

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

MAGDA FERNANDA LOPES DE OLIVEIRA ANDRADE

A institucionalidade da vida do “louco infrator”: os atores técnicos e seus discursos

Maceió

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

A institucionalidade da vida do “louco infrator”: os atores técnicos e seus discursos

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. João Vicente R. B. Costa Lima

Maceió

2014

**Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário Responsável: Valter dos Santos Andrade

- A553i Andrade, Magda Fernanda Lopes de Oliveira.
A institucionalidade da vida do “louco infrator”: os atores técnicos e seus discursos Magda Fernanda Lopes de Oliveira Andrade. – 2014.
123 f.
- Orientador: João Vicente R. Barroso da Costa Lima.
Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Maceió, 2014.
- Bibliografia: f. 115-122.
Inclui anexo.
1. Crime. 2. Criminosos doentes mentais. 3. Loucura. 4. Prazos (Direito).
5. Organização judiciária penal. I. Título.

CDU: 316:343.96

Folha de Aprovação

Autora: MAGDA FERNANDA LOPES DE OLIVEIRA ANDRADE

(A institucionalidade da vida do "louco infrator": os atores técnicos e seus discursos. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Universidade Federal de Alagoas – UFAL, na forma normalizada e de uso obrigatório).

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, aprovada no dia 20 de janeiro de 2014.

Orientador

Examinador

Examinador

Dedicatória

A Deus, força e luz em minha vida;

A minha mãe Eliane, minha avó Elza e minhas filhas Maria Fernanda e Marina, as quatro mulheres da minha vida;

Ao meu esposo Hemerson e meu irmão Mateus Felipe, pelo amor e carinho;

As minhas tias Cícera e Adelma, ao meu tio Douglas, aos meus primos Rita de Cássia, Florbella Proença e Laerte Tássio, pelo apoio e incentivo;

A todos aqueles, familiares e amigos, que vibram com cada degrau e vitórias alcançados em minha jornada profissional.

Agradecimentos

Ao professor Dr. Orientador, João Vicente, pela disponibilidade, apoio e dedicação;

A toda minha família pela ajuda, carinho e incentivo;

Aos amigos e professores do curso do Mestrado em Sociologia - UFAL, pelos bons e inesquecíveis momentos compartilhados;

Ao funcionário Gilnison Ramos, pela dedicação e apoio aos mestrandos;

Ao professor e amigo Sérgio Coutinho, pela atenção, pelo apoio e incentivo;

À 16ª Vara de Execuções Penais de Alagoas, pela acolhida;

Ao Manicômio Judiciário de Alagoas Pedro Marinho Suruagy, por fazer parte da minha vida desde 2008.

“E será justamente o tempo que será violado no interior das instituições totais, tempo que tenderá a nunca mais ser recuperado, se tornando definitivamente perdido”.

Erving Goffman.

Resumo

Este estudo analisa a institucionalidade da vida do “louco infrator”, por intermédio dos discursos dos atores técnicos (juízes, médicos, advogados, promotores, defensores públicos e outros profissionais) constantes em documentos como “laudo pericial”, “relatório”, “sentença”, “despacho”, “parecer”, entre outros. Apresentamos a loucura e as formas de a sociedade lidar com ela e discutimos o louco e a loucura em suas fronteiras jurídico-sociológicas, ou seja, uma abordagem da legislação brasileira frente ao “louco infrator” no contexto sociológico. Os resultados confirmam a hipótese de que a institucionalidade da vida do “louco infrator” pode ser concebida por meio dos discursos dos profissionais envolvidos no modelo institucional atual, os quais permitem a existência e a manutenção de tal sistema institucional da forma como ele é. A ordem da realidade institucional atual permite a visualização de um indivíduo engolido pelas tramas de um tempo que não volta atrás, já que a instituição carrega características de isolamento e segregação sociais em um mundo desfocado de suas finalidades. O bem-estar e a qualidade de vida do “louco-infrator” são objetos de pouca preocupação.

Palavras- Chave: loucura, crime, instituição, tempo.

Abstract

This study analyzes the institutional life of the " Mad offender " through the discourses of technical actors (judges, doctors , lawyers, prosecutors , public defenders and other professionals) contained in documents as " expert report " , " report " , "sentence " , " order " , " opinion " among others . Here is the madness of society and ways to deal with it and discuss the mad and crazy in their legal and sociological boundaries, ie an approach to Brazilian law against " offending crazy " in sociological context . The results confirm the hypothesis that the institutional life of the "insane offender " can be conceived through the discourses of professionals involved in the current institutional model , which allow the existence and maintenance of such institutional system the way it is . The order of the current institutional reality allows visualization of an individual plots engulfed in a while that does not turn back , as the institution bears characteristics of isolation and social segregation in a blurred world of its purposes . The well - being and quality of life of the " mad - offender " are objects of little concern .

