes mentais nos espaços asilares, à época o Hospício Dom Pedro II e o Hospício Nacional.

Jacobina (2008) propõe uma segunda leitura para esse gesto: a par da cruzada pineliana, o gesto do médico João Carlos Teixeira representava, na verdade, uma

disputa pelo monopólio da loucura com a Provedoria da Santa Casa de Misericórdia e as freiras católicas da Irmandade de São Vicente de Paula, correspondendo à luta pela medicalização dos espaços asilares.

De qualquer maneira, por trás do objetivo explícito de proteger os loucos da violência que se impunha por causa de sua condição, pode-se perceber uma tentativa de ampliação da capacidade de intervenção da psiquiatria.

Isso representou na realidade apenas uma nova forma de disciplina sobre o louco, bem como o refinamento dos pressupostos de internação e das estruturas de controle. As internações a partir de agora não se darão mais de forma arbitrária, mas serão lastreadas no saber científico ideologicamente isento, objetivo e fundadas no mito de que a ciência seria capaz de solucionar todos os problemas da humanidade. Nas palavras de Jacobina:

Note-se que o estado deplorável dos loucos, denunciado então pela medicina psiquiátrica como de responsabilidade dos não-médicos que aplicavam métodos *não-científicos* na sua lida com a alienação foi fundamentado, em grande monta, em um mito de eficácia científica que a história veio a *desconfirmar* em parte. (JACOBINA, 2008, p. 63)

Para ilustrar o que restou do discurso empunhado pela psiquiatria contra as práticas violentas e rudimentares empreendidas nos espaços de internação não medicalizados, é interessante observar o relato feito pelo escritor e jornalista Douglas Tavolaro descrevendo a rotina do Centro de Terapia Intensiva do Manicômio Judicial Franco da Rocha em 2001:

Centro de Terapia Intensiva, CTI. A designação é a mesma da área dos hospitais destinada à internação dos pacientes em risco. O drama de estar com a vida presa a tubos e aparelhos de respiração, lado a lado com a morte, no entanto, parece irrelevante se comparado ao que se passa no universo da CTI de um manicômio. A insanidade alcança aí seu último degrau. Não há mais portas ou saídas. A psiquiatria perdeu a guerra contra a demência e esgotaram-se os recursos da medicina. Seres humanos miseráveis, malvestidos ou nus expressam-se com gestos incompreensíveis. Canções religiosas. Códigos indecifráveis. Desespero ou a calma opressiva, mais angustiante do que a agonia dos agitados. A CTI é assim: a imagem da face caótica da loucura. (TAVOLARO, 2001, p. 88 - 89)

Contudo, antes de se tornar esse espaço sombrio e cruel, correspondendo em muitos casos a verdadeiras casas de horrores, as internações nos primeiros tempos eram bem vistas pela sociedade. Nesse sentido, Stedman-Jones, citado por Cunha (1995), ressalta que no centro da evolução teórica da loucura estava o temor do crescimento das cidades, e com ele a possibilidade de anonimato e de concentração da pobreza e do crime.

Cunha (1995) ressalta que concepções como a da monomania – surtos violentos em indivíduos saudáveis – foram ganhando destaque, tornando a loucura mais próxima e aumentando os limites do medo que representava, já que ela poderia estar instalada mesmo naqueles que aparentavam serem completamente normais.

Posteriormente, ela continua, ao longo dos anos 50 do século passado, a psiquiatria começou a definir a loucura como produto da degeneração, sendo transmitida por hereditariedade, acometendo especialmente homens e mulheres submetidos aos rigores da sociedade industrial. E atingiria também os portadores de comportamentos execrados pela sociedade burguesa e seu ideal de progresso e moralidade. Assim é que viciados em drogas, alcoólatras, homossexuais, muitas vezes, acabaram por se tornarem alvos dessa política de internação, com o apoio de grande parte da sociedade.

Confundida com degeneração, o conteúdo moral do diagnóstico da loucura era disfarçado por todo tipo de artifício pseudocientíficos, do determinismo social ao determinismo biológico.

As elites da época viam nas instituições asilares um espaço que deveria abrigar os indivíduos que não se adaptassem aos rigorosos padrões morais de uma sociedade em processo de europeização. Posteriormente esse tipo de discurso foi encontrando validade também entre as classes mais populares, submetidas às condições de vida de uma cidade em processo de industrialização, como era caso do Rio de Janeiro, o que tornava mais difícil a compreensão da diferença.

No panorama da República Velha, a organização social começou a ser disciplinada pelo surgimento de instituições e leis que regulavam o comportamento dos cidadãos. Nas palavras de Cunha:

A proliferação de instituições, legislação, campanhas educativas e toda uma série de iniciativas que, em nome da ordem e do progresso, investiam contra a desordem das cidades e o perigo corporificado nas classes populares foram marcas essenciais da sociedade brasileira na passagem do século. (CUNHA, 1995, p. 53)

A seguir a autora conclui que a penetração do discurso alienista foi facilitada, no caso específico do Brasil, pela absorção das práticas cotidianas pelo saber médico e continua para afirmar que “a rápida difusão do saber alienista deve ser olhada mais detidamente pelo prisma das dinâmicas culturais, capaz de revelar outras facetas da relação saber-poder.” (CUNHA, 1995)

Outro capítulo importante na história da psiquiatria no Brasil, como destacado pela autora, foi a fundação pelo médico Franco da Rocha, em 1895, do Hospital

Psiquiátrico do Juqueri no Rio de Janeiro, baseado nos postulados do alienismo europeu.

Como não poderia deixar de ser, o modelo instituído dentro dessa instituição asilar espelhava os valores de uma sociedade cada vez mais marcada pelo trabalho e pela acumulação de riquezas. Desse modo, o tratamento dos internos centrava-se na importância do trabalho como reabilitador do recluso, e, além disso, havia um sistema de promoção destes, algo como uma “carreira” asilar, a estimular a cooperação durante o tratamento.

O primeiro estágio era o hospício central, em que o interno ficava submetido a um regime de vigilância mais rígido. Depois de um tempo, que poderia se estender a meses ou até anos, o paciente poderia ser declarado curável ou incurável.

Sendo a cura considerada possível, o paciente era submetido as mais modernas formas de tratamento da época, não muito diferentes das credices condenadas pelo discurso científico de então, que iam desde a inoculação da malária em seu corpo, passando por hidroterapias, na forma de banhos quentes ou frios durante horas, até a traumaterapia, ou, em outras palavras, violência física pura e simples.

Por outro lado, caso o paciente fosse considerado incurável, seu destino era permanecer no asilo e cumprir todo o percurso a que seria submetido, trabalhando inicialmente em regime de colônia agrícola, semi-aberto e aberto. Tendo sucesso nessas duas etapas, o paciente atingia o fim do programa, quando eram colocados para prestar serviços nas terras de pequenos agricultores, os quais recebiam subvenção do Estado para tê-los trabalhando em sua propriedade de maneira gratuita e vitalícia. Ainda assim, eles não ficavam libertos da supervisão dos psiquiatras, sabendo que ao menor deslize seriam novamente internados para dar sequência ao processo de “cura”.

Mas nem todos os internos estavam sujeitos ao mesmo regime de tratamento. Representantes da elite paulistana, por exemplo, quando acometidos pelo mal da loucura, também eram alvos de internação. No entanto, recebiam tratamento diferente dos outros internos, e para o caso deles o trabalho já não servia para auxiliar na recuperação.

Analisando os dossiês médicos da época, Cunha (1995) traz o assustador relato de uma mulher negra que passou a vida inteira internada no Juqueri, embora não apresentasse nenhum sinal de loucura, simplesmente porque, de acordo com o psiquiatra, ela trazia em seus traços físicos a marca da degeneração da espécie humana,

por causa de seus lábios grossos, seios grandes e nariz largo, características que o médico atribuía apenas aos macacos.

Os exemplos de internações arbitrárias, baseadas em preconceitos sem o menor fundamento científico, pontuam toda a história da psiquiatria, tanto no Brasil como em outros lugares do mundo. Histórias de homossexuais que eram internados por exercerem sua preferência sexual, de mulheres que tentavam se rebelar contra a submissão a que estavam sujeitas, ou que extraíam prazer exacerbado do sexo, e até adolescentes acusados de se masturbarem com uma frequência acima do normal: tudo isso compõe o grande quadro das internações nesses espaços asilares, que muito além de configurarem um espaço de cura, representaram a idealização de uma instituição que, aliada a positividade do saber científico e sob o disfarce da cura, punia todos aqueles considerados transgressores da moralidade do homem comum: branco, cristão e europeizado.

### **2.3.1 O CASO AUSTREGÉSILO CARRANO BUENO E OUTROS CASOS**

A luta pela mudança no tratamento nas instituições asilares e o questionamento do modelo hospitalocêntrico foram resultado de incontáveis casos de violência e maus tratos contra os internos, fazendo dos manicômios verdadeiras casas de tortura, dentro das quais os laços com familiares e amigos eram completamente cortados, após anos de internação e esquecimento.

Assim, para ilustrar esse estudo e mostrar o quanto ainda deve ser feito é pertinente tratar de alguns casos emblemáticos, a fim de mostrar para aqueles que desconhecem o que acontece dentro dos muros dos hospícios.

Austregésilo Carrano Bueno era apenas um jovem de 17 anos, como tantos outros de sua idade. No entanto, teve o destino transformado para sempre, quando o pai descobriu na sua mochila um saco de maconha para consumo próprio. Assustado com o “vício” do filho, decidiu interná-lo. Durante três anos e meio, passando por diferentes instituições de internação, ele foi submetido a 21 sessões de eletro-choque e obrigado a ingerir grande quantidade de psicoterápicos. Como resultado, ele sofreu danos cerebrais irreversíveis, incluindo grande perda de memória, transformando-o em uma pessoa sem passado.

Carrano Bueno contou as experiências vivenciadas durante esse longo período de internação no livro “Canto dos Malditos”, o qual deu origem ao premiado filme

“Bicho de Sete Cabeças”. Nele, o escritor descreve a brutalidade do “tratamento” recebido e as marcas profundas que carregou pelo resto da vida.

Como forma de superação e para dar sentido a experiência por ele vivida, além da publicação do livro, foi integrante do Movimento da Luta Antimanicomial, combatendo a exclusão social, a discriminação dos doentes mentais e pregando a extinção dos manicômios e a adoção de uma modelo de tratamento psiquiátrico mais humano.

Representante nacional dos usuários na Reforma Psiquiátrica brasileira, em 28 de maio de 2003, foi premiado pelo Ministério da Saúde e pelo presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva por sua luta e empenho na construção da Rede Nacional de Trabalhos Substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos no Brasil.

No final, Carrano por sua própria força interior foi capaz de conviver com seus traumas e transformar seu sofrimento na luta pelo fim dos tratamentos cruéis nos manicômios. No entanto, a esmagadora maioria dos internos não tem a mesma sorte.

Aqui mesmo em nosso estado pudemos presenciar crueldade semelhante, mas dessa vez o final foi o pior possível.

No dia 1º de outubro de 1999, Damião Ximenes Lopes foi internado por sua mãe na Casa de repouso Guararapes, em Sobral/CE. Depois de três dias, ela retornou ao local para visitá-lo e encontrou o filho ensangüentando e com as mãos amarradas.

Irene Ximenes, no seguinte trecho, descreve o que Albertina Ximenes foi obrigada a presenciar:

Na segunda-feira seguinte, 04 de outubro de 1999, quando ela voltou para fazer visita, foi informada na portaria que ele não podia receber visita, ela se apavorou, e forçosamente entrou chamando por Damião, no pátio ele vinha em sua direção, cambaleando, com as mãos amarradas para trás, roupa toda rasgada, a mostrar a cueca, corpo sujo de sangue, fedia a urina, a fezes e a sangue podre. Nas forças nasais bolões de sangue coagulado. Rosto e corpo apresentavam sinais de ter sido impiedosamente espancado. Caiu nos pés de mamãe. Ele ainda conseguiu falar, numa expressão de pedido de socorro dizia: polícia, polícia, polícia... Ela colocou na boca dele um pouco de refrigerante, ele bebeu com tamanha sede, a sugar até a última gota.(sic)

Ao procurar o médico responsável, este receitou alguns medicamentos e horas depois a mãe foi avisada de que seu filho estava morto. Tendo suspeitado de que a morte de seu irmão se deu em decorrência dos maus-tratos por ele sofridos, Irene procurou as autoridades brasileiras, reunindo provas de torturas praticadas contra outros internos, mas estas permaneceram inertes e, então, ela denunciou o caso à Corte

Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos, recendo apoio de organizações não governamentais e de movimentos antimanicomiais.

Em decisão histórica, aquela corte condenou o Estado Brasileiro pela morte de Damião Ximenes. A decisão proferida, além da indenização, previa também o desenvolvimento de políticas públicas na área da saúde mental, incluindo a capacitação de profissionais e a melhoria das condições de internação.

Apesar de algumas melhorias e da instituição dos CAPES para tratamento ambulatorial dos doentes mentais, a situação nos Manicômios Judiciários pouco mudou, em que pese a positivação pelo Estado brasileiro das diretrizes orientadoras da Reforma Psiquiátrica.

Prova disso é o documentário intitulado *A Casa dos Mortos*, de 2009, filmado no Manicômio Judiciário de Salvador e dirigido pela antropóloga Débora Diniz, o qual narra do ponto de vista dos próprios internos a realidade a que estão submetidos.

Divididos em três atos, o documentário conta a história de três homens - Jaime, Antônio e Almerindo - considerados perigosos demais para viver em sociedade e que devido aos vários anos de internação perderam todos os seus laços afetivos. Para eles, o destino lhes reserva o caminho do suicídio, do interminável ciclo de internações ou da prisão perpétua nessa casa dos mortos.

O primeiro, Jaime, cometera quatro ou cinco homicídios, tendo sido internado por diversas vezes. Depois de seu último homicídio, cometido dentro do próprio Manicômio Judiciário, ele foi levado para uma ala isolada dos demais internos, onde cometeu suicídio.

A seguir, a película passa a contar a história de Antônio, que é novamente internado no Manicômio Judiciário para, como diz a enfermeira, receber tratamento. Ela tenta explicar-lhe que será encaminhado para avaliação médica e que, com o laudo em mãos, o juiz decidirá o que fazer com ele. No entanto, ele parece nada compreender.

Por último, é contada a história de Almerindo, o qual fora condenado por lesão corporal, por ter, injustificadamente, atirado uma pedra em uma pessoa. Por esse crime, ele ficou internado por quase trinta anos. No fim, ele não tinha mais amigos, lar ou parentes, e, dias depois, acabou morrendo dentro do próprio manicômio.

Assim como ele diversos internos são mantidos presos irregularmente, não recebendo o tratamento adequado para que possam voltar a viver em sociedade. Esses homens são exemplo do limbo surgido em consequência de sua dupla condição de louco e infrator. Desse modo, não são tratados nem como doentes, nem como presos comuns,

e na maioria dos casos, em total afronta aos princípios albergados pela Constituição, vêm-se aliçados do convívio de seus familiares e amigos por anos a fio, simplesmente porque a sociedade não sabe o que fazer com eles.

Em matéria escrita pelo jornalista Luciano Augusto, no ano de 2009, para o jornal Ceará Agora, sobre o relatório divulgado pelo Conselho da Comunidade da Comarca de Fortaleza, vê-se que situação parecida é vivenciada pelos internos do Manicômio Judicial Stênio Gomes, localizado no município de Itaitinga/CE, assemelhando-se em muito ao estado em que se encontravam os pacientes dos antigos hospícios, em sua maioria hoje já desativados.

Em trecho do documento destacado pelo jornalista lê-se que “não há qualquer resquício de unidade de tratamento médico-hospitalar”. Tampouco havia enfermaria para atendimento aos internos, nem aparelhos sanitários, pias, camas. Também não havia eletricidade nas celas, nem o acompanhamento de outros profissionais como psicólogos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas.

Mais absurdo ainda é o fato de que em 2009, oito anos depois da promulgação da Lei 10.216/2001, a conhecida lei da Reforma Psiquiátrica, contrariando todos os princípios nela positivados, foi constatado a existência de um homem preso dentro de uma jaula da unidade.

Constatou-se ainda a superlotação do referido manicômio, o qual tinha a capacidade para abrigar 106 internos, mas que no momento da visita abrigava 166, funcionando com 60% a mais de sua capacidade.

Na mesma reportagem, o jornalista revela que no dia 11 de novembro do mesmo ano, foi determinada a interdição da Colônia Agropastoril Amanari, mais uma vez por causa da superlotação e da falta das mínimas condições de receber os internos e prover-lhes um acondicionamento digno.