Key – Words: madness, crime, institution, time.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I: Do louco e da loucura	15
1.1 Da definição de louco e loucura.....	15
1.2 Das formas de lidar com o louco e a loucura.....	17
1.2.1 Séculos XV e XVI: período da liberdade e verdade.....	17
1.2.2 Séculos XVII e XVIII: período da grande internação.....	18
1.2.3 Época contemporânea: da propagação dos asilos à reforma psiquiátrica.....	23
1.3 Da manutenção do confinamento da loucura nas instituições psiquiátricas.....	26
1.4 Aspectos burocráticos das instituições modernas.....	29
1.5 O ambiente institucional e suas relações.....	31
CAPÍTULO II: O louco e a loucura em suas fronteiras jurídico-sociológicas	37
2.1 Do manicômio judiciário.....	37
2.2 Entendendo a Medida de Segurança.....	42
2.3 O único e último censo nacional: 2011.....	53
2.4 Realidade do estado de Alagoas.....	58
CAPÍTULO III: Os atores técnicos e seus discursos	67
3.1 Métodos.....	67
3.2 Resultados: análise e discussão.....	70
3.2.1 Aspectos relevantes da pesquisa.....	70
3.2.2 Do processo judicial.....	73
3.2.3 Do perfil das 10 vidas institucionalizadas.....	73
CONCLUSÃO	113
REFERÊNCIAS	115
ANEXO: Modelo de Laudo Pericial Psiquiátrico	124

INTRODUÇÃO

As questões relacionadas ao “louco infrator” há muito geram controvérsias, em especial, sob o aspecto tempo de duração do instituto jurídico denominado medida de segurança a ele destinada. Isso porque, de acordo com a legislação brasileira, não existe tempo de duração máximo da medida de segurança, estando a desinternação do “louco infrator” a depender da averiguação, por perícia médica, da cessação de um elemento de conceito bastante subjetivo: periculosidade.

Quando um indivíduo comete um crime, a ele é, pela legislação brasileira, imputada uma pena, cujo tempo de permanência em presídio não pode ultrapassar o total de 30 (trinta) anos¹. Todavia, quando um indivíduo comete um crime, mas é caracterizado como portador de algum transtorno mental, tendo sido considerado incapaz de discernir sobre a sua conduta criminosa, denominado no universo jurídico de inimputável, a ele é destinada uma medida de segurança e não uma pena, medida cujo tempo de duração máximo não é previsto em lei.

Na prática, há nítida transgressão à regra de vedação de pena de caráter perpétuo prevista na Constituição Federal², uma vez que, em muitos casos, a institucionalização prolongada e a falta de perspectiva de desinternação são evidentes. Situações comprovadas a partir do censo realizado em 2011, levantamento inédito, que identificou 3.989 cidadãos brasileiros internados, compulsoriamente, nos 26 (vinte e seis) Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em funcionamento no país (Diniz, 2013, p. 06).

O censo descreveu, de forma quantitativa e qualitativa sobre tal população institucional e confirmou que, no cenário brasileiro, a situação vivenciada pelo “louco infrator” é violadora de direitos humanos.

No estado de Alagoas, o estabelecimento onde o “louco infrator” é submetido à medida de segurança denomina-se de Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, popularmente chamado de CPJ ou Manicômio Judiciário, denominação antiga dada a tais estabelecimentos em 1920, sua origem.

Diniz (2013, 59) informa que no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (HCTP – AL), em 2011, havia 98 pessoas internas, dentre as quais o total de 35 pessoas estava realmente em cumprimento de medida de segurança.

¹ É o que diz o art. 75 do Código Penal Brasileiro.

² Ver na Constituição Federal, art. 5º, XLVII, “b”.

O meu interesse por este tema surgiu em 2008 quando, na graduação, pôde ser realizado um estudo empírico por meio do qual conseguimos traçar o perfil do “louco infrator” no estado de Alagoas, identificando características ambientais (aspectos do local da pesquisa, funcionários, rotina diária) e dos internos (sexo, faixa etária, naturalidade, escolaridade, profissão, diagnósticos, tipos de delito, principais vítimas e existência ou não de referência familiar). E ainda, destacando a categoria tempo, foi possível visualizar o período de institucionalização de cada interno e, inclusive, averiguar que, em detrimento da lei, que prevê como requisito indispensável para a desinternação a realização anual de perícia médica para avaliação da cessação ou não da periculosidade, havia intervalos de mais de 10 anos sem submissão do interno a tal procedimento.

Identificamos também alguns efeitos sóciojurídicos decorrentes da referida indeterminação do tempo de duração das medidas de segurança, como: abandono familiar, aumento da estigmatização do louco infrator, cronificação da doença, violação a direitos humanos e transgressão à vedação constitucional de prisão perpétua.³

Com o conhecimento de que o censo realizado em 2011 tratou-se de um trabalho oficial inédito, senti-me lisonjeada em, no ano de 2008, já ter tido a percepção de que tal população, invisível e esquecida, carecia de ajuda, ou, ao menos, de confirmação sobre a sua existência. Necessidade que foi comprovada após averiguação através da aludida pesquisa de alcance nacional.

A nossa intenção agora, com a concepção de que conhecemos a população encarcerada nos manicômios, é compreender o processo de institucionalização da vida do “louco infrator” a partir das concepções dos atores técnicos ali envolvidos (juízes, promotores, advogados, médicos psiquiátricos, entre outros), cujos discursos, evidenciados a partir de decisões, pareceres, laudos, expressos em processos judiciais, vão determinar a vida daquelas pessoas, isto é, a entrada, a permanência ou a saída do manicômio judiciário.