### **2.3.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA**

A atitude emblemática de Pinel de soltar os loucos de suas correntes demonstra o viés reformador da psiquiatria em seus primeiros tempos. Com efeito, no início ela levou a cabo a tarefa de humanizar o tratamento a que estavam submetidos os loucos, assim como a dar um sentido aquela internação por meio desse tratamento. Desse modo, a internação do louco no espaço asilar se justificaria no sentido de tentar recobrar-lhe a razão, cujo modelo era representado pela figura do psiquiatra.

Vê-se, portanto, desse modo que a palavra 'reforma' não é um termo estranho à psiquiatria. Nesse sentido, Tenório (2001) destaca que, segundo Pedro Gabriel Delgado, as tentativas de reforma permearam todo o século XIX, e na virada do século XX começaram a aparecer as primeiras críticas aos modelos asilares, o que serviu para a implementação de novas formas de tratamento, como foi o caso das colônias agrícolas.

A diferença, no entanto, entre essas iniciativas de reforma e o que se convencionou por nomear de Reforma Psiquiátrica, para Delgado, citado por Tenório (2001), reside no fato de que a crítica ao asilo deixou de visar o seu melhoramento para criticar os próprios pressupostos da psiquiatria.

No centro da Reforma Psiquiátrica brasileira, cujo início pode ser situado na segunda metade da década de setenta, estava a tentativa de resgate da cidadania do louco, como desdobramento de um contexto geral de luta pela redemocratização do país.

Segundo Tenório (2001) o fato de a cidadania poder ser localizada como valor organizador desse processo denota o caráter heterogêneo e multidisciplinar da Reforma, abarcando diversas áreas do saber e diferentes setores da sociedade.

Em um primeiro momento, ainda de acordo com o autor (2001), o conceito de cidadania, nascida no contexto da Revolução Francesa, excluía o louco das práticas sociais, uma vez que o cidadão era apenas o indivíduo dotado de razão e em plenas condições de honrar o contrato social, que permitia o convívio do homem em sociedade. Ao louco ficava reservado o espaço da desrazão.

Com Pinel, a exclusão social do louco adquiriu o sentido de reabilitá-lo para a vida em sociedade e, assim, ao mesmo tempo em que se passou a reconhecer sua cidadania formal, negou-se a ele atributo simbólico que definia o cidadão, ou seja, a razão que habilitaria o sujeito a respeitar o contrato social.

O autor também mostra que no âmago do movimento de Reforma Psiquiátrica, duas posições assumiram destaque.

A primeira delas entendia que a mudança de paradigma no tratamento da loucura deveria passar necessariamente por uma mudança no modelo da clínica, uma vez que ela traria em si a exclusão da cidadania do louco, bem como a normalização de seu comportamento, dirigido por um modelo muito obscuro de normalidade. Desse modo, a menos que houvesse uma mudança drástica no modelo da clínica, a loucura seria sempre abordada sob um viés de segregação.

Ocupando o outro campo da Reforma surgiu uma posição que não questionava as bases das instituições sociais que regulavam o lugar social do louco, mas apenas uma mudança de atitude em relação a ele dentro dessas mesmas instituições.

Bezerra Jr., citado por Tenório (2001), afirma, que tal oposição surgida no início do movimento de reforma acabou sendo esfumada pela complexidade que o movimento adquiriu, dando lugar ao invés disso a uma complementaridade de iniciativas.

Ainda no início da Reforma Psiquiátrica, mais especificamente em 1978, houve o surgimento de movimentos sociais em busca de melhoria nas condições dos pacientes psiquiátricos. Nessa época, constituiu-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por diversos segmentos da sociedade, como integrantes do movimento sanitário, associação de familiares, associações de pessoas que sofreram internações, sindicalistas.

O principal alvo das críticas era a violência praticada nos manicômios contra os internos, além da mercantilização da loucura, que tinha se tornado um lucrativo negócio. Como destaca Tenório (2001), o diagnóstico do modelo de prestação de assistência ao louco revelou uma articulação solidária, estabelecida pelos governos militares, entre a prevalência do sistema de internação asilar e a privatização da assistência, sob a forma de clínicas e “hospitais conveniados”, os quais recebiam verbas públicas. Em outras palavras, a política de estado no tratamento ao louco, legada em sua maior parte ao setor privado, estimulava um perverso esquema de internações e baixíssima eficiência no tratamento, uma vez que a quantidade de pessoas internadas era proporcional a quantidade de verba disponível.

Segundo estudo realizado pelo Ministério da Saúde “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil” de 2005, esse movimento capitaneou as críticas à hegemonia das redes privadas de assistência, culminando em uma crítica ao próprio saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico das internações, alcançando, como salienta Tenório (2001), grande repercussão, levando a luta para uma nova frente, ou seja, a da luta antimanicomial.

É preciso destacar que anterior a esse processo, em uma perspectiva mais ampla, como crítica ao sistema público de saúde durante o período ditatorial, houve o surgimento do movimento de reforma sanitária. As críticas feitas tinham um sentido reformador, uma vez que, segundo Tenório (2001) o aperfeiçoamento técnico e a

otimização do gerenciamento resolveriam o problema da precariedade da assistência da saúde e conseqüentemente do setor psiquiátrico.

Com o movimento de redemocratização, muitos dos arquitetos dessas críticas passaram a ocupar posições estratégicas na gestão pública. Contudo, conforme destacada Leal, citado por Tenório (2001), a transposição da teoria em prática mostrou-se problemática e as ações concretas acabaram não representando uma mudança significativa, continuando o asilo a representar o modelo institucional hegemônico.

Ainda segundo o autor, a questão manicomial permaneceu limitada ao aperfeiçoamento do atendimento oferecido e à ampliação do direito de acesso à saúde. Tenório (2001) destaca ainda, a par do amadurecimento alcançado em conseqüência das críticas feitas ao modelo privatista de saúde e às instituições asilares, três processos importantes no delineamento das principais características do movimento de reforma psiquiátrica. São eles: a) a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo; b) a iniciativa legislativa; e c) o surgimento de experiências institucionais bem sucedidas na formulação de um novo tipo de assistência.

No ano de 1987, por exemplo, segundo o estudo do Ministério da Saúde, intitulado *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil* (2005), foi realizado o II Congresso Nacional do MTSM, na cidade de Bauru, cujo lema era bastante significativo da ânsia por uma mudança estrutural, “Por uma sociedade sem manicômios”, e no Rio de Janeiro, no mesmo ano, a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Esta última representou um passo importantíssimo na mudança de paradigma baseado na instituição asilar, pois foi aí que teve início a “trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura”. (TENÓRIO, 2001)

Começou assim a surgir uma nova mentalidade no tratamento da loucura, bem como um novo horizonte de atuação, o qual, salienta o autor, baseava-se na preocupação com o “ato de saúde”, reunindo não só as instituições psiquiátricas, mas também a cultura, o cotidiano e as mentalidades.

A partir daí a crítica se aprofunda, indo questionar o próprio saber que legitimava a estrutura asilar e suas práticas de “cura”, sob a ótica da cidadania atribuída ao louco. Além disso, a convergência das críticas, juntamente com a articulação de vários setores da sociedade, conseguiu trazer o debate para o espaço público, passando a

ocupar um lugar estratégico na cultura, sob a denominação de “Movimento da Luta Antimanicomial”. Como salienta Tenório:

“Finalmente, a própria questão das estruturas de cuidado ganhou outra abordagem: não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que se exige rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases.” (TENÓRIO, 2001, p. 33)

Na seara legislativa, há que se destacar o projeto de Lei do Deputado Federal Paulo Delgado (PT/MG), que deu entrada no Congresso Nacional propondo a regulamentação dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, assim como a extinção gradual dos manicômios.

De acordo com Tenório (2001), em 1990, após ser vitorioso em votação na Câmara dos Deputados, o projeto original foi vetado pelo Senado, sendo aprovado em seu lugar dez anos depois, outro projeto, o qual perdeu muito em substância e efetividade em relação ao primeiro, havendo inclusive artigo que dava margem a construção de novos hospitais e a contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos.

Retornando para votação na Câmara dos Deputados, graças a pressão dos movimentos de reforma manicomial, tal artigo terminou por ser suprimido, e, finalmente, em 27 de maio de 2001, a Lei de Saúde Mental foi aprovada. Destaca ainda o autor que se a lei não proibiu terminantemente a reprodução do modelo manicomial, ao menos serviu para intensificar o debate na sociedade, popularizando a causa da reforma.

No âmbito das novas experiências no tratamento da loucura, o autor destaca as experiências, na década de oitenta, na casa de saúde Anchieta, na cidade de Santos, e no Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo.

A experiência santista teve seus fundamentos na ousadia política da administração municipal e no questionamento dos pressupostos conceituais da psiquiatria, constituindo-se em um programa de políticas públicas que visava superar o manicômio. A experiência paulista, de outro lado, inaugurou um novo marco de atenção em saúde mental, baseando-se de forma mais profunda em uma transformação da clínica, pelo qual “o objeto da ação atenção psiquiátrica não é a doença, mas a existência como um todo da pessoa assistida” (Tenório, 2001).

A partir do começo da década de 90, mais precisamente em 1992, começam a ser aprovadas nos estados, impulsionadas pelos movimentos sociais e inspiradas no Projeto de Lei do Deputado Federal Paulo Delgado, as primeiras leis que determinavam

a redução progressiva dos leitos psiquiátricos em prol de uma rede integral de atenção a saúde mental.

De acordo com o estudo do Ministério da Saúde (2005), ainda na década de 90, passam a entrar em vigor as primeiras legislações federais regulamentando a implementação de serviços de saúde diárias, baseadas em experiências anteriores com os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) e Hospitais-dias, assim com as primeiras normas para classificação e inspeção dos hospitais psiquiátricos.

A expansão dos CAPS e dos NAPS, apesar de se dar de forma descontínua, vem revelando a tendência no Brasil da substituição asilar por um novo modelo de tratamento, desvinculado dos moldes hospitalocêntricos

Ainda assim, a partir da leitura de Delgado, Tenório (2001) destaca que a redução de leitos psiquiátricos vem ocorrendo num ritmo maior que o da abertura de novos CAPS E NAPS, sendo este um dos problemas ainda a serem solucionados.

Por fim, nas palavras de Jacobina (2008), a Reforma Psiquiátrica tem por característica primordial o reconhecimento da cidadania do paciente no processo de busca de sua saúde mental, delineando-se pelos seguintes parâmetros:

- 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 da sua psicose;
- d) discussão do conceito de *cura* não mais como *devolução* ao paciente da *sanidade perdida*, mas como trabalho permanente de construção de um *sujeito (eu)* ali onde parece existir apenas um *objeto* de intervenção terapêutica (*isso*);
- e) denúncia das estruturas tradicionais como estruturas de repressão e exclusão;
- f) não-neutralidade da ciência;
- g) reconhecimento da inter-relação estreita entre as estruturas psiquiátricas tradicionais e o aparato jurídico-policia1.” (JACOBINA, 2008, p. 91)

### 3 LOUCURA E DIREITO

#### 3.1 CONSTITUIÇÃO E PRINCÍPIOS

Paulo Bonavides (2006) afirma que é tendência marcante do constitucionalismo contemporâneo a valoração e eficácia dos princípios como normas-chaves de todo sistema jurídico. Em outras palavras, os princípios atingiram o estatuto de verdadeiras normas, capazes de dar coerência ao ordenamento jurídico, fornecendo-lhe sentido, e sendo, por isso, de observância obrigatória.

Nesse passo, cabe constatar que, dentre os princípios mais importantes que permeiam toda a Constituição de 1988, está o princípio da dignidade da pessoa humana, ressaltado neste trabalho como parâmetro de análise do tratamento dado pelo ordenamento constitucional pátrio às pessoas tidas como portadoras de doenças mentais.

Contudo, antes de prosseguir no assunto, é importante, para entender o significado do princípio da dignidade humana nos nossos dias, esboçar em linhas rápidas um pouco da evolução do pensamento filosófico e político, que culminou, em última instância, no desenvolvimento semântico da própria expressão.

Para Ingo Wolfgang Sarlet (2006), a idéia do valor intrínseco atribuída à pessoa vem desde o pensamento clássico, passando pelo ideário cristão. Prova disso, é que a Bíblia, livro sagrado para várias religiões, traz a concepção de que o Homem foi feito à imagem e semelhança de Deus e que, portanto, seu valor adviria não de sua condição social, nível de instrução ou cor da pele, mas seria ontológico, ou seja, surgiria da própria essência do ser.

Por outro lado, na antiguidade clássica o atributo da dignidade não era estendido a todas as pessoas, como fez o pensamento cristão, mas dependia de questões anteriores, como classe social e o grau de poder que o indivíduo possuía dentro da comunidade. Para o pensamento estóico, afirma o autor (2006), a dignidade era atributo intrínseco ao ser humano, que como ser livre era plenamente responsável por seus atos.

Em Roma, esse conceito evolui e a dignidade passa a assumir duas dimensões: uma moral, e nesse sentido seria uma característica a ser merecida através da retidão de comportamento; e uma dimensão sociopolítica, dependendo da posição do indivíduo na sociedade.

Já no período medieval, ressalta o autor (2006), que, com Tomás de Aquino, a concepção ontológica de dignidade, a qual se baseava na crença de que o ser humano

teria sido criado à imagem e semelhança de Deus, desdobra-se na noção de que a capacidade de autodeterminação também seria atributo inerente à condição humana, e sendo assim o ser humano seria livre para agir, existindo em função de sua própria vontade.

No contexto do Renascimento, segue o autor, Picco della Mirandola, sem rejeitar a contribuição dos teóricos cristãos que partiam da idéia do homem como criação divina, destacava que, diferentemente dos outros seres vivos, o homem possuía uma natureza indefinida, cabendo-lhe desse modo a responsabilidade de ser seu próprio soberano.

Outro pensador que deu valorosa contribuição à noção de dignidade humana, continua o autor, foi o espanhol Francisco de Vitória que, mesmo no auge da colonização espanhola, afirmou o direito de serem os índios, em função de sua natureza humana e do direito natural, respeitados como sujeitos de direitos, na condição de proprietários de suas terras, e portanto em condição de negociar em igualdade com os espanhóis.

Mais a frente seguindo a linha histórica de evolução do conceito, Ingo Sarlet (2006) ressalta que foi a partir de Kant que se completou o processo de secularização da dignidade humana.

Kant, segundo o autor, não mais parte do pressuposto da origem divina do homem para justificar sua dignidade. A partir desse momento a autonomia da vontade, desdobramento da concepção do ser humano como racional, passa a ser o principal fundamento da dignidade conferida a ele.

Segundo Sarlet, o pensamento kantiano por sua racionalidade teve acolhida por grande parte do pensamento jurídico, tanto nacional quanto estrangeiro, em que pese algumas críticas que podem ser feitas a ele, quanto a padecer de um excessivo antropocentrismo.

Outro ponto de crítica, como bem ressalta Jacobina (2008), é que, fiel a suas raízes burguesas, o filósofo era categórico em afirmar que não deveria ser considerado cidadão quem não possuísse independência econômica. Como assinalado pelo autor (2008), para Kant o trabalhador doméstico, os trabalhadores de lojas, e, em outras palavras, todos aqueles que se enquadrassem na condição de operários - diferenciando-se dos artífices pela natureza de seu trabalho - não eram membros do Estado, tampouco cidadãos. Desse modo, todos aqueles que não dependiam da própria vontade para sobreviver estariam fora dos limites de abrangência da idéia de cidadania.

Nesse sentido, para Kant o louco, tanto por não ter capacidade de autodeterminação, como porque não poderia promover o próprio sustento estaria alijado da condição de cidadão, sendo no mínimo problemática a fundamentação filosófica da sua dignidade.

Mais problemático ainda é que, segundo Jacobina:

Mesmo as noções tradicionais de dignidade da pessoa humana e de cidadania (garantida na sua integralidade pelo art. 5º da Constituição Federal) revelam-se problemáticas quando se tenta aplicá-las àqueles tidos como *loucos*, como psicóticos, no plano da medicina tradicional. Ao tratar da questão da dignidade, os autores sempre buscam sua raiz na autonomia, na sua capacidade de raciocinar e de determinar-se de acordo com seu entendimento, sua livre vontade, sem ser compelido por forças externas. Nada se discute sobre a pessoa humana que tem sua capacidade de entendimento ou de determinação tolhida por forças internas. (JACOBINA, 2008, p. 96)

Ainda de acordo com Jacobina (2008) a questão da autonomia é um ponto importantíssimo no que toca à reforma psiquiátrica, já que a “falta” dela foi durante muito tempo a medida e justificativa do castigo imposto ao louco. Segundo o autor, esse é um termo que vem sendo discutido pelos autores que tratam da reforma psiquiátrica, tendo-se hoje chegado a conclusão de que a autonomia é um conceito mais quantitativo do que qualitativo, uma vez que, por mais estranho que isso possa parecer, somos tanto mais autônomos quanto mais dependentes somos em relação às coisas.