No primeiro capítulo “Do louco e da loucura”, apresentamos a loucura e as formas de a sociedade lidar com ela, o que, entre outros aspectos, culminou na sua institucionalização, no processo de medicalização da loucura, na sua transformação em doença expressa em sinais e sintomas, situação atual vivenciada por muitos

³ Artigo publicado no Instituto Brasileiro de Direito e Política de Segurança Pública – IDESP – disponível em <http://www.idespbrasil.org/?r=artigo/visualizar&id=53>, acessado em 15.11.2013.

cidadãos identificados como “loucos infratores”, que carregam consigo dois estigmas, o da loucura e o do crime.

Apresentamos o resultado do censo 2011, uma visão geral do Brasil, assim como é exposto o resultado referente à realidade mais próxima de nós, características da instituição do estado de Alagoas: Centro Psiquiátrico Pedro Marinho Suruagy.

No segundo capítulo, discutimos o louco e a loucura em suas fronteiras jurídico-sociológicas, ou seja, a loucura e o direito, a abordagem da legislação brasileira frente ao “louco infrator”, em especial, no contexto sociológico, coadunando com os pensamentos de autores como Erving Goffman, Michel Foucault, Max Weber, dentre outros, notadamente voltados para as dimensões sociológicas das instituições das burocracias.

É válido destacar que Erving Goffman, saudoso cientista social, na década de 60, desenvolveu estudos na busca de conhecer o mundo social do interno em hospital para doentes mentais e formulou conceitos de “instituição total”, “carreira moral”, “vida íntima da instituição”, além de analisar o modelo médico e a hospitalização psiquiátrica.

Enquanto isso, Michel Foucault, em seus escritos, nos faz refletir sobre a sua importância para as transformações da loucura, bem como as práticas que sobre ela incidem. Os citados autores nos darão bases para travar discussões entre cientistas sociais, na busca de entender a instituição e sua lógica de funcionamento.

No terceiro e último capítulo, abordamos o conjunto de discursos dos profissionais ali envolvidos (juízes, psiquiatras, promotores de justiça, advogados, psicólogos e outros) sobre a loucura, o louco e a instituição, momento em que são analisados tensionamentos existentes entre os pontos de vista visualizados, bem como as aproximações e distanciamentos com as categorias analíticas de Goffman e Foucault, isto é, apresentamos a interpretação da instituição por seus atores na análise de processos judiciais em fase de execução da medida de segurança.

O nosso trabalho é de aproximação do manicômio judiciário a partir do processo judicial, buscando entender a institucionalização da vida do “louco infrator” por meio dos discursos expressos em palavras, em folhas e folhas de papel contidas em processos judiciais, das pessoas envolvidas na manutenção de tal sistema.

Entendemos tal estudo como algo de grande relevância social, frente às poucas pesquisas científicas que se preocupam em averiguar as condições sociais

de tais sujeitos, além de permitir ao estado de Alagoas a visualização jurídico-social da instituição por meio da realidade vista pelos profissionais que no dia-a-dia decidem a vida dos loucos infratores. Até mesmo porque, em outros estados, como Minas Gerais, Rio de Janeiro e Goiás, já foram implantadas algumas mudanças, com a instituição de programas voltados para atender os “loucos infratores”, com base nas mudanças trazidas pela reforma psiquiátrica brasileira fundamentada na luta antimanicomial.

Com o objeto da presente pesquisa, identificamos o seguinte problema: que ordem de realidade institucional é configurada a partir das concepções dos profissionais envolvidos no processo de institucionalização da vida do “louco infrator”, notadamente das tensões entre um discurso “jurídico-punitivo” e de um discurso “psiquiátrico-terapêutico”?

A nossa hipótese é a de que a institucionalização da vida do “louco infrator” pode ser concebida nos discursos dos profissionais envolvidos no modelo institucional atual, os quais permitem a existência e a manutenção de tal sistema, sendo certo que algumas das categorias analíticas identificadas por Erving Goffman e Michel Foucault em seus estudos podem ser visualizadas no referido modelo e discurso dos seus atores técnicos (profissionais).

O nosso objetivo principal é entender o processo de institucionalização a que está submetido o “louco infrator” com base nos discursos de alguns dos profissionais (atores técnicos) envolvidos em tal contexto (juizes, promotores de justiça, advogados, defensores públicos, profissionais de saúde, entre outros).

Para tanto, a metodologia adotada consiste em um estudo teórico- prático, com abordagens quantitativa e qualitativa, onde, em primeiro plano, são analisados, com criticidade, dados institucionais do único censo realizado, em 2011, informações referentes à população do manicômio judiciário no Brasil e em Alagoas (visão geral e específica).

Ora, quando falamos em abordagem quantitativa da pesquisa, queremos apenas elucidar que trabalharemos com dados embasados em números, pois apresentaremos o censo realizado em 2011, o qual teve um método estatístico definido. Entretanto, ao falarmos em abordagem qualitativa, queremos informar ao leitor que, na apresentação de nossos resultados, questionamentos e indagações, não estaremos seguindo um instrumental estatístico específico para análise dos dados e elementos obtidos, mas sim o nosso foco de interesse é amplo, com base

na obtenção de dados descritivos decorrentes do contato direto e interativo do pesquisador, eu, com o objeto de estudo, situando a minha interpretação frente ao fenômeno estudado. Isto é, nos processos judiciais estudados será considerado o ambiente natural como fonte direta de dados em relação com a pesquisadora na condição de instrumento fundamental, além disso, a pesquisa possui um caráter descritivo e um enfoque indutivo. Faremos análise documental e apresentaremos histórias de vidas.

Posteriormente, serão averiguados 10 (dez) processos judiciais, cujo critério era o de que deveriam estar em fase de cumprimento de medida de segurança em sua forma de internação. Isso mantendo o anonimato, para análise dos discursos dos profissionais (juízes, médicos, promotores de justiça, advogados, defensores públicos, psicólogos etc.) constantes em documentos como “laudo pericial”, “relatório”, “sentença”, “despacho”, “parecer”, dentre outros documentos, capazes de identificar pontos de vista, conteúdos indicativos de jogo de poder entre categorias e as suas visões e/ou tensionamentos sobre os “loucos infratores”, a loucura, o funcionamento da instituição, os outros saberes que não o dele, por exemplo, como o advogado vê o saber do médico psiquiátrico e suas intervenções na sociedade fora do manicômio, o normal e o patológico, entre outras perspectivas.

Destacamos que os 10 processos analisados possuem um ponto de cruzamento em comum: fazem referência a dez pessoas que possuem vidas institucionalizadas e vivem sob a lógica de um sistema de confinamento, cujos fundamentos de existência são mantidos também pelos que o compõem.

Os dez processos escolhidos expressam aspectos saturados sob a ótica discursiva de conteúdos em níveis suficientes para completarmos a análise dos atores envolvidos no processo de institucionalização do louco infrator, considerando a informação do último censo de que 35 pessoas estavam, em 2011, em cumprimento de medida de segurança no estado de Alagoas.

A estratégia de ação versou na leitura de obras para revisão da literatura, com o objetivo de aprofundar os estudos sobre a referida instituição e poder relacionar os discursos dos profissionais encontrados com as opções teóricas escolhidas (Erving Goffman, Michel Foucault e Weber).

Nossa intenção foi a de conseguir travar uma discussão sociológica acerca de um tema mais próximo do mundo jurídico, porém carente de estudo e discussão,

a fim de que a sociedade conheça a realidade de um grupo que dela faz parte, por meio do discurso de profissionais envolvidos no contexto de institucionalização.

CAPÍTULO I: DO LOUCO E DA LOUCURA

1.1 Da definição de louco e loucura

A loucura é revelada como um objeto presente na vida do homem, como um tema que fascina e intriga, e que não tem sentido único em todas as sociedades, sendo um conceito construído, com variações de cultura para cultura (Cherubini, 1997, p. 28).

Como alude Sander (2010), Foucault apresenta uma tese geral, segundo a qual a loucura não é um fato da natureza, mas da civilização.

Na antiguidade, tomando como base os egípcios, havia a crença de que o mundo havia sido governado por deuses. Muitas das manifestações, entendidas hoje como sinais e sintomas da loucura, eram tidas como normais, sendo possibilidades de os homens se comunicarem com as divindades (Pedro, 1986, p. 35).

Na idade média, a loucura era tida como um castigo de Deus, assim como outros males, como a lepra. Era comum, portanto, que os loucos fossem abandonados à própria sorte ou depositados em locais de internamento, os antigos leprosários, evitando assim o contato com a comunidade em geral. Como já disse Foucault em sua obra: “Prender os loucos era essencialmente imunizar a sociedade contra o perigo que eles representam” (Foucault, 2009, p. 430).

Nos fins do século XVIII, a loucura aparece como um fenômeno patológico. Aos poucos, o local de confinamento e exclusão passa a ser um local de observação e tratamento dos loucos pela medicina, então enclausurados na doença mental. “A possibilidade de aglutinar os loucos em um mesmo espaço, para conhecer e tratar suas loucuras, permite o nascimento da psiquiatria” (Amarante, 1994, p. 41).

O desenvolvimento da anatomia patológica influenciou fortemente o pensamento da psiquiatria da época, fazendo com que os médicos buscassem causas orgânicas da loucura e desenvolvessem, conseqüentemente, procedimentos terapêuticos físicos e medicamentosos (Ribeiro, 2006, 50).

Foi o período que Foucault (2009, p. 45) chamou de “A grande internação”. E por que não dizer, a institucionalização da loucura por intermédio da sua patologização?

Observa-se que a concepção do fenômeno da loucura privilegia uma abordagem biologista dentro de uma teoria positivista. Decorre, pois, a idéia de que o doente mental seria resultado de uma alteração biológica indefinida, restando aceitar sua diferença relativamente à norma. É daí que advém uma ação exclusivamente tutelar das instituições (Basaglia, 1985, p. 104).

Pode-se dizer que a *História da Loucura* de Foucault mostra o advento e domínio da razão sobre a desrazão, em que a loucura foi apropriada clinicamente para se tornar um assunto médico e, portanto, necessitando de tratamento (Sander, 2010).

Isso significa que era possível, em nome da neutralidade científica, deter-se apenas ao fenômeno da loucura, encerrado em si mesmo e reduzido a sinais e sintomas psíquicos. Fecham-se os olhos para as dimensões histórica, cultural e social do sujeito louco, submetendo-o ao tratamento moral e a todos os abusos realizados em seu nome, na tentativa de trazer o doente de volta do desvio à norma, tendo a instituição asilar como o palco.