Mais à frente, Jacobina tenta resgatar a dignidade e a autonomia do louco dentro do próprio ordenamento jurídico, aproveitando o conceito constitucional trazido pelo artigo 1º, inciso V, da Constituição de 1988, que assegura o respeito ao pluralismo político. Nesse sentido, lastreado no núcleo do referido conceito, a expressão ‘pluralismo’, o autor afirma que o dispositivo legal supracitado “deve ser aproveitado para garantir-se que o respeito à cidadania e à dignidade dê-se essencialmente no plano do respeito aos múltiplos modos pelos quais a razão e a desrazão se manifesta” (JACOBINA, 2008, p. 97).

A seguir o autor afirma a necessidade da construção de um novo conceito de cidadania, que leve necessariamente em consideração a característica multifacetada e particular do fenômeno da loucura, baseada não somente em uma concepção rígida de normalidade e de racionalidade, como também matizada pelas diversas e belas maneiras em que a existência humana pode se manifestar.

Voltando os olhos para o tratamento que o nosso ordenamento jurídico dá a esse princípio, afirma Sarlet (2007) que o status jurídico-normativo da dignidade da pessoa humana dado pelo constituinte de 1988, inspirando-se no constitucionalismo espanhol e

português, não elencou tal princípio no rol dos direitos e garantias fundamentais, preferindo elevá-lo a condição de princípio jurídico-constitucional fundamental.

Isso não significa, entretanto, que a existência da dignidade humana só se dê à medida que o Estado a reconheça, mas, apesar disso, sua positivação no ordenamento jurídico brasileiro tem o condão de outorgar proteção a esse princípio, sustentáculo de toda sociedade democrática.

### **3.2 O DIREITO SANITÁRIO**

Traçando a linha evolutiva do conceito de saúde pública, Sueli Gandolfi Dallari (2003) afirma que este começa a se delinear no período renascentista, junto com o desenvolvimento do estado moderno. Nesse período, o Estado começa a se preocupar em prestar auxílio aos doentes pobres em suas casas e em hospitais, aumentando o poder de controle das cidades sobre a saúde de seus cidadãos, ou melhor, como diria Foucault, sobre seus corpos.

A experiência das epidemias elabora o conceito de perigo social, o que, segundo Berlinguer, citado por Dallari (2003), era utilizado muito mais como pretexto para controle das pessoas do que como medidas específicas e objetivas de controle e combate da doença.

Continuando, afirma a autora (2003) que a noção de saúde pública, como conhecemos hoje, começa a ganhar contornos mais definidos durante o período do estado liberal burguês, em fins do século XVIII. A assistência médica continuou a ser entendida como prestação a ser dividida com a comunidade sempre que as ações locais se mostrassem insuficientes. O estado assim passa a ter uma ação subsidiária, o que vem a ser o primeiro germe para formação de um sistema público de saúde.

Mas apenas a partir da segunda metade do século XIX é que, de acordo com Dallari (2003), a higiene se torna um saber social, ou seja, faz parte do âmbito de conhecimento da população em geral, e passa a assumir caráter de prioridade pelo Estado. São dessa época inúmeros trabalhos, que conforme o modelo científico vigente, revelam a relação direta existente entre as condições de vida da população e a sua saúde, o que implicou na preocupação de melhorar essas condições para as camadas mais pobres e, portanto, mais suscetíveis a doenças. Daí vem a idéia de prevenção, instrumento tão caro às políticas de saúde pública.

Já no século XX a proteção sanitária vira política de governo. No Brasil tem-se o exemplo da famigerada Revolta da Vacina ocorrida no ano de 1904. Aquela época capital da República, o Rio de Janeiro enfrentava sérios problemas sanitários. Decidido a modernizar a cidade o então presidente, Rodrigues Alves (1902-1906), deu plenos poderes ao prefeito Pereira Passos e ao médico sanitarista Oswaldo Cruz para executarem um amplo projeto de reforma urbana e sanitária. Esse projeto envolveu entre outras coisas a demolição de antigas construções, expulsando as pessoas de suas casas e forçando-as a morarem em cortiços na periferia da cidade, culminando, com a implementação de uma campanha de vacinação obrigatória, em uma revolta popular.

Nos últimos anos do século XX, principalmente em face dos fracassos da política de saúde pública em atender amplamente e com qualidade as demandas sociais por saúde, surgiu um novo modelo de política sanitária, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e de leis infraconstitucionais da maior importância.

Com efeito, a Constituição Cidadã em seu artigo 196, *caput*, garante que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Além de positivado em nosso ordenamento jurídico o direito à saúde merece especial proteção de tratados internacionais, como a Convenção de Viena, tratado internacional que regula a integração entre o ordenamento jurídico internacional e o ordenamento jurídico nacional.

Nesse passo, pelo fato de o Brasil possuir um sistema normativo que permite a integração de direitos protegidos por normas jurídicas de direito internacional, uma vez assinado determinado tratado internacional, este passa a ter força vinculante e obrigatória, implicando a violação de seus dispositivos em responsabilização do Estado infrator.

Além do artigo 196, o artigo 6º da Constituição de 1988 reconhece a saúde como um direito humano fundamental, incluído no rol dos direitos sociais nos seguintes termos: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

Vê-se assim que ao Estado cabe a garantia da promoção da saúde de seus cidadãos, por meio de ações concretas e efetivas. Além da dimensão objetiva, o direito à saúde possui uma dimensão subjetiva, que se manifesta sempre que um cidadão recorre ao judiciário para exigir do Estado a realização de medidas concretas para o restabelecimento de sua saúde. Dessa forma, em outras palavras, pode-se afirmar que o direito à saúde é tanto um direito social, elencado junto aos outros direitos sociais

trazidos pelo artigo 6º da CF/1988, como um direito cuja prestação pode ser imposta ao Estado por um cidadão ou pela comunidade.

O constituinte não deixou dúvidas quanto à importância do direito à saúde, elevando-o à categoria de direito fundamental. Para que esse direito fosse efetivamente respeitado no Brasil, a CF/1988 legou ao Estado o dever de protegê-lo, e, nesse sentido, o estado passou a produzir novas leis que trouxeram alguns avanços formais na prestação da saúde à população brasileira.

Podem ser citadas como exemplo de inovação legislativa no campo da saúde as leis 8.080/90 (dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento de outros serviços correspondentes); a lei 8.142/90 (dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde); e a lei 9.782/99 (define o sistema de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

Conforme afirma Jacobina (2008), duas das leis supracitadas (lei 8.080/90 e lei 8.142/90) são de especial importância na configuração do sistema sanitário brasileiro, uma vez que estabelecem princípios de direito sanitário, de todo harmônicos com a nossa Constituição.

Nesse sentido, o art. 198 da CF/1988 traz a definição do Sistema Único de Saúde como sendo um conjunto de ações e serviços de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, cabendo aos órgãos do poder executivo de cada ente federativo a organização e execução dos serviços de saúde pública. Além disso, em seus três incisos, o referido artigo lista as diretrizes que fundamentam a organização do SUS. São elas: a) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e c) participação da comunidade.

Além disso, das citadas normas infraconstitucionais reguladoras do sistema sanitário nacional, conforme síntese elaborada por Augusto César de Farias Costa, citado por Jacobina (2008), sobressaem-se os princípios de Direito Sanitário, quais sejam: a) a saúde como um direito; b) universalidade do atendimento; c) equidade, garantida a igualdade na assistência à saúde; d) integralidade da assistência, por meio da articulação de ações e serviços, individuais e coletivos; e) resolutividade, que significa a busca pelo aprimoramento no serviço de saúde oferecido à população; f) intersetorialidade, significando a interação com outros órgãos públicos no sentido de

provocar a articulação de programas e políticas de saúde que possam beneficiar a população; g) humanização do atendimento; e h) participação, garantia que permite aos cidadãos maior visibilidade e influência no processo decisório.

E é justamente dessa afluência legislativa, positivando-se a partir daí os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que vai nascer o Direito Sanitário, ramo do direito cujo interesse, segundo estabelece Sueli Dallari, é:

tanto pelo direito à saúde, enquanto reivindicação de um direito humano, quanto pelo direito da saúde pública: um conjunto de normas jurídicas que têm por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos que compõem o povo de determinado Estado, compreendendo, portanto, ambos os ramos tradicionais em que se convencionou dividir o direito: o público e o privado. (DALLARI, 2003, p. 48)

Dessa forma, pode-se afirmar que o Direito Sanitário se orienta no sentido de garantir a efetivação do direito à saúde como protegido pela Constituição, conformando-se de acordo com as exigências mais prementes da sociedade.

Na discussão sobre o Direito Sanitário e seus princípios, e na explicitação dos princípios do Sistema Único de Saúde é que o presente trabalho se justifica, já que como afirma Jacobina (2008) é do cotejo entre a aplicação da medida de segurança e o discurso ideológico sanitário que fica mais evidente o descompasso da legislação penal frente às novas diretrizes de saúde pública, no que se incluem os manicômios judiciários, reunidas nesse novo ramo do direito.

Uma das contradições mais evidente, por exemplo, como aponta Jacobina (2008) é o fato de os estabelecimentos onde são cumpridas as medidas de segurança serem considerados instituições hospitalares e ainda assim ligadas ao sistema penitenciário e não ao SUS, regendo-se, portanto, não pelos modernos princípios de saúde pública, mas sim pelos princípios que regem a execução penal.

No núcleo dessa contradição está a discussão sobre a natureza do instituto medida de segurança, como será discutido mais à frente. Desse modo, sem querermos nos adiantar, podemos afirmar que a medida de segurança, embora disfarçada de medida que vise recuperar o dito portador de doença mental para o convívio em sociedade, na prática se mostra como um instituto de caráter meramente punitivo, tão severa ou até mais do que a sanção penal pura e simples.

### **3.3 A LEI 10.216 E A PRESENTE CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA PENAL NO BRASIL**

A lei 10.216/2001, também conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, surgiu sob o abrigo das diretrizes e princípios que orientam o Direito Sanitário, tratando de elevar o louco a categoria de sujeito de direito, oferecendo-lhe especial proteção, através da transformação das antigas práticas de “cura”.

Como destaca Jacobina (2008), apesar de o diploma legal não prever expressamente proteção ao portador de doença mental que haja cometido uma infração penal, tal omissão não limita de forma alguma o âmbito de proteção da norma, já que isso se configuraria em imperdoável discriminação, ainda mais tendo em vista o artigo 1º da Lei 10.216/2001, que garante que:

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

Além disso, o artigo 2º traz um rol de direitos que incluem entre outros o direito de ser tratado com humanidade e respeito; de receber proteção contra qualquer tipo de abuso e exploração; à presença médica sempre que for solicitada; livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; de receber informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; de ser tratado em um ambiente terapêutico e da forma menos invasiva possível.

No entanto, como afirmado anteriormente, o caráter reformador da referida lei teve que ceder às pressões políticas e o texto aprovado acabou por perder muita de sua substância e efetividade em relação ao primeiro projeto, não proibindo de uma vez por todas a reprodução do modelo manicomial.

Nesse sentido, Jacobina (2008) ressalta que as legislações estaduais acabaram por ser mais precisas e avançadas que a legislação federal, prevendo, regra geral, a substituição dos hospitais psiquiátricos por outras formas de tratamento mais humanizadas. O autor cita como exemplo a emenda a Lei Estadual 12.151/1993, a qual dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros modelos assistenciais.

Vê-se, portanto, que, apesar de trazer uma série de avanços, o caráter reformador da lei de Reforma Psiquiátrica ainda não foi capaz de se impor como obstáculo final à reprodução do modelo manicomial, muito em razão da influência de grupos políticos conservadores, como dá notícia Augusto César de Farias Costa:

Como um Projeto que dispunha sobre a proteção, direitos e assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais, sofreu cerrado bombardeio de todas as correntes ideologicamente conservadoras. Essas correntes, associadas ao poder econômico dos poderosos proprietários dos hospícios privados brasileiros, aglutinados sob a bandeira da Federação Brasileira de Hospitais, tentou transformar seu caráter de inclusão, contemporaneidade e humanização e buscou manter no modelo assistencial a mesma feição hospitalocêntrica. Porém, antes mesmo de ser aprovada a Lei Federal, várias cidades e a maioria dos estados da Federação (PE; ES; RS; CE; RN; MG; PR; DF e outros em tramitação), além de contarem com seus núcleos da Luta Antimanicomial, já haviam aprovado suas legislações locais, guardando os mesmos princípios do Projeto que estava em tramitação, numa demonstração patente da vontade popular e da irreversibilidade do processo. (COSTA, 2003, p. 157)

Prova disso são os dados trazidos pelo autor no ano de 2003, pouco depois da promulgação da Lei 10.216/2001, que mostram que “apesar do importante acervo de mudanças que vem se operando desde a última década, com a redução de cerca de 37.000 mil leitos de internação psiquiátrica e criação de aproximadamente 266 Serviços Substitutivos, o modelo tradicional ainda prevalece.” (COSTA, 2003, p. 148)

Além disso, (COSTA, 2003) a implantação dos serviços destinados a substituírem as formas convencionais de tratamento estaria ocorrendo de forma aleatória, de acordo com a situação particular de cada estado. E é essa falta mesma de uma política uniforme de saúde mental que acaba por transformar as novas experiências em modelos pontuais e de certa forma isoladas, tornando possível a convivência entre essas novas experiências e as estruturas tradicionais de internação.

Contudo, em que pese o fato de não ter conseguido o alcance inicialmente previsto, a Lei 10.216/2011 trouxe uma série de avanços na mudança da compreensão da loucura, conferindo ao louco o estatuto de cidadão e de sujeito de direitos. No entanto, esses avanços entram em contradição com o tratamento dado ao louco infrator pelo sistema processual-penal brasileiro.

Como dito anteriormente, não resta dúvidas de que a legislação federal que versa sobre a Reforma Psiquiátrica também se aplica aos manicômios judiciários, onde aqueles ficam internados. Como ressalta Jacobina (2008) este assunto foi tratado no Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, por meio do qual se chegou a conclusão de que nos estados que possuísem manicômios judiciários, suas condições deveriam se adequar as do SUS, oferecendo um tratamento direcionado no sentido da humanização, desospitalização e desinstitucionalização.

No entanto, a par das novas diretrizes surgidas com a referida lei, o sistema penal ainda parece dar de ombros frente às inovações legislativas surgidas, no sentido de devolver a cidadania não só ao louco comum, mas também ao que cometeu uma infração penal.

Para tentar corrigir essa falha, Jacobina (2008) levanta a bandeira de que a lei de Reforma Psiquiátrica teria revogado a Lei de Execução Penal no que concerne a aplicação da medida de segurança, arvorado no que dispõe o artigo 5º da lei 10.216/2001. Esse artigo diz, em suma, que o paciente hospitalizado por um longo tempo ou que esteja dependente do ambiente institucional deve ser alvo de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial, sob a responsabilidade de autoridade sanitária competente, e supervisão de instância a ser definida pelo poder executivo. Em outras palavras, a liberdade do interno não estaria mais apenas nas mãos do juiz corregedor, o qual com base em laudo médico desfavorável poderia prorrogar a pena indefinidamente, mas teria apoio de uma política dirigida a efetivar sua reabilitação em um prazo determinado.

Sem querer entrar no mérito de discussões hermenêuticas, já que a Lei 10.216/2001 não traz nenhum dispositivo expressamente revogando disposições contrárias a ela, tanto no Código Penal como no Código de Processo Penal, o fato a ser realmente observado é que a doutrina pontua que a medida de segurança tem natureza terapêutica e preventiva, o que vai de encontro, destacadamente, com a sistemática de internação compulsória do louco.

Confessor Júnior aponta os inúmeros inconvenientes ocasionados ao se confundir ação terapêutica com medida de internação compulsória:

“Primeiramente, estaríamos diante de uma terapia *sui generis*, na medida em que é aplicada por um agente destituído de conhecimentos técnicos para lidar com o problema da loucura. Além disso, seria no ambiente manicomial (HCTP) que tal medida, sob um rótulo de sanção curativa, seria efetivamente aplicada, espaço juridicamente criado para dar conta de fenômenos extrajurídicos, desde que os magistrados "começaram a julgar coisa diferente além dos crimes: a alma dos criminosos" (FOUCAULT, 1987, p. 20).” (CONFESSOR JÚNIOR, 2010, p. 6)

Além disso, dita terapia, o autor continua (2010), efetiva-se dentro de um estabelecimento que compõe o sistema penitenciário brasileiro, conforme estabelece a própria Lei de Execuções Penais. Dessa forma, o tratamento oferecido pelo Estado ao louco acontece de fato dentro de uma instituição eminentemente punitiva, a qual pode

sem dúvida ser considerada como uma instância do conceito de “instituição total” elaborado por Goffman:

Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse dos seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de “fechamento”. Quando resenhamos as diferentes instituições da nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais “fechadas” que outras. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira com relação ao mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arames farpados, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais, e desejo explorar suas características gerais. (GOFFMAN, 1961, p. 16)

É exatamente aí que vai aparecer a discrepância destacada. Afinal, como se esperar que a medida de segurança possa atingir seus objetivos, ou seja, preventivos e terapêuticos, se o ato terapêutico, a começar pela obrigatoriedade da internação é cercado de violência? Como acreditar que o indivíduo sairá de um lugar assim pronto para viver em sociedade, se sua subjetividade é continuamente sufocada pela própria organização dessa estrutura que o coloca como objeto, isolando-o do convívio social e familiar?

De fato estas questões são da maior urgência e constituem na verdade o cerne da discussão em relação a aplicação da medida de segurança ao louco infrator, tendo em vista os avanços alcançados com a promulgação da, por diversas vezes aludida, Lei 10.216/2001. Uma vez que os manicômios judiciais continuam como herdeiros de um passado odioso de internação e isolamento, verdadeiro espaço de destruição do indivíduo, é preciso que a luta pela mudança de estatuto do louco infrator continue avançando, em respeito a própria Constituição e os direitos fundamentais nela assegurados.

### **3.4 DO CONCEITO DE CRIME E DA IMPUTABILIDADE**

Há diversas definições e conceitos de crime ou delito (MOLINA, 2002), que servem a diferentes propósitos e campos do conhecimento. Para o Direito Penal, por exemplo, há parâmetros objetivos, por exigências de legalidade e segurança, para se conceituar o crime, o que se faz através da disposição, em um texto legal, das condutas que, se praticadas, deverão ser punidas pelo Estado. Dessa forma, estando a conduta prevista em lei, caso seja praticada por qualquer pessoa, esta será automaticamente alvo da sanção estatal.

Por outro lado, para a Filosofia e para a Ética, por exemplo, o conceito alcança instâncias mais profundas, levando em consideração também elementos de ordem moral, ontológica e assim por diante.

Já para a Sociologia (MOLINA, 2002), não há propriamente o conceito de crime, mas de sim de conduta desviada. Desse modo, um comportamento praticado por um sujeito será considerado desviado na medida em que contrarie as expectativas sociais, inseridas dentro de um determinado momento e espaço. Para esse saber, mais importante que a tipificação penal, ou seja, a correspondência entre uma conduta praticada por um agente e a descrita no Código Penal, é o juízo social dirigido ao não cumprimento da conduta esperada.

Para a Criminologia, o delito é um fenômeno multifacetado, entendido não só no “como um comportamento individual, senão, sobretudo, como problema social e comunitário, entendendo esta categoria refletida nas ciências sociais de acordo com sua acepção original, com toda sua carga de enigma e relativismo.” (MOLINA, 2002, p 71)

Dessa pequena lista exemplificativa da variedade de conceitos de crime, iremos nos aprofundar no conceito de crime dado pelo Direito Penal, em virtude das implicações que tal conceito traz à questão ora estudada, repercutindo na própria noção de imputabilidade e nos fundamentos para a punição ao louco infrator.

A conceituação de crime para o Direito Penal passou por uma série de evoluções até chegar ao conceito aceito nos dias atuais, qual seja, o conceito analítico de crime.

No início do século XX (ZAFFARONI; PIARANGELI, 2004), segundo a teoria de Liszt, havia dois elementos a serem considerados no crime: um objetivo, ligado ao próprio injusto praticado, e outro subjetivo, ligado a questão da culpabilidade. Dessa forma, enquanto o injusto configurava-se com a prática de uma conduta socialmente danosa, a culpabilidade dizia respeito a causação psíquica do resultado, podendo assumir a forma de dolo ou culpa. Para essa teoria o que se devia investigar era a existência de dois nexos causais, sendo o primeiro físico e o outro psíquico, não havendo, no cerne do conceito de crime, qualquer distinção entre tipicidade e antijuridicidade, o que dava margem a possibilidade de haver condutas jurídicas e culpáveis que não eram tidas como delitos.

Por esse motivo, (ZAFFARONI; PIARANGELI, 2004) Ernst Von Beling, desenvolveu sua teoria do tipo penal, pela qual fazia distinção, dentro do injusto objetivo, entre tipicidade e antijuridicidade. A partir desse momento o delito passou a ser identificado como uma conduta típica, ilícita e culpável.

Anos mais tarde, com Edmund Mezger, continuam os autores (2004), deu-se o aperfeiçoamento do esquema que rompeu com o binômio “objetivo-subjetivo”. O injusto, assim, estaria identificado com um juízo de desvalor do ato, enquanto que a culpabilidade seria uma reprovação da conduta do autor, que poderia ter agido de outra forma, e não o fez.

A partir da década de 1930 - em oposição à teoria causalista da ação, a qual entendia a vontade como fazendo parte do conteúdo da culpabilidade, tornando a conduta vazia - foi desenvolvida na obra de Hans Welzel a chamada teoria finalista da ação. Por meio dela, passou-se a entender que a vontade não podia ser desvinculada de seu fim. No finalismo, para a configuração do delito, pressupõe-se a vontade deliberada do indivíduo de praticar a conduta entendida como delituosa. Em outras palavras, só terá relevância para o Direito Penal o ato quando praticado voluntariamente, já que sendo a vontade essencial para a caracterização do delito, estando ela ausente, não se pode falar em conduta, nem, em última instância, em crime.

Como ressaltado por Zaffaroni e Pierangeli (2004), a teoria finalista foi adotada sem maiores problemas no Brasil, a partir do ocaso do Código Penal de 1940, evoluindo para o conceito analítico de crime que se adota hoje em dia.

Nesse passo, o conceito de imputabilidade se torna essencial para a própria compreensão da aplicação da medida de segurança ao louco infrator, uma vez que tal conceito se relaciona com a própria noção de responsabilidade.

De fato, a imputabilidade diz respeito a capacidade de o agente ser responsabilizado pelo fato típico e ilícito por ele cometido. Nas palavras de Zaffaroni e Pierangeli:

A capacidade psíquica requerida para se imputar a um sujeito a reprovação do injusto é a necessária para que lhe tenha sido possível entender a natureza de injusto de sua ação, e que lhe tenha podido permitir adequar sua conduta de acordo com essa compreensão da antijuridicidade. (ZAFFARONI, PIARANGELI, 2004, p. 593)

Dessa maneira, a menos que o sujeito tenha condições de entender o caráter ilícito de sua ação e por meio desse entendimento possa balizá-la, não há que se falar em responsabilização penal.

### **3.4.1 CARACTERIZAÇÃO DA INIMPUTABILIDADE: CRITÉRIOS BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO E BIOPSIOLÓGICO**

Procura-se definir a imputabilidade penal por meio de três critérios, são eles: biológico, psicológico e biosicológico.

Pelo critério biológico, o agente é considerado inimputável, se presentes quaisquer das causas que diminuam ou mesmo anulem sua capacidade de autodeterminação (doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado e embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior), ainda que o autor fosse lúcido a época do crime.

Pelo critério psicológico, o que vai importar para efeito de imputabilidade penal é se no momento do crime o agente se encontrava apto a compreender o caráter ilícito de sua conduta e capaz de agir de acordo com esse entendimento, não havendo necessidade, para sua configuração, que a incapacidade tenha sido originada de uma causa mental anterior.

Por fim, pelo critério biosicológico, o qual foi adotado pelo CP, conforme se pode verificar da leitura do artigo 26, *caput*, para a configuração da inimputabilidade faz-se necessária a conjugação dos dois critérios anteriores. Em outras palavras, para a configuração da inimputabilidade é necessária tanta a existência de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, como a absoluta incapacidade, ao tempo da ação ou omissão, de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

### **3.4.2 CAUSAS DE INIMPUTABILIDADE**

#### **3.4.2.1 EMBRIAGUEZ OU INTOXICAÇÃO COMPLETA INVOLUNTÁRIA**

O artigo 28, §1º do Código Penal diz que é isento de pena o agente que por embriaguez completa, desde que proveniente de caso fortuito ou força maior, 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.

Em outras palavras, somente em caso de embriaguez involuntária está o comportamento do agente à sombra desta causa de inimputabilidade. Nesse caso, a embriaguez pode ser proveniente ou de caso fortuito ou de força maior. Por definição, o primeiro é um evento atribuível a natureza, enquanto o segundo é atribuível ao homem.

Um exemplo clássico oferecido pela doutrina para exemplificar o caso fortuito é o do sujeito que acidentalmente tropeça e cai em um barril de bebida, fazendo de

maneira acidental a ingestão do líquido ali presente. Para exemplificar a força maior, o caso do sujeito que é forçado a ingerir bebida alcoólica.

Em ambos, como já afirmado, isento está o agente de pena, uma vez que não tinha condições, por fatores independentes de sua vontade, de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Por outro lado, quando a embriaguez é causada pelo próprio agente, não importando se tinha ou não intenção de se embriagar, então ele deverá ser responsabilizado inteiramente por seus atos.

Há ainda que se falar, por fim, na hipótese de embriaguez preordenada, na qual o sujeito faz uso da bebida alcoólica com o fim de praticar um delito. Nesse caso, ela atua como circunstância agravante da sanção penal a ser aplicada.

#### **3.4.2.2 MENORIDADE**

Como exceção ao critério biopsicológico, adotado pelo sistema penal brasileiro, é considerado inimputável o menor de 18 anos. Nesse caso, adotou-se o critério puramente biológico, uma vez que se acredita que o menor de 18 anos ainda não está em plenas condições de entender por completo a gravidade de seus atos.

Em vista disso, conforme o artigo 27 do Código Penal e o artigo 228 da Constituição Federal, o menor de idade está isento de pena, sendo a ele aplicada, em caso de haver cometido infração penal, medida socioeducativa, a qual não possui teor punitivo, segundo previsão do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

#### **3.4.2.3 INSANIDADE MENTAL**

O artigo 26, *caput*, do Código Penal trata da hipótese do agente que é isento de pena em virtude de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, desde que ao tempo da ação ou omissão seja inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Como afirmado anteriormente, o Código Penal se valeu da conjugação de dois critérios para concluir pela inimputabilidade do agente nesse caso: a existência de uma doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado e a incapacidade de entendimento do caráter ilícito do fato.

Aqui, o critério adotado foi o biopsicológico, por meio do qual se entende que para ser considerado inimputável não basta a existência de doença mental ou

desenvolvimento mental incompleto, senão também que ao tempo da infração, o agente atue sem capacidade de vontade ou intelecção.

Sendo, portanto, constatado estar o autor nessa condição, por meio do conhecido incidente de sanidade mental, o juiz deverá absolvê-lo – trata-se da chamada sentença absolutória imprópria - e, com base no artigo 97 do Código Penal, a aplicar-lhe a medida de segurança (art. 386, V, do CPP c/c art. 97 do CP).

Caso o agente apresente doença mental ou desenvolvimento mental incompleto, mas não seja considerado inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo ele, o parágrafo único do artigo 26 do Código Penal prevê apenas uma redução de pena de um a dois terços.

### **3.5 A MEDIDA DE SEGURANÇA: UMA INTRODUÇÃO**

Cruz (2009) traça um histórico desse instituto. Segundo o autor, a medida de segurança pode ser considerada um acontecimento recente no Direito brasileiro, uma vez que somente com o advento do Código Penal de 1940 o instituto ganhou substância jurídica.

No entanto, antes disso, o autor prossegue (2009), a legislação pátria previa certas medidas de segurança, as quais eram tratadas como um tipo de pena ou de medida cautelar, presentes no Código Criminal do Império de 1830 e no Código Penal da República de 1890.

O Código Criminal do Império, por exemplo, como reflexo da nascente psiquiatria, marcadamente influenciada pelos ideais da Revolução Francesa, dispunha que os loucos eram irresponsáveis por seus atos, salvo se o crime fosse cometido nos intervalos de lucidez.

A simples constatação da loucura tornava o agente isento de pena, uma vez que sua condição o impedia de ser responsável por seus atos. Ainda segundo o autor (2009), tal diploma, considerado por muitos o primeiro Código Penal autônomo da América Latina, era reflexo dos postulados filosóficos do panoptismo, firmado por Jeremy Bentham; o pensamento da escola clássica italiana, representado por Cesare Beccaria; a estrutura jurídica do Código francês de 1810; e finalmente pelo Código Napolitano de 1819.

Continuando, com o surgimento do Código Penal de 1890, o destino do louco infrator – muito em razão de tal diploma legal não haver incorporado as inovações no campo da psiquiatria, como fazia a legislação penal dos países europeus – era ainda

incerto. Ele tanto poderia ser entregue aos cuidados da família, como ser internado em um hospital para alienados. Além disso, nessa época, a segregação do louco infrator, como hoje, também não possuía limites definidos.

Somente em 1913 (CRUZ, 2009), a partir do projeto de Código Penal desenvolvido por Galdino Siqueira é que surgiu a ideia de uma nova sanção penal, autônoma em relação à pena, a ser aplicada no caso do reincidente perigoso. Contudo, o projeto não logrou êxito.

Outro projeto formulado em 1927 recepcionou a ideia de periculosidade criminal de maneira limitada, abrangendo temas como habitualidade criminoso e medidas pós-delitivas, recebendo a denominação de “medidas de defesa social”. O caráter abstrato de periculosidade social, servindo de fundamento a aplicação de tais medidas, segundo Cruz (2009) fez com que surgisse uma nova categoria de delinquentes, ou seja, a dos que não possuíam capacidade plena.

Mais a frente, Cruz (2009) destaca também a consolidação das Leis penais de 1932, tendo como autor Vicente Piragibe, por meio da qual se previa a criação de manicômios criminais.

Entretanto (CRUZ, 2009), foi apenas a partir do Código Penal de 1940 que as medidas de segurança ganharam seus contornos atuais.

O atual diploma legal prevê dois tipos de medidas de segurança. Uma delas é a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, na falta deste, a internação em outro estabelecimento adequado. A outra possibilidade é a sujeição a tratamento ambulatorial. Isso está previsto no artigo 96, incisos I e II, do Código Penal.

Sendo submetido a internação, o artigo 99 Código Penal garante que o louco infrator deverá ser recebido, não em estabelecimento penal comum, mas em local dotado de características hospitalares.

### **3.5.1 FUNDAMENTOS**

Jacobina esclarece com propriedade o contexto teórico que deu forma a atual configuração da medida de segurança. Assim, para o autor, tal instituto jurídico tem seu surgimento vinculado “ao entrelaçamento novecentista entre as escolas penais positiva e clássica, bem como no desenvolvimento da confiança na capacidade premonitória da ciência e na mudança de paradigma judicial – o que Michel Foucault aponta como o momento em que os juízes passaram a fazer algo diferente de julgar.” (JACOBINA, 2008, p. 129)

Jacobina (2008) sugere que a medida de segurança representa o ponto de equilíbrio entre as escolas clássica e positiva, um caminho do meio entre elas.

Para a escola clássica, o fundamento da punição de um indivíduo estava calcado na questão da análise de sua responsabilidade subjetiva, representada pelo conceito de culpabilidade. Nesse sentido, somente seria objeto da sanção penal do Estado aquele que livremente escolheu descumprir o conteúdo da norma penal. Dessa forma, nos casos em que o sujeito não tinha consciência da ilicitude do fato, nem a capacidade de agir de acordo com essa intuição, não se podia falar em responsabilidade penal.

Por outro lado, para a escola positiva de direito penal o fundamento de punir se encontraria na necessidade de defesa social contra aqueles cidadãos, que estando mais propensos ao crime, punham em risco os valores da sociedade.

A medida de segurança então é uma espécie de síntese dessas duas vertentes (JACOBINA, 2008), já que a responsabilidade penal continua se baseando na culpabilidade - ou seja, na capacidade de o sujeito compreender quando seu agir infringe a norma penal, e assim agir de acordo com esse entendimento – com a diferença de que se leva em consideração, simultaneamente, no interior dessa análise, o conceito de periculosidade, espécie de previsão do futuro.