Nesse sentido, o manicômio, a luz de Foucault (2009), é um lugar onde se estabelecem claras relações de poder. Internamente, ele limita o sujeito louco às normas institucionais e, externamente, o afasta do mundo social.

Oliveira (2010, 396) coloca que, em torno da loucura, se reúne uma diversidade de instituições sociais, que agem sobre ela para regular seus excessos, curá-la ou suprimi-la como perigo social, para sanear a cidade de seus efeitos de desordem e estranheza.

Com o olhar na instituição psiquiátrica, Foucault (2009) vê, na condição de atores internos, os terapeutas e os loucos. Os primeiros como aqueles que detêm o saber e o poder da loucura; enquanto que os outros são os coisificados, objetos de estudo e de intervenção.

O fenômeno da institucionalização do sujeito louco não fala apenas em seu confinamento aos muros do asilo, é mais do que isso; consolida-se como uma dimensão teórico-conceitual e outra política e ideológica, determinando práticas que também se institucionalizam. O caminho que Foucault percorre mostra uma

expansão de uma política de medicalização que atua sobre os mínimos desvios de conduta.

Da Idade Média à modernidade, Foucault nos conduz de uma loucura que é presença estética e cotidiana, a outra, silenciada, que assume a condição de fenômeno natural. Ele nos traz de uma “loucura errante”, ao seu confinamento na “doença mental”.

A loucura no texto foucaultiano desvenda um olhar para a engrenagem que a assimila à doença mental, refletindo ora uma política de exclusão operacionalizada pela internação, ora outra, mais recente, de “inclusão” e controle atualizados em processo sutil de regulação dos corpos.

1.2 Das formas de lidar com o louco e a loucura

Exploraremos o tema do nascimento da loucura em três períodos que se reportam, cada um, a concepções de loucura de época e que denotam tipos de sociedade e seus mecanismos de lidar com o fenômeno.

1.2.1 Séculos XV e XVI: período da liberdade e verdade

Tundis e Costa (1994, p. 20) referem que, nesse período, a loucura era experimentada livremente, fazendo parte do panorama e linguagem comuns. Era de caráter privado, determinado pelos costumes. O poder público só intervinha em assuntos de direito, como nos casos de validação ou anulação de casamentos em que um dos cônjuges enlouquecia ou se curava.

Completam ainda (p. 22) que o próprio conceito de loucura também era muito mais restrito. Limitava-se a aspectos exteriores da loucura, ao comportamento unicamente observável e, principalmente, quando este se constituía em obstáculo ou empecilho para o ambiente familiar e para a sociedade/comunidade.

Outro ponto questionável é o referente às formas de organização de trabalho, nas quais se assentava a economia das sociedades da época, que eram o trabalho agrícola de subsistência, como o artesanato para o consumo imediato, ou as trocas que aconteciam nos mercados. Atividades que acomodavam as diferenças individuais e respeitavam o tempo e o ritmo de cada trabalhador, não sendo a

aptidão e a inaptidão para o trabalho um critério importante para a determinação do que seria anormal ou normal, como após algum tempo aconteceu.⁴

Tundis e Costa (1994, p. 22) relatam que as famílias ricas mantinham seus loucos em casa, freqüentemente sob a guarda de um assistente especialmente contratado. Enquanto que aos pobres era permitido vagar pelos campos ou pelos mercados das cidades, sendo sua sobrevivência assegurada pela caridade pública ou por pequenos trabalhos realizados para particulares. Ou ainda, governos municipais costumavam remunerar famílias de lavradores que quisessem receber os loucos pobres não totalmente incapacitados para o trabalho. Neste tempo, a loucura fez parte da vida cotidiana, sendo uma experiência possível para cada indivíduo.

Pessoti (1995, p. 83) diz que na visão medieval e renascentista, a identificação da loucura se deu ao campo demonista, com predomínio da concepção religiosa e dos feitiços. Explicando como o demônio agia e interferia na mente humana. O que, segundo Cherubini (1997, p. 3), já retirava do louco a responsabilidade sobre a sua conduta.

No início do Renascimento, as imagens se libertaram da tradição religiosa da Idade Média, sobrecarregando-se num excesso de significações. No século XV, a fascinação que as imagens da loucura exerciam sobre o homem, manifestava-se pelas figuras de animais fantásticos, revelando a monstruosa loucura que se ocultava no interior dos homens: tudo o que neles existe de impossível, de inumano.

Entretanto, Tundis e Costa (1994, p. 21) diz que a tolerância aos loucos estava já no limite. Eram comuns relatos históricos de loucos pobres, considerados errantes, alvos de gozação e até mesmo de violência dos transeuntes, que não raro lhes atiravam pedras. Isto porque, ainda no século XVI, a loucura acabou sendo confiscada por uma razão dominadora, sendo, posteriormente, apontada como falta, erro, defeito e doença.