Nesse contexto, é esclarecedor o seguinte trecho:

Se, por um lado – como bem ressalta Foucault –, o direito penal nunca mais conseguiu julgar a responsabilidade de um indivíduo com base apenas na sua culpabilidade, por outro, ele ganhou legitimidade para julgá-lo com base apenas em sua periculosidade, excluído qualquer questionamento sobre sua culpabilidade. Fundou-se o binômio pena-culpabilidade, medida de segurança-periculosidade, no qual a pena sempre leva em conta a periculosidade, mas a medida de segurança não leva em conta, senão de forma acidental, a culpabilidade. (JACOBINA, 2008, p.130)

### 3.5.2 ESPÉCIES

De acordo com o artigo 96 do Código Penal são duas as espécies de medidas de segurança. Em caso de crime punível com reclusão, o sentenciado será encaminhado para um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, sendo-lhe aplicada medida de internação ou detentiva. Por outro lado, em caso de crime punível com detenção, a medida a ser aplicada será a ambulatorial ou restritiva.

Nos dois casos, deverá ser observado o disposto no artigo 99 do Código Penal que prevê que o internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento ambulatorial.

### 3.5.3 ESTABELECIMENTO

A espécie de medida de segurança a ser aplicada irá depender de escolha judicial. Caso seja determinada a internação, o sentenciado será encaminhado para um Hospital de Custódia e Tratamento. No estado do Ceará existem o Hospital Geral e Sanatório Penal Professor Otávio Lobo e o Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes. Quanto a outra modalidade, a restritiva, o juiz determinará o local a ser realizado o tratamento ambulatorial, sendo o sentenciado submetido a regime terapêutico em liberdade, além das condições a serem observadas.

### 3.5.4 DURAÇÃO

De acordo com a legislação que disciplina a medida de segurança, caso não advenha laudo pericial indicando a cessação de periculosidade do indivíduo internado, há a possibilidade jurídica de não haver limites temporais para a internação do louco infrator, o que vai de encontro a disposição constitucional expressa (artigo 5º, XLVII, b), garantindo a impossibilidade de haver em nosso ordenamento jurídico pena de caráter perpétuo.

Nesse sentido, Zaffaroni e Piarangeli afirmam:

Não é constitucionalmente aceitável que, a título de tratamento, se estabeleça a possibilidade de uma privação de liberdade perpétua, como coerção penal. Se a lei não estabelece um limite máximo, é o intérprete que tem a obrigação de fazê-lo.” (ZAFFARONI, PIARANGELI, 2004, P. 811)

Com vistas a sanar esse verdadeiro absurdo o Supremo Tribunal Federal decidiu, em sede de habeas corpus, que o tempo máximo de internação para os casos em que o agente é inimputável, deveria corresponder ao tempo máximo de reclusão previsto no diploma legal para os casos em que ele é penalmente responsável. Além disso, também foi decidido que em caso de doença mental superveniente, se esta não se extinguir antes da pena, a medida de segurança deverá ser extinta, com o posterior encaminhamento do interno para hospital psiquiátrico da rede pública.

### 3.5.5 EXTINÇÃO

Por ser uma medida de caráter terapêutico e não punitivo, a partir do momento em que se contata por meio de perícia médica a cessação de periculosidade do

sentenciado, este será liberado, devendo ficar submetido a um período de um ano de liberdade vigiada.

Daí, não havendo o liberado cometido nenhuma infração ou descumprido quaisquer das condições impostas na sentença de levantamento da medida de segurança, esta será efetivamente extinta.

### **3.5.6 EXAME DE CESSAÇÃO DA PERICULOSIDADE**

Findo o período mínimo de internação previsto na sentença que estabeleceu a aplicação da medida de segurança, o interno deverá ser encaminhado a avaliação médica por peritos da Comissão Técnica de Classificação.

Sendo o parecer favorável, seguindo as determinações estabelecidas pelo artigo 175 da Lei de Execução Penal, o juiz da execução decidirá pela cessação ou não da medida de segurança. Para tanto, ele se vale da prerrogativa do poder de livre convencimento do magistrado, não estando sua decisão vinculada ao conteúdo do laudo elaborado pela Comissão Técnica.

Há ainda a possibilidade de a perícia médica ser antecipada, desde que haja elementos justificadores, fazendo-se necessária, ainda, a provocação de qualquer das partes interessadas.

## **4 MEDIDA DE SEGURANÇA E REFORMA PSIQUIÁTRICA À LUZ DO DIREITO SANITÁRIO**

### **4.1 O DIREITO SANITÁRIO E A LEI 10.216/2001**

O direito à saúde, plasmado na Constituição Federal de 1988, é, indiscutivelmente, entre tantos outros direitos fundamentais implícita ou explicitamente garantidos, um direito da maior importância, sendo dever do Estado assegurar que qualquer cidadão seja por ele amparado.

Nesse sentido, a administração da saúde pelo Estado, planejando e implementando políticas, é um serviço público, prestado à coletividade através de um conjunto de textos legais que regulam a prestação desse serviço.

Por esse motivo, pode-se afirmar que o direito da saúde pública (DALLARI, 2003) nada mais é do que parte do direito administrativo, sendo uma especialização deste, destinada especificamente a regular a promoção da saúde pública em determinada sociedade, através de ações estatais que tem como norte os valores escolhidos pela própria sociedade, por meio de seus representantes eleitos. Ademais, por ser especialização do direito administrativo, a ele são aplicados todos os princípios orientadores da atuação estatal, por exemplo, o princípio da supremacia do interesse público sobre o particular e o da indisponibilidade do interesse público.

Contudo, a autora destaca que tal referência ao direito administrativo não captura de todo as nuances do direito da saúde pública, o qual possui singularidades manifestadas em sua aplicação:

ora são as atuações decorrentes do poder de polícia, ora a prestação de um serviço público, ora, ainda, um imbricamento de ambos, como no caso da vacinação obrigatória realizada pelos serviços de saúde pública, que visam, principal ou exclusivamente, promover, proteger ou recuperar a saúde do povo. (DALLARI, 2003, p. 48)

Com efeito, referida atuação estatal - abrangendo, segundo o artigo 196 da Constituição, políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação - é realizada no Estado brasileiro por meio do SUS (Sistema Único de Saúde), o qual pode ser definido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) como “instituição-organismo de direito público que reúne os instrumentos para que o Estado brasileiro desenvolva as atividades necessárias para a garantia do direito à saúde no Brasil.”

Diante desse contexto legislativo e doutrinário, pode-se afirmar que o direito sanitário (DALLARI, 2003) abrange tanto o direito à saúde, como reivindicação de um direito público subjetivo, quanto o direito da saúde pública. Assim, o direito sanitário seria:

um conjunto de normas jurídicas que têm por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos que compõem o povo de determinado Estado, compreendendo, portanto, ambos os ramos tradicionais em que se convencionou dividir o direito: o público e o privado. (DALLARI, 2003, p. 48)

Relativamente novo, esse ramo do direito é fruto das diversas legislações surgidas com o intuito de balizar a atuação da administração pública no que concerne à promoção da saúde. Nesse contexto, podemos citar importantes legislações como a Lei nº 8.080/90, a Lei 8.142/90, a Lei 9.782/99 e assim por diante.

A Lei 10.216 faz parte desse conjunto, surgindo como corolário dos princípios que dirigem a saúde pública no Brasil. Tem especial relevância, no presente estudo, por tratar da proteção e dos direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais, produzindo uma transformação significativa no modelo de assistência prestado a essas pessoas, contemplando muitas das reivindicações defendidas pelos movimentos de luta antimanicomial.

Essa legislação, promulgada no ano de 2001, finalmente positivou diretrizes e princípios que por décadas fizeram parte da bandeira de luta dos movimentos antimanicomiais, reformulando (DA SILVA, 2009) o modelo de atenção a saúde mental, pela mudança do modelo hospitalocêntrico - baseado na internação dos loucos por períodos de tempo indeterminado, causando a ruptura de todos os seus laços afetivos e familiares – por uma rede de atenção psicossocial, tendo por estrutura unidades de serviços comunitários e abertos.

Para tanto, além de outros modelos assistenciais desenvolvidos a partir da segunda metade do século passado (COSTA, 2003), é importante destacar o papel da Declaração de Caracas de 1990, servindo como mais uma etapa na evolução da compreensão e do tratamento dado ao fenômeno da loucura. Proclamada durante a “Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde”, em promoção conjunta com a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), a OMS (Organização Mundial de Saúde) e a ONU (Organização das Nações Unidas), ela (COSTA, 2003) reafirmou a tendência ocorrida no mundo inteiro no sentido de provocar mudanças concretas no modelo assistencial oferecido ao louco.

Pela influência provocada na posterior legislação atinente à proteção dos direitos dos loucos e ao redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, vale destacar o conteúdo da declaração, a qual consiste em seis pontos:

1. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidado e tratamento devem:
  - Salvaguardar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
  - Estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
  - Propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário.
4. Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que:
  - Assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais;
  - Promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação;
6. Que as Organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam acordada e solidariamente a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometam pela promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais.

Esses pontos funcionam como diretrizes ou princípios gerais, os quais, em suma, apontam para uma revisão da hegemonia hospitalar no tratamento do louco; para o papel relevante a ser exercido pelos serviços comunitários na rede de saúde mental; para a reafirmação dos direitos humanos, e para que as internações, quando necessárias, sejam realizadas nos leitos comuns dos Hospitais Gerais, em detrimento dos Hospitais Psiquiátricos.

Seguindo os princípios defendidos na Declaração de Caracas, a Lei 10.216/2001 representou o repúdio aos antigos manicômios, exemplos fidedignos do que seria uma instituição total, onde, segundo Goffman (1961), o indivíduo muitas vezes é submetido continuamente a degradação e mortificação de sua subjetividade, através de processos padronizados e intencionais, como os famigerados “procedimentos terapêuticos” aplicados aos pacientes nas instituições asilares, os quais, dentro outros, consistiam em eletroconvulsoterapia (descargas elétricas de alta voltagem aplicadas nas têmporas do paciente, na maioria das vezes sem anestesia); no uso contínuo e prolongado de

sedativos, os quais acabavam provocando dependência química e submetendo o interno a um constante estado de letargia; no uso de camisa de força; no isolamento punitivo; em açoites, e toda sorte de torturas e maus tratos.

A partir dela, foi institucionalizada a mudança de paradigmas tanto teóricos quanto práticos na compreensão da loucura, e muitas das reivindicações defendidas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, desde 2001 encontram-se asseguradas por lei. Ao mesmo tempo em que o louco deixa de ser entendido como objeto, algo menos do que um ser humano, ele tem de volta sua condição de cidadão, merecendo, portanto, todas as garantias constitucionais asseguradas às demais pessoas que não partilham de sua particular condição.

Além disso, a internação, apesar de não ter sido completamente abolida, ocupa agora uma posição secundária, tendo aplicação somente em último caso, apenas se as demais alternativas se mostrarem insuficientes. Outra questão importante, também, que passou a ser regulada pela Lei 10.216/2001 é a relativa ao período de tempo em que o paciente ficava internado. É o que diz o artigo 4º da referida lei:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no §2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Antes dela, eram comuns os casos de pacientes que ficavam internados nos manicômios por anos a fio, isolados do contato da família e dos amigos, muitas vezes sob justificativas que pouco tinham de científicas. Os relatos aludidos no primeiro capítulo deste trabalho ilustram bem ilustram o mal praticado contra essas pessoas marginalizadas, as quais, por tempo demais, permaneceram invisíveis aos olhos do Estado e da sociedade.

Agora, contudo, a internação, além de ser tomada como uma medida excepcional, está limitada aos casos de surto, e apenas durante o período em que tiverem duração. E, sendo necessária, tal internação se dará não mais nos antigos Hospitais Psiquiátricos, mas sim nos leitos comuns dos Hospitais, ou, não havendo espaço, nos leitos situados na ala de tratamento psiquiátrico. Os CAPS (Centro de

Atenção Psicossocial) passam a ter papel de destaque nesse movimento em direção a substituição dos hospitais psiquiátricos, tendo por função:

prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 27)

O artigo 1º da legislação em estudo trouxe um importante avanço, na medida em que assegurou aos portadores de transtornos mentais o estatuto de sujeitos de direito, não fazendo qualquer espécie de discriminação, senão vejamos:

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

O artigo 2º, por sua vez, é um dos dispositivos legais mais importantes, uma vez que traz em seu parágrafo único um elenco de direitos, os quais, além dos direitos fundamentais já garantidos na Constituição, vêm reforçar a garantia de que o louco tenha acesso a um tratamento digno e humanizado do sistema de saúde, condizente com todas as suas necessidades; de que sua recuperação se dê pela sua reinserção na família, no trabalho e na comunidade; de que seja protegido de qualquer forma de abuso e exploração; do sigilo das informações prestadas durante o tratamento; da presença médica, a qualquer tempo para esclarecer a necessidade ou não de sua internação involuntária; de livre acesso aos meios de comunicações disponíveis, evitando a sensação de encarceramento; de receber o maior número de informações possíveis a respeito de sua condição e forma de tratamento; de ser tratado em um ambiente terapêutico pelos métodos menos invasivos possíveis, de preferência os serviços comunitários de saúde mental.

Mediante todos os esforços empreendidos, conseguiram-se bons resultados na transformação do modelo assistencial em saúde mental. De acordo com dados do Ministério da Saúde (2011), o número de unidades de CAPS existentes no país passou de 295, em 2001, anos de promulgação da lei de Reforma Psiquiátrica, para 1650 em 2011, recebendo destaque a Região Nordeste, onde houve um crescimento significativo de unidades, alcançando um índice de cobertura assistencial considerada muito boa. Além disso, ainda segundo estes dados (2011), no período entre 2002 e 2010, houve um

claro processo crescimento dos gastos extra-hospitalares e a respectiva diminuição dos gastos hospitalares.

Não resta dúvida de que muito ainda deve ser feito, mas fica evidente que a Reforma Psiquiátrica, apesar de todas as dificuldades, vem conseguindo conquistar avanços positivos. Por outro lado, no que se refere aos Manicômios Judiciários, a situação pouco mudou. O louco infrator continua confinado em espaços que pouco ou nada tem de terapêuticos, assemelhando-se muito mais a prisões, nos quais não é incomum acabarem sendo vítimas do esquecimento do Estado, após uma longa espera que pode chegar a décadas. É o que será discutido no tópico a seguir.

#### **4.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E O MANICÔMIO JUDICIÁRIO**

Nos séculos XVI e XVII (CORREIA, 2007), os Hospitais Gerais surgem como espaços de segregação não só da loucura, mas também de toda uma tipologia de marginalizados pela sociedade, sem o objetivo de se afirmar como um espaço de cura. Ao contrário, funcionavam como uma espécie de depósito humano, com o só propósito de evitar que os indivíduos inadequados a ordem social pudessem circular livremente pelas cidades.

Mais tarde, no século XVIII, em virtude do triunfo do ideário iluminista, culminando na Revolução Francesa, começou-se a discutir a arbitrariedade das internações, e principalmente os maus tratos a que eram submetidos os internos. Como já discutido anteriormente, essa crítica resultou no simbólico gesto pineliano de libertar os loucos de suas correntes, dando início a um movimento de reforma da compreensão da loucura, que se estendeu por outros países.

A origem do manicômio, portanto, está ligada ao surgimento da necessidade de separar a loucura das outras formas de “desvios” de comportamento, e de afirmá-lo com um verdadeiro espaço de tratamento, cuja destinação era dirigida exclusivamente ao louco e a sua cura.

Deixando de ser exclusivamente espaço de segregação para se transformar em espaço de cura, sem, contudo, excluir a segregação, os manicômios representavam a crença no triunfo da razão sobre a desrazão (CORREIA, 2007). Dessa época são os primeiros métodos terapêuticos para tratamento da loucura, aliados, ao mesmo tempo, a tentativa de justificação teórica, firmada no rigor científico e na insuspeição moral do médico.

A partir daí, então, a loucura vira assunto médico, e o manicômio vai se constituir no espaço em que o louco permanecerá isolado da sociedade, possibilitando ao médico observar e as manifestações de sua desrazão e fornecer-lhe o tratamento adequado. E onde o louco se verá submetido ao controle de uma instituição disciplinar, que se encarregará de regular todos os âmbitos de sua vida e normatizar sua subjetividade, tendo como padrão o comportando do cidadão comum.

O manicômio, contudo, nunca abandona seu verdadeiro papel, ou seja, o de afastar do convívio social o diferente, o marginal, aquele que passa ao largo dos valores compartilhados (CORREIA, 2007). Na verdade o que acontece é que o discurso que segrega, que aparta, torna-se mais sutil, mais difícil de ser identificado, principalmente porque protegido pelo novo estatuto de que goza o discurso científico. Essa instituição surge para solucionar de uma só vez dois problemas: o do perigo social e o da loucura.