1.2.2 Séculos XVII e XVIII: período da grande internação

⁴ Nas atividades agrícolas, o ritmo é marcado pela natureza, como as alternâncias climáticas, o tempo de germinação e de gestação de um animal. Nas atividades artesanais, as diferenças individuais ou os diferentes estados psíquicos de um mesmo indivíduo, em distintas épocas e situações de vida, não desqualificam para o trabalho. Pelo contrário, elas se expressam no produto de trabalho, como um artista que se mostra em uma tela ou uma música. Sendo tais diferenças valorizadas pela própria arte produzida (Tundis e Costa, 1994: 22).

A partir desse segundo momento, a loucura passa a ser vista como um grave problema social. Os desocupados, mendigos e vagabundos e, inclusive os loucos, que viviam a vagar pelas ruas das cidades, passaram a ser vistos como fonte de desordens e de possíveis revoltas.

Como relatam Tundis e Costa (1994, p. 24), surgiram, em toda a Europa, movimentos de repressão à pobreza, à vagabundagem e à ociosidade, voluntária ou não. Até mesmo originaram leis para que tais pessoas fossem punidas.

Nesse período, ocorreu o fenômeno que Michel Foucault (2004, p. 45) chamou de “a grande internação”. Foram criadas instituições, casas de correção e de trabalho e os chamados hospitais gerais e Santas Casas que, apesar do nome, não tinham nenhum caráter médico, podendo ser entendidas como casas de trabalho forçado. As diversas casas de internamento foram criadas com caráter de punição, como uma forma de reação à miséria. O objetivo era de limpar a cidade dos mendigos e antissociais em geral, fornecer trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade, mediante instrução religiosa e moral. Ainda, segundo Foucault:

Os doentes mentais que eram considerados perigosos ou violentos eram aprisionados em prisões, juntamente com criminosos comuns e os outros eram internados em hospitais gerais, mas sempre afastados e em piores condições, junto de pessoas com doenças incuráveis.

É nesse contexto que a loucura será apagada do contexto social e que o louco passará a ocupar uma posição de necessariamente excluído. A loucura se fixa em definitivo no hospital, sendo retida em casas de internamento. Muitas dessas casas são antigos leprosários reativados pelo clero ou por mando real, porque, até o fim das Cruzadas, o mal que destruía a Europa era a lepra. Mas, como essa acabou desaparecendo, outros personagens, como os pobres, os vagabundos, os ociosos e os *loucos*, chamados à época de “cabeças alienadas”, com o objetivo de exclusão social e reintegração espiritual, passaram a ocupar o espaço vazio dos leprosários.⁵

⁵ “Confinados nos porões das Santas Casas e hospitais gerais, os doentes mentais iriam partilhar com os demais deserdados de todas as formas de punição e tortura, algumas sofisticadas, e a maioria grotesca. As vítimas da insanidade, na qual já se reconhecia alguma especificidade, iriam sofrer tratamentos médicos que, levados a tal grau de brutalidade, não podiam ser desqualificados como formas de tortura” (Tundis e Costa, 1994, p. 25).

Os hospícios europeus do século XVII foram fundados e estruturados semelhantes às prisões, com a única tarefa de confinar pessoas socialmente indesejáveis (Valamiel, 1994, p. 12).

A loucura é percebida no campo formado pela própria miséria, pela incapacidade para o trabalho e pela impossibilidade de se integrar no grupo, devido a características particulares. A loucura se incorporou em uma nova “experiência do desatino”, que era uma criação própria da idade clássica, ligada ao crime, à libertinagem, à desordem, às diferentes formas do mal.

Ainda em meados do século XVIII, as pessoas continuavam com medo do internamento, porque o desatino ganhava valor de doença. E, com esse pensamento, os locais de internamento deviam ser purificados, mais arejados e mais bem segregados, isto é, mais isolados.

O medo desses focos do mal que eram as casas de internamento, acaba por redimensionar a loucura entre as preocupações sociais. Ao mesmo tempo, ocorre um movimento que delimitava um novo espaço para o qual a loucura iria se deslocar. Na segunda metade do século XVIII, começaram a surgir protestos contra essa situação por parte dos próprios internos (não-loucos), que reclamavam o fato de se encontrarem no mesmo lugar que os loucos e de serem confundidos com esses.

Ser internado com os loucos significava receber uma punição adicional. Do mesmo modo que era correr o risco de também se tornar louco. Os protestos eram dirigidos, portanto, contra a mistura feita entre loucos e não-loucos e não contra a relação entre loucos e internamento. Ao contrário, o vínculo entre a loucura e o internamento se estreitou tanto, que se tornou quase essencial.

Temporariamente, no final do século XVIII, o espaço natural da cura não era mais o hospital, mas a família do doente. Contudo, entendia-se que, confinados às famílias, os loucos eram um perigo solto, sendo tomada, quanto a isso, uma medida de proteção social e cabida uma sanção penal aos que deixassem os loucos a vagar livremente pela cidade, perturbando a ordem. E, aos poucos, foram criadas casas reservadas apenas aos loucos. Isso porque a sociedade reconheceu sua responsabilidade para com a loucura, devendo proteger a população contra seus perigos.

O confinamento dos loucos representa, na área jurídica, o desaparecimento da liberdade já efetuado pela loucura no plano psicológico, sendo a ausência da

liberdade entendida como a essência da loucura, tornando o internamento uma “prescrição natural”. De um lado, seria uma resposta ao dever de dar assistência aos que não podem livremente ministrar a si mesmos e, por outro, uma medida de defesa e segurança contra os perigos que os loucos representam para a sociedade, tornando-se um lugar de cura.