O processo de individualização da loucura e a transformação do espaço de reclusão (MACHADO, 1988) não se deveu tanto à medicina quanto a uma conjunção de fatores políticos, econômicos e sociais. Em outras palavras, é a demanda social que possibilita o aparecimento desses espaços de exclusão, uma vez que nos interstícios do sistema capitalista operava a ideologia – o que hoje ainda não deixa de ser verdade – segundo a qual os indivíduos que não participassem do circuito econômico, e no caso do louco, não tivessem condições de fazê-lo, deveriam ser dele afastados. Silva Filho (2001) reforça essa tese ao dizer que o surgimento da psiquiatria foi uma resposta a uma demanda social e política, que tinha por objetivo exercitar o controle sobre a desordem social trazida pelo louco.

O manicômio assim foi a experiência que resultou da união do discurso médico com a antiga prática da internação, na medida em que o primeiro se propunha a fundamentar a função social daquela instituição. E essa operação não tratava tanto da luta pelo reconhecimento da loucura como objeto de ciência, nem pela humanização do tratamento fornecido ao louco. O que estava em jogo era, na verdade, a construção de uma política social de disciplina e promoção da ordem, sob a bandeira ideológica do discurso científico.

Não à toa, as práticas abusivas e desumanas praticadas antes da primeira reforma, cujo marco simbólico deu-se a partir do gesto de Pinel, continuaram a ter vez dentro dos muros das instituições asilares, mas travestidas em novas formas, avalizadas pela psiquiatria e pela sociedade.

Séculos depois (CORREIA, 2007), mais precisamente na metade do século XX, começa a ganhar corpo um movimento de crítica não só ao modelo manicomial, e ao manicômio como espaço de tratamento, mas também ao próprio saber psiquiátrico, espécie de superestrutura a justificar a existência daquele. Para tanto, foi importante a figura do psiquiatra italiano Franco Basaglia, cujas idéias vieram a influenciar e o movimento da luta antimanicomial em todo mundo, e inclusive no Brasil.

Esse movimento culminou no Brasil, como já foi dito, com a promulgação da lei 10.216/2001, que modificou o modelo assistencial em saúde mental, provocando a desestruturação do modelo hospitalocêntrico. Contudo, a par desses avanços, há um espaço escuro, nebuloso, o qual, dez anos depois da promulgação da referida legislação, ainda persiste em sobreviver em moldes semelhantes aos manicômios, hoje em sua maioria desativados: o manicômio judiciário.

Essa instituição nasceu de uma estranha fusão entre o manicômio e a prisão, duas clássicas instituições totais - surgidas na sociedade moderna como forma de disciplinar o indivíduo que se desviasse das normas sociais – para resolver o problema do louco criminoso. Segundo Jacobina (2008) os grandes debates acerca da tematização da loucura estabeleceram-se tanto em torno da medicalização das instituições asilares, como do louco que cometeu infração penal.

Inicialmente, eles permaneciam isolados juntos com os loucos comuns, tendo demorado um pouco (JACOBINA, 2008) até que fossem retirados dos hospícios regulares para serem colocados nos manicômios judiciais. A própria noção de irrecuperabilidade contribuía para que não tivessem lugar, ocupando, segundo Jacobina (2008), a posição de “cão sem dono”, o que levou a necessidade da criação de um espaço, a um só tempo presídio e manicômio que pudesse recebê-los.

Deu-se assim o surgimento do manicômio judiciário, “esses espaços dúbios, em que o internado não se sabe *doente* nem *culpado*, sendo ao mesmo tempo um pouco de ambos.” (JACOBINA, 2008, p.65)

Para Carrara, citado por Jacobina (2008), é possível distinguir claramente entre os atos desviantes que são frutos da delinquência dos atos desviantes originários da loucura. Tanto é verdade que tais atos são apreendidos por conjuntos de representações opostos, a fim de definir se ao agente deve ou não ser atribuído o estatuto de criminalmente responsável pela transgressão praticada (vide a figura da inimputabilidade penal). E é do cotejo entre essas representações opostas e o funcionamento da instituição destina ao louco criminoso que surge a natureza paradoxal

do manicômio judiciário. O autor ressalta, de sua vivência nessa área, que tal instituição possui a marca da ambivalência e que sua ambigüidade é uma espécie de defeito constitucional.

Marcados por essa dualidade, os manicômios judiciários começam a surgir na Europa na segunda metade do século XIX (CORREIA, 2007). Segundo Simonetti (2006), sua origem histórica data do século XVIII, em um episódio de uma tentativa de assassinato contra o Rei Jorge III, tendo sido o agente declarado louco e irresponsável por seus atos, e, posteriormente, absolvido e internado em uma seção especial do manicômio de Bedlem. Tempos depois é promulgada a “Insane offender’s bill”, prevendo que todos aqueles que cometessem crimes e fossem considerados loucos não seriam responsabilizados por seus atos e internados em um manicômio.

Ainda segundo a autora, por causa da estrutura insuficiente para as necessidades terapêuticas dos pacientes, em 1857 é instituído o “Manicômio Criminal de Estado” em Sandhurst, e em 1863 o estabelecimento de Broadmoor. Décadas mais tarde, são promulgadas duas normas denominadas “The Criminal Lunatic Act” (1884) e “The Trial of Lunatic Act” (1885), por meio das quais se estabeleceu que em Broadmoor seriam internados não só os indivíduos que houvessem cometido crime em estado de alienação mental, mas também aqueles que tivessem enlouquecido durante o processo.

A experiência inglesa com relação ao tratamento dos loucos criminosos começa a se espalhar por outros países da Europa. Na França, por exemplo é instituída uma seção no manicômio de Bicêtre especialmente voltada para a internação dos loucos criminosos. Em Bruchsal, Halle e Hamburgo, na Alemanha, surgem também espaços específicos destinados a internação daquelas pessoas. Na Itália, segundo Adamo, citado por Correia (2007), o manicômio judicial nasce na segunda metade do século XIX, em vista da necessidade de se separarem os loucos infratores dos loucos comuns. Segundo Borzachiello, citado por Correia (2007), o primeiro manicômio judiciário criado nos Estados Unidos foi no ano de 1885, na cidade de Auburn, no Estado de Nova York.

Segundo Correia (2007), citando Borzachiello, analisando-se os pressupostos do manicômio judicial na Itália, duas escolas, em meados do século XIX, estavam no centro de uma grande disputa sobre o conceito de crime e de pena. Para a Escola Clássica, de um lado, a pena teria caráter retributivo, a fim de reparar o dano causado à sociedade pelo réu, devendo a pena aplicada corresponder a gravidade do delito, não sendo objeto de análise nessa operação a personalidade do réu. De outro, para a Escola Positiva, era essencial para o estabelecimento da pena, estudar a personalidade do réu,

considerando tanto aspectos biológicos quanto psíquicos, dirigindo-se a um a finalidade de defesa social.

Desse embate saiu vitoriosa a Escola Positiva (CORREIA, 2007), significando a afirmação do conceito de delinquência como doença e da pena como cura. Em consequência, para antropólogos, alienistas e médicos, em fins do século XIX, na maioria dos casos o criminoso era considerado doente mental, sendo antes entendido como objeto de cura e de custódia do Estado, do que como objeto de repressão.

Como reflexo disso (CORREIA, 2007), começam a aparecer obras como a de Lombroso, “Sull’istituzione dei manicomi criminali in Italia”, defendo a criação dos manicômios judiciários para internação e tratamento das pessoas levadas a cometerem crimes por seu estado de alienação mental.

A existência do louco criminoso, representando um perigo para a sociedade, fazia surgir a necessidade de criação de um lugar específico para ele, uma instituição sob o controle do Estado, de maneira a mantê-lo isolado do convívio social. Para Correia:

Assim, o manicômio judiciário passava a figurar como mais uma instituição total, afastando loucura e criminalidade, legitimando a inserção da psiquiatria na esfera da ciência penal e consolidando a presunção da periculosidade de tais pessoas. (CORREIA, 2007, p. 39)

No Brasil (CORREIA, 2007), os manicômios judiciários começam a surgir no começo do século XX. Carrara, citado por Correia (2007), ressalta as palavras do então diretor do Hospício D. Pedro II, Dr. Moura Câmara, o qual apontava a necessidade de separar os loucos perigosos e agitados dos demais, por impedirem uma completa medicalização do asilo, necessitando de instrumentos de controle mais violentos e eficazes.

Assim, ao lado dos hospitais psiquiátricos para o tratamento dos loucos comuns, passaram a existir espaços de internação específica para os ditos loucos criminosos, revelando a tendência de especialização da administração da disciplina da loucura, já consolidada como um problema a demandar a atuação do Estado, a fim de tornar mais efetivo o controle dentro dos espaços asilares, correspondendo a necessidade de proteção da sociedade.

Para Correia:

Esta nova instituição emergia, pois, correspondendo à convergência dos interesses da área de saúde e do âmbito jurídico, atendendo à necessidade de zelar pela segurança da sociedade. A iniciativa, compatível com o pensamento da época e o poder-dever do Estado,

excluía a possibilidade de qualquer integração sociofamiliar do denominado “louco-criminoso”. (CORREIA, 2007, p. 40)

Mas o marco do primeiro manicômio judiciário no Brasil (JACOBINA, 2008), ocorre com a inauguração, em 30 de abril de 1921, do primeiro asilo criminal brasileiro, na cidade do Rio de Janeiro. O mesmo aconteceu em São Paulo pela necessidade de controlar o grande contingente de marginalizados, em virtude do risco que estes representavam para as elites, resultante do crescimento desordenado da cidade.

Franco da Rocha foi uma figura central para a implementação do primeiro manicômio judiciário do estado de São Paulo, o qual foi batizado com seu nome, e para o desenvolvimento (JACOBINA, 2008) de um sistema de manicômios judiciais especializados em loucos criminosos. Conforme destaca Jacobina (2008) esse médico representou para o estado de São Paulo, o que Teixeira Brandão teria representado para o estado do Rio de Janeiro, ou seja, a voz que denunciava os maus tratos perpetrados contra os loucos, e a necessidade de submetê-los a um tratamento especializado, científicos, levado a cabo por psiquiatras, os quais eram “mandatários de uma sociedade que buscava reconhecer-se positivista, racional, produtiva, branca e européia.” (JACOBINA, 2008, p. 67)

Vale ressaltar, também, o surgimento, nessa época, da Liga Brasileira de Higiene Mental, a qual, sob o discurso de proteger os pacientes dos maus-tratos e melhorar a assistência a eles, era sectária dos ideais eugenistas, “fruto de sua orientação política direitista e dos preconceitos estabelecidos na época pela influência científica trazida da Europa, juntamente com os ideais nazifascistas que estavam se fortalecendo por lá”. (JACOBINA, 2008, p. 67) Mais a frente, o autor destaca o fervor com que a psiquiatria brasileira, recém criada, abraçava o ideário nazi-facista, ao lamentar a degeneração étnica, a origem da formação do povo brasileiro, chegando mesmo a traduzir trechos de leis nazistas, reivindicando a esterilização dos doentes.

A penetração que essas idéias possuíam nos meios psiquiátricos, aliado ao desenvolvimento de métodos de controle do louco, legaram à essa nova ciência o monopólio sobre a loucura e sobre os corpos de seus portadores. Conforme destaca Jacobina, tal monopólio foi uma das heranças recebidas pelo Código de Processo Penal:

Estamos, em grande monta, mergulhados ainda, por inércia, nessa herança – ao menos no que diz respeito ao louco-criminoso. A reforma psiquiátrica que vem consolidando-se em nosso direito sanitário ainda não chegou nas searas penais e processuais penais. (JACOBINA, 2008, p. 68)

A seguir, o autor resume de forma brilhante os traços gerais que marcaram toda a história a psiquiatria “hospitalocêntrica, determinista, ideologicamente direitista e monopolista, para quem o louco é tão somente um doente sob seus cuidados, e a loucura, objetificada, tira-lhe a voz e a qualidade de sujeito do processo humano”. (JACOBINA, 2008, p. 68)

Por tudo isso o manicômio judiciário se caracterizou como o espaço onde eram abrigados a loucura e o crime, duas das mais temíveis manifestações da natureza humana. E para combatê-las, expurgá-las da sociedade, foi criado um lugar tão terrível quanto o mal a que se propunha combater; um lugar onde o indivíduo ficava submetido a uma dupla punição: uma por ser louco, e a outra por ser criminoso.

Esse duplo objetivo, como constata Goffman (1961), destaca a dualidade dos manicômios judiciários, misto de presídio e hospital psiquiátrico, revelando o caráter ambíguo e contraditório dessa instituição, uma das muitas variáveis responsáveis pelas limitações técnicas e de tratamento. Além, ele afirma que nesses espaços há uma profunda dissociação entre seus objetivos explícitos e implícitos. Os primeiros são claro: a proposta terapêutica de fornecer tratamento adequado aos internos e recuperá-los para o retorno ao convívio em sociedade. Já os outros, os verdadeiros, seriam o de punir o sujeito em retribuição ao mal que ele fez e assim proteger a sociedade.

A estrutura mesma desses espaços em tudo remete a um presídio comum. Tanto a estrutura administrativa, como a estrutura física seguem o modelo dos presídios, inexistindo sequer o mínimo de condições para cumprir o objetivo que a medida de segurança se propõe, quando aplicada ao do louco infrator. Como destaca Jacobina (2008), os manicômios judiciais, embora considerados estabelecimentos hospitalares públicos, não integram o Sistema Único de Saúde (SUS), mas sim o sistema carcerário. O que significa dizer que eles não se regem pelos princípios do SUS, mas pelos princípios da execução penal (Lei nº 7.210/1984).

Essa contradição a que nos referimos é também latente no plano normativo (JACOBINA, 2008), uma vez que não há como sustentar a natureza terapêutica e não punitiva da medida de segurança, com a situação vivenciada pelos internos no dia-a-dia do manicômio judiciário. E essa incongruência verificada entre as normas penais que regem a medida de segurança, também pode ser verificada, talvez ainda com maior profundidade, face à legislação sanitária de reforma psiquiátrica.

Nesse sentido, afirma Correia:

Nesse novo espaço é assimilada a política segregacionista característica das demais instituições psiquiátricas. Historicamente, o doente mental foi acorrentado, agredido, amarrado e isolado por ser “violento, imoral e inseqüente”, porém, poucas vezes foi considerado como uma pessoa humana igual às demais pessoas, estando privado de um tratamento com dignidade, respeito e direitos iguais aos dos outros cidadãos. A assistência psiquiátrica prestada pelo Estado no manicômio judiciário favorece uma assistência custodial que dificulta ou impossibilita a integração dessa pessoa à sociedade e o respeito aos seus direitos individuais previstos na Constituição Brasileira. (CORREIA, 2007, p. 43)

É um dos grandes desafios da reforma psiquiátrica e da legislação que a positivou no Estado brasileiro conseguir proporcionar ao louco infrator – esse sujeito marginalizado e temido pela sociedade – o restabelecimento de sua humanidade e a seguir de sua cidadania, de modo que a possa ser submetido a um tratamento, não só formal, mas objetivamente terapêutico, sempre dirigido ao propósito de sua reintegração à família e à sociedade.

Para tanto, acreditamos que o primeiro passo é garantir ao louco infrator todos os direitos assegurados ao louco comum (aquele que não cometeu infração penal) pela legislação de reforma psiquiátrica.

#### **4.3 MEDIDA DE SEGURANÇA E REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Não restam dúvidas de que pena e medida de segurança, em sua natureza, são absolutamente diferentes. A primeira, fundando-se no critério de culpabilidade, é uma sanção imposta a quem, no momento da infração ou depois dela, tenha plena consciência de seus atos, ou, como define Correia (2007) “uma sanção imposta a um fato concreto e passado (o crime), de forma retributiva e proporcional à gravidade e visa também promover prevenção geral e especial contra o crime.” A segunda, de outro lado, é aplicada tanto aos semi-inimputáveis quanto aos inimputáveis, fundamentando-se no conceito de periculosidade, ou seja, a probabilidade de que o agente venha a cometer uma nova infração penal.

Peres (2002), segundo a lição de Hungria e Fragoso, estabelece que a diferença entre elas não é só quanto a finalidade, sendo a pena repressiva e a medida de segurança preventiva, mas também pelas causas, condições de aplicação e modo de execução. Enquanto a pena possui caráter essencialmente ético, punindo a quem voluntariamente infringiu a norma penal, a medida de segurança poderia ser caracterizada como “eticamente neutra”, funcionando como uma “segregação cautelar”, ou readaptação

individual, não possuindo o caráter aflitivo da pena, mas sim o de assistência e tratamento.