Valamiel (1994, p. 13) salienta que, no século XIX a loucura passou de fenômeno humano para alvo da área médica. A loucura recebe definição médica como alienação mental, sendo integrada ao campo da medicina, mais especificamente, da psiquiatria, especialidade médica que, de acordo com Pessoti (1995, p. 145), foi inaugurada com o *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental (1801)*, ou *Traité*, uma obra de Pinel.

O autor afirma que, com a apropriação, pela medicina, da loucura como seu objeto de conhecimento, a casa de internamento tornou-se lugar de cura, transformou-se em asilo. Significa dizer que, enquanto o internamento ganhou valor terapêutico, a loucura tornou-se objeto médico e ganhou valor de doença, forjando-se entre doença e asilo uma relação necessária.

Apesar disso, o tratamento com finalidade de cura foi empregado somente durante o curto período em que a doença foi considerada curável, permanecendo os pacientes, depois desse tempo, permanentemente enclausurados. Os doentes mentais continuaram excluídos e isolados da sociedade, sempre sob a vigilância da autoridade do médico que, nessa fase, passou a ser essencial, surgindo o asilo moderno (Foucault, 2004: 459).

Ligado ao surgimento do asilo, além de Pinel, na França, emergiu Tucke, na Inglaterra. Ambos não romperam com as práticas do internamento, mas as humanizaram. Pinel, por exemplo, aboliu o uso de constrições físicas como as correntes que prendiam os internos, o que, tão somente, não significou “libertação da loucura”.

O autor relata que o asilo idealizado por Tucke buscava reconstituir uma família (fictícia) para o doente, devendo esse se sentir em casa e se submeter a um controle social e moral. A sua cura se daria quando surgissem nos doentes sentimentos de dependência, humildade, culpa e reconhecimento, constituintes da base moral da vida familiar. E, para isso acontecer, os médicos recorriam a meios como ameaças e punições, infantilizando e culpabilizando o louco.

Enquanto que Pinel construiu, em torno do louco, um círculo invisível de julgamentos morais, o denominado “Tratamento Moral”. No seu modelo, o louco era constantemente observado e o médico tinha a tarefa de controlá-lo rigorosamente, reprimindo os vícios, extinguindo irregularidades, denunciando tudo aquilo que se opunha às virtudes da sociedade. Nessa instituição, só poderia existir a diferença entre o normal e o anormal, enquanto que ao louco cabia tomar consciência do seu ser doente.⁶

Já os adeptos à corrente organicista aplicavam tratamentos físicos violentos, além de numerosos psicofármacos ou psicotrópicos, buscando atingir o sistema nervoso. Pretendiam alterar o estado do cérebro, atuando diretamente sobre ele, para modificar as idéias delirantes e o comportamento desviante (Pessoti, 1996, p. 293). As emoções e percepções do paciente não eram consideradas; apenas a lesão no encéfalo.

Ao lado das práticas inovadoras, Pinel e seus seguidores, com destaque para Esquirol, faziam uso de tratamentos físicos, como os organicistas empregavam, tais como sangrias, vomitórios, duchas frias, entre outros métodos. Faziam, porém, por acreditarem em experiências sensoriais e cognitivas novas, contrárias as que o comportamento ou a fala delirante do alienado evidenciava, como forma de corrigir os distúrbios mentais. E assim estavam os asilos, repletos de “insanos” (Cherubini, 1997, p. 25).

Em síntese, o século XVIII dá lugar a uma divisão entre os loucos, o que permite a invenção do asilo, da psiquiatria. A loucura é afirmada em seus direitos, adquire propriedades mais nítidas que refazem, sob outros parâmetros, o seu destino de exclusão (Oliveira, 2010, 403).

O fato é que Foucault atribui a Pinel e a Tucke a construção de um solo da psiquiatria positiva fazendo nascer o mito da libertação dos loucos. Contudo, o trajeto arqueológico permite afirmar que aquele saber faz “passar por natureza aquilo que é conceito, por libertação de uma verdade o que é reconstituição de uma

⁶ Mesmo sendo extremamente valorizada, a intervenção médica, nesta época, não se dava por conhecimentos científicos. Eram escolhidos para trabalharem com os loucos pessoas de grandes conhecimentos, oriundos da experiência asilar, não sendo necessário que fossem conhecimentos objetivos da medicina ou que seu aplicador fosse um médico; bastava que fosse considerado um sábio. Kant, a respeito, afirma preferir que o contato com os loucos deveria ser realizado por filósofos (Foucault, 1999: 497). Logo, o médico dominava a loucura não por a conhecer, mas por saber discipliná-la dentro do asilo.

moral, por cura espontânea da loucura aquilo que talvez não passe de sua secreta inserção numa realidade artificiosa” (Foucault, 2009, 476).

Ou seja, para Foucault os ditos libertadores da loucura, Pinel e Tucke, nada mais fizeram do que naturalizá-la como doença mental, fazendo passar por terapêutico um enclausuramento que cumpre a função social de saneamento e proteção da cidade, batizando como cura a submissão a princípios claramente morais.