Na prática, contudo, uma e outra acabam se confundindo. Como se afirmou anteriormente, o artigo 99 do Código Penal garante ao internado o recolhimento a estabelecimento de características hospitalares, a fim de se submeter a tratamento. No entanto, na realidade, os hospitais públicos em que se dão as internações integram o sistema penitenciário e não o Sistema Único de Saúde (SUS), o que pode ser confirmado pela própria estrutura, tanto física como administrativa, dessas instituições, que não devem em nada a de um presídio comum. E dessa forma, a dita medida terapêutica vê-se totalmente afastada do objetivo a que se propõe, sendo o espaço de sua aplicação um misto de prisão e manicômio, de violência e coerção, e, portanto, completamente incompatível com qualquer espécie de propósito terapêutico.

Assim, destaca Peres (1997), o louco infrator e seu espaço institucional acabam fazendo parte do contexto das políticas criminais, do sistema penitenciário, ainda que ocupe um lugar marginal, em face de sua ambigüidade.

Reforçando essa ambigüidade, Corrêa, citado por Correia (2007), afirma que ao passo que a dogmática penal vem se desenvolvendo no sentido de buscar a certeza e reforçar as garantias penais da pessoa, as medidas de segurança continuam desengonçadamente equilibradas em conceitos vagos e ambíguos.

Jacobina (2008) também expõe essa questão, levantando a seguinte pergunta: é a medida de segurança sanção ou tratamento terapêutico? E a seguir responde que para tal questionamento não há uma resposta clara, “nem no plano filosófico, nem no plano doutrinário, nem no plano legal, a essa altura do desenvolvimento do nosso Direito.” (JACOBINA, 2008, p. 133)

Segundo o autor (2008), considerar a medida de segurança como uma medida de natureza terapêutica, possibilitando a recuperação e a reintegração do louco à sociedade, garantindo-se apenas mediatamente sua segurança, seria assegurar que se está operando dentro do campo do direito sanitário e não do direito penal. Contudo, não é o que acontece.

A terapia a que está submetido o louco infrator possui uma natureza bastante particular. Primeiro, porque sua aplicação e dosagem são estabelecidas pelo juiz, e não pelo médico. E segundo, porque a internação se dá em instituições com “características hospitalares”, as quais ao mesmo tempo se vinculam ao sistema penitenciário.

A medida de segurança se propõem a servir como terapia, mas ainda está arraigada a antigas práticas e preconceitos, dando as costas, deliberadamente, à nova maneira de compreensão da loucura e, conseqüentemente, de seu tratamento, como já vem reconhecendo a ciência e o próprio SUS. Outro problema (JACOBINA, 2008) diz respeito ao modo como se dá sua cessação.

Na medida de segurança a alta do paciente internado está adstrita não a constatação de sua efetiva recuperação, mas depende de uma perícia de cessação da periculosidade, a qual se dá periodicamente, de responsabilidade do juiz, que, sem possuir conhecimentos para tanto, tem o poder clínico de decidir se o interno está ou não curado, mesmo não havendo na própria ciência consenso a respeito do que se poderia de cura da loucura. Revelando mais um elemento contraditório desse instituto penal, Jacobina (2008) destaca o fato de o tratamento ocorrer no âmbito de um processo penal, por um juiz com competência penal, sob o disfarce de um discurso sanitarista.

Demonstrado assim está o “completo descompasso entre aquilo que se considera como medida de segurança no direito penal e aquilo que hoje se considera como medida terapêutica para pacientes com transtornos mentais, na ciência e no próprio direito sanitário.” (JACOBINA, 2008, p. 133)

Com mais contundência ainda ele afirma que:

No atual estágio do direito brasileiro, não se pode defender que internar alguém coativamente (ou mesmo submetê-lo a um tratamento ambulatorial coativo), por ordem judicial de um juiz criminal, com base em uma presunção de periculosidade (decorrente da prática de um ato criminal por alguém que foi reconhecido pelo direito como portador de transtorno mental incapacitante das faculdades cognitivas ou volitivas), seja considerado cientificamente como medida terapêutica. Tampouco se pode admitir que, no âmbito do direito sanitário, possa reconhecer-se a validade desse procedimento como clinicamente eficaz. (JACOBINA, 2008, p. 134)

Não é possível olvidar a transformação provocada pela luta antimanicomial e sua verdadeira cruzada para provocar a mudança de antigos paradigmas - baseados em uma abordagem hospitalocêntrica, coerciva e em muitos casos desumanizadora – nem seus reflexos no mundo jurídico. Não é possível também continuar de olhos fechados a verdadeira finalidade da medida de segurança, a qual está a serviço apenas da sociedade, que se quer ver protegida da ameaça que o louco infrator – essa espécie de “monstro”, como diria Foucault - representa.

Considerar que atualmente a medida de segurança possui natureza puramente assistencial e terapêutica levanta algumas questões importantes. A Lei de Execução Penal (JACOBINA, 2008), ao tratar dos Hospitais de Custódia e Tratamento

Psiquiátrico no Título IV, os inclui de fato no rol dos estabelecimentos penais. Portanto, em que pese as garantias de que tais instituições devam possuir características hospitalares, o fato é que elas não passam de estabelecimentos prisionais. Daí o grande problema em considerar a medida de segurança como uma medida puramente terapêutica. Contudo, o outro lado da moeda - a medida de segurança como sanção penal - também traz algumas complicações.

Considerá-la unicamente sob viés de sanção penal (JACOBINA, 2008) tem a vantagem de dissipar um pouco da bruma que cerca esse instituto, permitindo, desse modo, melhor expor as contradições de nosso sistema penal no tratamento dessa matéria. De fato, fundamentado em pressupostos filosóficos e constitucionais liberais e clássicos, este admite que seja penalmente responsabilizado por seus atos aquele que, no momento em que os praticou, não tinha consciência de seu caráter ilícito, e tampouco podia agir de acordo com essa compreensão. Portanto, apesar de a dogmática penal ter evoluído no sentido de não admitir a responsabilidade penal objetiva, a verdade é que, no caso do louco infrator, essa possibilidade existe.

Talvez como reflexo de outra figura *sui generis* existente no processo penal, a conhecida sentença absolutória imprópria. Esta, diferentemente das sentenças tipicamente absolutórias, absolvem, ao final do processo, o réu portador de transtorno mental, embora lhe aplicado uma sanção penal. Tal situação é no mínimo estranha.

Nossa Constituição (JACOBINA, 2008) afirma que nenhuma pena passará da pessoa do condenado, e, no entanto, como admitir que, ao fim de um processo penal, uma pessoa absolvida, seja submetida a uma internação compulsória, ainda mais em um ambiente que em tudo se assemelha a uma prisão comum? Seria possível admitir, considerando todos os avanços obtidos nas últimas décadas para a compreensão da loucura, que a internação do louco infrator em um manicômio judiciário se baseasse apenas no critério de conveniência social? Claro que não!

Nesse sentido, destaca Correia que:

a medida de segurança se distancia dos objetivos para os quais foi criada (tratamento, conforme consta na legislação penal), potencializando as características segregadoras e finalidades presentes na pena privativa de liberdade: castigo e repressão. Atua em nome da periculosidade, promovendo, assim, discriminação contra as pessoas com transtornos mentais autoras de delitos, desrespeito aos prazos processuais, confirmando a incontestabilidade do exame pericial. (CORREIA, 2007, p. 70)

Para Menelick Carvalho Netto e Virgílio de Mattos (2005) a vedação legal-constitucional à internação como forma de tratamento, permanente ou continuado,

impõe-se como garantia básica do portador de transtorno mental em conflito com a lei, não restando dúvidas de que o princípio do devido processo legal e da ampla defesa impedem a aplicação de uma pena de caráter perpétuo, uma vez que diante do atual contexto não há mais como se sustentar a natureza terapêutica das internações.

Além disso, afirmam que a Lei 10.216/2001 denunciou a noção de periculosidade como conceito juridicamente operável, pelo simples fato de que seria absurdo exigir-se um atestado afirmando que determinada pessoa estaria mais ou menos propensa a cometer um crime, porque tal segurança jamais poderia ser alcançada. Nenhum exame, por mais complexo e moderno que seja, seria capaz de prever se um de nós irá ou não cometer algum crime no futuro.

Por tudo isso é que Jacobina (2008) propõe a reconstrução dos próprios conceitos de responsabilidade penal e de responsabilidade jurídica do louco, a fim de adequá-los aos avanços já alcançados.

Para tanto ele afirma que:

A devolução da voz e da cidadania ao sujeito com transtornos mentais vai implicar a restituição de responsabilidade. Para construir essa responsabilização, será necessária uma boa dose de pluralismo e de abertura a outros saberes, mas, acima de tudo, de um profundo questionamento dos conceitos jurídicos de responsabilidade civil e penal e de um repensar de estruturas arcaicas, como a medida de segurança, incoerentes com o ordenamento atual, mas aplicadas por inércia jurídica. (JACOBINA, 2008, p. 136)

O que não implica dizer sustentar a irresponsabilização total do louco infrator. Na verdade, o que se deve buscar (JACOBINA, 2008) é a construção de mecanismos de responsabilização capazes de levar em conta sua peculiaridade, e que permita sua efetiva reintegração à sociedade, ao invés de condená-lo ao um não espaço, essa espécie de calabouço que pretende sufocar-lhe o grito.

Talvez um primeiro passo nessa direção seria uma reinterpretação da medida de segurança, admitindo, como sugere a tese defendida pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo, que a lei de reforma psiquiátrica, pela leitura de seu artigo 1º, não faz qualquer discriminação, estendendo-se a todos os indivíduos portadores de transtornos mentais, tenham eles cometido ou não infração penal.

Além disso, continua a tese, o artigo 6º da referida lei teria aplicação à medida de segurança, conforme se pode verificar da sua leitura:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.  
Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Referido artigo traria, portanto, o elenco exaustivo das três espécies de internação psiquiátrica, sendo a última delas, a internação compulsória, determinada pela Justiça, verdadeira medida de segurança. Segundo a Defensoria Estadual de São Paulo, estariam, assim, derogadas a parte geral do Código Penal e da Lei de Execuções Penais, referente a essa tema.

Essa interpretação traria importantes implicações ao tratamento do louco infrator. A primeira delas seria a de que a internação só se justificaria em caso de surto, e somente durante sua duração.

A segunda seria a de que, após a constatação da inimputabilidade penal do autor do crime, o juiz deveria encaminhá-lo ao tratamento devido, a ser definido não por ele, mas sim por uma junta de profissionais - incluindo não só médicos, mas também psicólogos e terapeutas ocupacionais – que possuem formação adequada para decidir os rumos da assistência terapêutica ao louco infrator.

A terceira seria a adequação da modalidade de tratamento às necessidades especiais de cada indivíduo, e não de acordo com a espécie de pena (detenção ou reclusão) atribuída ao crime praticado. Com isso, a medida de segurança passaria a se centrar não na proteção da sociedade, mas em seu verdadeiro destinatário, o louco infrator, reconhecendo-o como cidadão e sujeito de direitos, restando assim abolido o nebuloso conceito de periculosidade.

A quarta seria a internação - a qual somente se daria em último caso, quando outras terapias alternativas não surtirem efeitos - a ser efetivada em Hospital Geral, de acordo com as diretrizes e princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).

A quinta teria reflexos no tempo de internação do louco infrator, cuja persistência atenderia a critérios exclusivamente médicos, ficando impedido o juiz de manter a internação, quando laudo médico apontar sua não recomendação. Assim a desinternação se realizaria apenas por indicação médica, e, sendo comunicada ao magistrado, este deveria, necessariamente, declarar extinta a medida de segurança.

Por fim, destaca que o §3º, do artigo 4º, da Lei 10.216/2001, ao proibir a internação de pacientes em instituições com características asilares, põe fim de uma vez por todas ao falido “modelo terapêutico” dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Apesar disso, tais instituições ainda relutam em desaparecer, colocando em cheque a efetividade dos princípios trazidos por nossa constituição, dentre eles o da dignidade da pessoa humana. Infelizmente, os maus tratos, as humilhações, a violência e o desrespeito ainda são praticas recorrentes nesses espaços de exclusão, pelo simples fato de a sociedade não saber o que fazer com seus loucos, em especial quanto àqueles marcados pela prática de um crime. Nas palavras de Correia:

Assim, tem se verificado que o grande número de pessoas com transtornos mentais encarceradas nos HCTP é consequência da inexistência ou disponibilidade reduzida de serviços públicos de atenção à saúde mental, da implementação de leis que criminalizam comportamentos tidos como “inconvenientes”, do falso conceito difundido de que as pessoas com transtornos mentais são perigosas e da intolerância da sociedade com um comportamento diverso do que esta deseja (chamado por alguns de “perturbador”). (CORREIA, 2007, p. 79)

Contudo, já começa a haver uma movimentação no sentido de procurar alternativas ao modelo oferecido pelos manicômios judiciários, como a experiência do Programa de Assistência Integral ao Louco Infrator (PAILI), implementado no estado de Goiás, conforme será discutido a seguir.

#### **4.4 A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA – PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR (PAILI-GO)**

Partindo do modelo estabelecido pela Lei 10.216/2001 (DA SILVA, 2010), abriu-se espaço para um novo entendimento da medida de segurança. Esta, ao invés de regulada pelos dispositivos previstos na lei de execução penal, encontraria sua fundamentação no modelo humanizador consignado pela lei de reforma psiquiátrica, a qual mudou o foco de tratamento da loucura. A partir daí, a instituição hospitalar deixa de ser o espaço destinado ao tratamento do louco, dando lugar a uma rede de atenção psicossocial, “centrada em unidades de serviços comunitários e abertos” (DA SILVA, 2010, p. 15).

Desse modo, a reconfiguração do modelo assistencial para o tratamento da loucura alcançaria, além dos manicômios comuns, também os manicômios judiciários e a internação compulsória, uma das modalidades de medida de segurança.

Essa nova abordagem tem como premissa a derrogação parcial tanto do Código Penal, como da Lei de Execução Penal pela Lei 10.216/2001 (tese defendida por Haroldo Caetano da Silva e Paulo Jacobina, para citar dois exemplos) no que tange

especificamente as regras de aplicação da medida de segurança.

Por exemplo, ressalta Da Silva, “mesmo que o fato seja punível com reclusão, deve o juiz preferir o tratamento ambulatorial, diversamente do que prevê o art. 97 do CP.” (DA SILVA, 2010, p. 113) E, em caso de não haver alternativas a internação, esta deverá ser obrigatoriamente precedida de laudo médico circunstanciado fundamentando a necessidade da realização desse procedimento, seguindo os mesmos moldes, portanto, da internação de um louco que não tenha cometido infração penal. Nesse contexto, uma das mudanças mais importantes foi o fato de a figura da periculosidade, que servia de fundamento a internação, ter sido suplantada pela imposição da medida de segurança como uma medida de fato terapêutica e não retributiva.

Assim é que, impulsionado por essa nova realidade legislativa e pela proibição da internação de pacientes psiquiátricos em prisões (DA SILVA, 2010), nasce no Estado de Goiás, através da iniciativa do Ministério Público e do trabalho ligado a instituições de saúde mental, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, conhecido como PAILI.

Tendo como marco temporal inicial o ano de 2003, tal programa foi implementado inicialmente para coletar dados acerca das medidas de segurança em execução no Estado de Goiás. Com os dados e relatórios em mãos, foi possível traçar as linhas que compunham o quadro de internações ocorridas nesse estado, e a partir daí, naturalmente, viu-se a necessidade de ampliar o espectro do programa, trabalho desenvolvido pela Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia, com o apoio do Centro Operacional de Defesa da Cidadania. Da Silva (2010) destaca o envolvimento de diversas instituições nesse processo, entre elas as Secretarias de Saúde e Justiça do estado, a Secretaria de Saúde do município de Goiânia, Procuradoria Geral de Justiça, Tribunal de Justiça, Conselho Regional de Psicologia, Fórum Goiano de Saúde Mental, rede de clínicas psiquiátricas.

Por meio do PAILI-GO, procura-se então devolver a medida de segurança seu caráter terapêutico e com isso “A questão deixa de ser focada unicamente sob o prisma da segurança pública e é acolhida definitivamente pelos serviços de saúde pública.” (DA SILVA, 2010, p. 114) De fato, esse programa tenta efetivar, por meio de realizações concretas, as inovações trazidas pela lei de reforma psiquiátrica, atendidas as diretrizes e princípios protegidos pelo direito sanitário, assegurando a proteção dos direitos fundamentais dos loucos infratores.

Três anos mais tarde, em 26 de outubro de 2006 (DA SILVA, 2010), foi assinado o convênio de implementação do PAILI-GO, com a função idealizada pelo Ministério Público, firmando as bases para

o marco inicial do resgate de uma grande dívida para com a dignidade dos pacientes psiquiátricos, mediante a construção não de um novo manicômio, agora dispensável, mas sim mediante a construção coletiva de um processo visando à implementação da reforma psiquiátrica nesse campo historicamente caracterizado pela violação de direitos humanos fundamentais. (DA SILVA, 2009, p. 114)

Diferentemente da sistemática determinada pelo Código Penal e pelo Código de Processo Penal, no PAILI-GO (DA SILVA, 2010) aos indivíduos submetidos à medida de segurança foi assegurado o contato e a participação de seus familiares no tratamento, pautado pelo diálogo e integração com todo o sistema de saúde mental, especialmente os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e as residências terapêuticas.

O processo de execução, continua o autor, permanecerá jurisdicionalizado. No entanto, não é o juiz, mas sim o médico quem determina o tratamento dispensado ao paciente, conforme laudo médico circunstanciado. O papel do juiz da execução, nesse caso, é o de salvaguardar os direitos constitucionais do cidadão no processo penal, acompanhando o tratamento destinado ao paciente e assistindo-o contra eventuais abusos, até o final da imposição da medida. O Ministério Público permanece exercendo sua função fiscalizadora acompanhando tanto o desenrolar da execução da medida de segurança, quanto o tratamento nas clínicas psiquiátricas.

Mais especificamente, o PAILI-GO (DA SILVA, 2009) tem como função supervisionar o tratamento fornecido aos pacientes nas clínicas psiquiátricas ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), e também nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, esse programa exerce o importante papel de se colocar como mediador entre o paciente e o juiz, tornando mais simples e menos burocrático o acesso à justiça. Segundo o autor:

A simplicidade das rotinas do Programa torna célere a aplicação efetiva da terapia exigida para cada paciente em particular, dispensando procedimentos burocráticos típicos dos procedimentos puramente judiciais, o que facilita o objetivo maior: o mais amplo tratamento do paciente e sua inclusão à família e à sociedade. (DA SILVA, 2009, p. 19)

Para melhores resultados a equipe médica tem total liberdade para definir a melhor forma de tratamento a ser adotado, sendo cada caso considerado individualmente. Isso possibilita maior celeridade na reinserção social dos pacientes, já que com a independência do tratamento em relação aos trâmites judiciais, que podem

levar anos, estes são mais rapidamente encaminhados para uma residência terapêutica ou para a família.

Atuando a partir de uma orientação não só jurídica, mas também psicossocial e clínica (DA SILVA, 2009), o PAILI-GO considera a família elemento essencial para o restabelecimento do paciente, buscando sua adesão ao tratamento. Outros objetivos do PAILI-GO elencados pelo autor são: a discussão dos casos com as equipes de saúde responsáveis pelo atendimento da paciente; realização de atividades públicas de conscientização da sociedade relativamente ao problema do louco infrator; o estabelecimento de parcerias com instituições, e, por fim, promover discussões com peritos oficiais, a fim de dialogar sobre as informações que possam contribuir para o exame de periculosidade.

Formado por uma equipe interdisciplinar - composta por advogado, assistentes sociais, psicólogos, acompanhantes terapêuticos e auxiliar administrativo – o PAILI-GO possibilita aos pacientes o acesso a direitos anteriormente negados a eles, dispensando as instalações dos famigerados manicômios judiciários, substituídos por um tratamento humanizado e eficiente, apresentando ainda a vantagem de custar consideravelmente menos aos cofres públicos.

A instituição desse novo modelo de atenção ao louco infrator, por seu caráter inovador, vem trazendo importantes resultados, conforme aponta estudo realizado pelo antropólogo Braga Silva:

Desse modo, o PAILI-GO tem alcançado resultados extraordinários e excepcionais: não pelo viés da eficiência, da proporção de casos de cura, ou qualquer outro critério referido à racionalidade biomédica e à clínica psiquiátrica, mas pelas possibilidades que se abriram para alguns de terem outro destino que não o confinamento perpétuo nos manicômios judiciários. Além disso, as situações de difícil equacionamento com os recursos disponíveis não necessariamente remetem, no caso da equipe do PAILI-GO, à necessidade de aumento dos conhecimentos biopsicosociais ou mesmo aqueles relativos à proteção dos direitos humanos. É o que a apresentação dos casos clínicos faz parecer. Provavelmente, trata-se muito mais de uma questão de manutenção do empenho em médio prazo, algo que pode resultar na transmissão desse trabalho em equipe e dessas trajetórias dos usuários em longo prazo. (SILVA, 2010, p. 679)

Segundo dados trazidos por Silva (2010), apesar das precárias condições de trabalho oferecidas pelo SUS, em 2010 o programa atendia mais de 100 usuários em Goiás, dos quais 10 tiveram a medida de extinta, em um procedimento conhecido como cessação de periculosidade.

Por tudo isso, não seria exagerar dizer (SILVA, 2010) que o PAILI-GO deu uma importante contribuição para o fortalecimento dos princípios do SUS, tais como a interdisciplinariedade, a integralidade e a intersetorialidade, ao assegurar aos loucos submetidos a medida de segurança as garantias previstas não só na Constituição, mas também na Lei de Reforma Psiquiátrica.

Esse programa, reinterpretando a medida de segurança à luz do Direito Sanitário e da Lei de Reforma Psiquiátrica, veio, portanto, garantir a efetivação do caráter terapêutico dessa medida, em detrimento dos dispositivos presentes no Código Penal e no Código de Processo Penal que tratavam da matéria, servindo de modelo a que iniciativas desse porte possam ser implementadas em outros estados brasileiros, possibilitando, assim, que em um futuro próximo, não mais existam manicômios judiciários em nosso país.

## 5 CONCLUSÃO

Questionando a medicalização da loucura e os fundamentos da clínica psiquiátrica, o movimento de Reforma Psiquiátrica surgiu como uma tentativa de estabelecer um novo estatuto social ao louco, através do reconhecimento de sua humanidade e, portanto, de sua dignidade e individualidade.

Nesse contexto, a Lei 10.216/2001 veio resgatar os direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais, produzindo uma transformação significativa no modelo de assistência prestado a essas pessoas, contemplando muitas das reivindicações defendidas pelos movimentos de luta antimanicomial.

Entretanto, a positivação dos novos rumos estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica ainda possui poucos reflexos no Direito Penal, que se tem mostrado insensível a essas mudanças. Por isso, a medida de segurança acaba se afastando de sua natureza terapêutica, e seu espaço de aplicação se transformando em um misto de prisão e manicômio, de violência e coerção.

Para enfrentar esse grave problema, faz-se necessária a reconstrução dos fundamentos da responsabilidade penal e da responsabilidade jurídica do louco, abolindo-se a noção de periculosidade, uma vez que esse juízo de probabilidade gera implicações absurdas, principalmente tendo em vista o garantismo penal adotado no Brasil.

Além disso, deve-se buscar a construção de mecanismos de responsabilização capazes de levar em conta as peculiaridades do louco, e que permita sua efetiva reintegração à sociedade, ao invés de condená-lo ao um não espaço, essa espécie de calabouço que pretende sufocar-lhe o grito.

Um primeiro passo nessa direção seria a reinterpretção da medida de segurança à luz da legislação sanitária, em especial da Lei 10.216/2001, a qual se estende a todos os indivíduos portadores de transtornos mentais, tenham eles cometido ou não infração penal.

Tal reinterpretção traria importantes conseqüências no tratamento do louco infrator. A primeira delas seria a de que a internação só se justificaria em caso de surto, e somente durante sua duração.

A segunda seria a de que, após a constatação da inimputabilidade penal do autor do crime, o juiz deveria encaminhá-lo ao tratamento devido, a ser definido não por ele, mas sim por uma junta de profissionais - incluindo não só médicos, mas também

psicólogos e terapeutas ocupacionais – que possuem formação adequada para decidir os rumos da assistência terapêutica ao louco infrator.

A terceira seria a adequação da modalidade de tratamento às necessidades especiais de cada indivíduo, e não de acordo com a espécie de pena (detenção ou reclusão) atribuída ao crime praticado. Com isso, a medida de segurança passaria a se centrar não na proteção da sociedade, mas em seu verdadeiro destinatário, o louco infrator, reconhecendo-o como cidadão e sujeito de direitos, restando assim abolido o nebuloso conceito de periculosidade.

A quarta seria a internação - a qual somente se daria em último caso, quando outras terapias alternativas não surtirem efeitos - a ser efetivada em Hospital Geral, de acordo com as diretrizes e princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).

A quinta teria reflexos no tempo de internação do louco infrator, cuja persistência atenderia a critérios exclusivamente médicos, ficando impedido o juiz de manter a internação, quando laudo médico apontar sua não recomendação. Assim a desinternação se realizaria apenas por indicação médica, e, sendo comunicada ao magistrado, este deveria, necessariamente, declarar extinta a medida de segurança.

Nesse sentido, a experiência do PAILI-GO tem mostrado, na prática, os benefícios desse novo olhar sobre a medida de segurança, apoiando-se no modelo humanizador consignado pela lei de reforma psiquiátrica, a qual mudou o foco de tratamento da loucura, deixando a instituição hospitalar de ser o espaço de tratamento do louco, para dar lugar a uma rede de atenção psicossocial.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Roque de Brito. **Ciúme e crime, crime e loucura**. Rio de Janeiro: Forense, 2001.
- AMARANTE, Paulo et al. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- AUGUSTO, Luciano. **Homem vive dentro de jaula em Manicômio Judicial no Ceará**. Disponível em: <http://www.cearaagora.com/noticias/dia-dia/homem-vive-dentro-de-jaula-em-manicomio-judicial-no-ceara>. Acesso em 13/09/2011.
- BITENCOURT, Cezar Roberto. **Manual de direito penal: parte geral**. 4 ed. São Paulo: revista dos Tribunais, 1997.
- BIONDI, Edson, FIALHO; Jorge, KOLKER, Tania. **A reinserção social do portador de transtorno mental infrator: propostas para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01**. Disponível em: 163 <<http://www.carceraria.org.br/pub/publicacoes/86ac935a4e8b281472b8a8a97c7e2bd2.16>>. Acesso em: 26 de out. 20.
- BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.
- BRASIL, Caroline Schneider; BRASIL, Rafaela Schneider; COELHO, Elizabete Rodrigues. **Manicômio judiciário: pequeno ensaio sobre as forças que atuam nesse dispositivo**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental - Vol.1 N.2 - Out/Dez de 2009 ISSN 1984-2147 (p. 132-141)
- CARVALHO NETTO, Menelick; MATTOS, Virgílio de. **O novo direito dos portadores de transtorno mental: o alcance da Lei 10.216/2001**. Conselho Federal de Psicologia, 2005. Disponível em: <[http://www.pol.org.br/publicacoes/pdf/brochura\\_banalizacao.pdf](http://www.pol.org.br/publicacoes/pdf/brochura_banalizacao.pdf)>. Acessado em: 25 de outubro
- CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CORREIA, LUDMILA CERQUEIRA. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito**. 174f. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.
- COSTA, Augusto César de Farias. **Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: Direito sanitário e saúde pública**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iorio Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CRUZ, Márcia Keli Santos da. **A Reforma Psiquiátrica e o Paradoxal Manicômio Judiciário**. Disponível em: <files.revistajures.webnode.pt>. Acesso em: 25 de agosto de 2011.

CRUZ, Marcelo Lebre. **A Inconstitucionalidade da Medida de Segurança face a Periculosidade Criminal**. 222f. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado das Faculdades Integradas do Brasil (UniBrasil), Curitiba, 2009.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **Persuasão e Violência: O Alienismo e suas Artes de Curar**. In: MARIGUELA, Márcio (org.). **Foucault e a destruição das evidências**. Piracicaba: Editora Unimep, 1995.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Direito Sanitário**. In: **Direito sanitário e saúde pública**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iorio Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **A Lei nº 10.216/01, marco da reforma psiquiátrica no Brasil, derogou a parte geral do Código Penal e da Lei de Execuções Penais no que diz respeito à medida de segurança**. Disponível em: [www.defensoria.sp.gov.br/.../10\\_IIEncontro\\_ExecuçãoPenal.doc](http://www.defensoria.sp.gov.br/.../10_IIEncontro_ExecuçãoPenal.doc). Acesso em: 20 de outubro de 2011.

DINIZ, Débora. **Documentário: A Casa dos Mortos**. 2009.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997 (originalmente publicado em 1972).

\_\_\_\_\_. **Os Anormais. Curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**. Tradução Andréa Daher; consultoria Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997 p.

\_\_\_\_\_. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Tradução: Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Organização: Manoel Barros da Mota. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GRECO FILHO, Vicente. **Tutela constitucional das liberdades, direitos individuais na Constituição de 1988**. São Paulo: Saraiva, 1989.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica**. Brasília: ESMPU, 2008. 152 p.

JÚNIOR, Waldeci Gomes Confessor. **A Internação compulsória no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/14967/a-internacao-compulsoria-no-contexto-da-reforma-psiquiatrica-brasileira>. Acesso em 05/10/2011.

MACHADO, Roberto. **Ciência e Saber: A trajetória da arqueologia de Michel Foucault**. 2 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

MALUSCHKE, G; BUCHER-MALUSCHKE, J; HERMANNNS, K. **Direitos Humanos e violência: desafios da ciência e da prática**. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer, 2004. 283 p.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. **As contradições da medida de segurança no contexto do direito penal e da reforma psiquiátrica no Brasil**. Revista do direito Sanitário, São Paulo, v.2, n.3, p.102, Nov. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. 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. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 9, ano VI, nº 9**. Informativo eletrônico. Brasília: julho de 2011 (acesso em 19/10/2011).

\_\_\_\_\_. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 132 p.

MIRANDA, Irene Ximenes Lopes. **Damião Ximenes**. Disponível em: <http://www.apavv.org.br/casos/D/005.htm>. Acesso em 04/09/2011.

MOLINA, Antônio García-Pablos de.; GOMES, Luiz Flávio. **Criminologia: introdução a seus fundamentos teóricos: introduções às bases criminológicas da Lei 9.099/95, lei dos juizados especiais criminais**. 4 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

MUCHAIL, Salma Tannus. **O Mesmo e o Outro: Faces da História da Loucura**. In: MARIGUELA, Márcio (org.). **Foucault e a destruição das evidências**. Piracicaba: Editora Unimep, 1995.

PERES, Maria Fernanda Tourinho. **Doença e Delito: relação entre prática psiquiátrica e poder judiciário no Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador**,

**Bahia.** 295 f. Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997.

\_\_\_\_\_.; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2), p. 335-55, maio-ago, 2002.

RABELO, Maria Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. **Experiência de Doença e Narrativa.** 20 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 264 p.

ROTTERDAM, Erasmo de. **O elogio da Loucura.** Tradução Paulo M. Oliveira. 37 ed. São Paulo: Martin Claret, 2000. 125 p.

SARLET, I. W. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988.** 7. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009. v. 1. 170 p.

\_\_\_\_\_. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais, 8ª edição, revista, atualizada e ampliada.** 8. ed. Porto Alegre: Editora Livraria do Advogado, 2007. 503 p.

SCARPA, Franco. L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Firenze: 2007. mimeo.

SILVA, Haroldo Caetano. **Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: A experiência goiana do Paili.** Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010; 20(1): 112-115

\_\_\_\_\_. **Implementação da Reforma Psiquiátrica na Execução das Medidas de Segurança.** Goiânia: Escola Superior do Ministério Público do Estado de Goiás, 2009.

SILVA FILHO, João Ferreira da. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (Org.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** 7. ed. Petrópolis: Vozes, co-edição ABRASCO, 2001. p. 75-102.

SILVA, Martinho Braga Batista e. **O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO.** Physis [online]. 2010, vol.20, n.2, pp. 653-682. ISSN 0103-7331.

SIMONETTI, Giulia. Ospedale psichiatrico giudiziario: aspetti normativi e sociologici. Il caso di Montelupo Fiorentino. Disponível em: <<http://www.altrodiritto.unifi.it/sanita/simonetti/index.htm>>. Acesso em: 10 out. 2011.

TAVORALO, Douglas. **A casa do delírio: reportagem no manicômio judiciário de Franco da Rocha.** São Paulo: Senac, 2001.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro. Rios Ambicioso, 2001.

TRISTÃO, Adalto Dias. **Sentença criminal: prática de aplicação de pena e medida de segurança.** 6. ed. rev., ampl. e atual. Belo Horizonte: Del Rey, 2004. 436 p.

ZAFFARONI, Eugênio Raul; PIARANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro: parte geral.** 5ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.