1.2.3 Época contemporânea: da propagação dos asilos à reforma psiquiátrica

Na metade do século XIX, o método de Pinel estava arruinado. O internamento retornou à sua finalidade primordial de instrumento de segregação. O isolamento dos loucos deveria dar tranqüilidade à família e à sociedade, entendendo-se que a sua cura, para ser científica, deveria ter bases orgânicas, encontrando fortes aliadas nas drogas ou psicofármacos (Cherubini, 1997, p. 26).

Os hospícios se espalharam no mundo inteiro. Por muito tempo, essa forma de tratamento perdurou e se manteve inalterada, com características excludentes e segregadoras. Segundo Brito (2001, p. 16) “os asilos eram uma espécie de instâncias de julgamento, na qual o doente era vigiado nos seus gestos, contradito nos seus delírios, ridicularizado no seu erro e, em seguida, recebia uma sanção por sua conduta moral”. Isto é, no hospício, a moral era o dispositivo da cura.

Com a II Guerra Mundial, surgiram muitas críticas ao asilo psiquiátrico, devido a várias denúncias de maus tratos aos doentes mentais internos, nascendo várias discussões e movimentos em oposição à organização de tais lugares.

Pessoti (1996, p. 157) afirma que, apesar da mudança das antigas casas de internamento para o atual hospital psiquiátrico ser aparentemente pequena, entre os dois há uma diferença crucial. Os meios de repressão e controle extremamente abusivos, violentos e agressivos, como acorrentar pacientes, isolá-los em celas escuras, fechadas e insalubres ou utilizar-se de castigos corporais, passaram a ser considerados inadequados e antiterapêuticos.

No mundo inteiro, surgiram questionamentos referentes à estrutura institucional, sendo construídas possibilidades de atenção diferentes ao doente mental, a exemplo da Comunidade Terapêutica e Antipsiquiatria na Inglaterra, da

Psiquiatria Institucional e Psiquiatria de Setor na França, da Psiquiatria Preventiva nos EUA e Psiquiatria Democrática Italiana (Amarante, 1998).

A partir de tais movimentos, surgiu uma nova tendência de se oferecerem tratamentos mais humanizados aos pacientes. Entretanto, Pessoti (1996, p. 158) ressalta que não há um efetivo controle das instituições psiquiátricas, fazendo com que, apesar das modificações na noção do modelo de tratamento, muitos abusos ainda aconteçam.

Portanto, apesar dos melhoramentos ocorridos após as mudanças no século XIX, o hospital psiquiátrico atual é o tipo de estabelecimento que Erving Goffman (2003, p. 16) chama de *instituição total*, cujo conceito veremos.

Nesses locais, complementa Goffman que há uma perda da identidade, uma “mutilação do eu”, caracterizada principalmente por restrições de liberdade e das vontades individuais, ao serem, aquelas pessoas, submetidas ao controle de outras pessoas.

Brito e Dimenstein (2008, p. 188), citando Goffman, destacam que, nas instituições totais, os processos pelos quais o eu da pessoa é mortificado são relativamente padronizados. Significa dizer que a pessoa, após algum tempo de institucionalização, torna-se temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária.

Uma das etapas de tal “mutilação do eu” está na própria admissão, onde o paciente é, muitas vezes, despojado de seus bens pessoais, passa por processos como despir, dar banho, desinfetar, adquirir roupas da instituição e ser informado sobre as regras da instituição.

Na mesma linha de pensamento, Basaglia (1985, p. 120) entende o doente mental como um indivíduo que não tem seus direitos respeitados, sendo submetido ao poder do hospital psiquiátrico, onde é expulso das relações humanas, do seu contexto social, privado de sua liberdade pessoal e de seus pertences, tendo sua própria humanidade recusada. É um segregado que não pode lutar contra aqueles que os excluem, pois todos os seus atos são restringidos e julgados através da ótica e do estigma da doença.

O seu atributo de doente mental, como alude Goffman (1988, p. 12), passa a ser uma forma de marcá-lo como um indivíduo indesejável, limitado e diminuído pela doença e pela hospitalização. Essa exclusão se caracteriza também por uma discriminação baseada na condição social e econômica do paciente, normalmente

vindo de classes mais baixas da sociedade e que é internado, muitas vezes à força, em hospitais públicos.

Com isso, as oportunidades do doente mental se tornam muito restritas, já que ele passa a sofrer discriminações de todos os tipos dentro da sociedade, além de ser repetidamente rejeitado e desvalorizado por outros cidadãos. A sua imagem pública é extremamente negativa (Miles, 1982, p. 70).

Diante dessas indagações e outras, a Reforma Psiquiátrica surge para reformular, inovar as rotinas das instituições, para que essas possam lidar melhor com a loucura e o sofrimento psíquico, reconhecendo o indivíduo com doença mental como cidadão, com direitos e responsabilidades, buscando inseri-lo ativamente no processo terapêutico e no meio social.

Todavia, muitos obstáculos se erguem nesse caminho. Goffman (2009), ao escrever sobre a dificuldade de se resistir às instituições totais, cita dois que, por sinal, fielmente cabem à atualidade: a barreira dos técnicos e a barreira da Cida, ou seja, uma força de dentro e uma de fora resistindo contra a reforma psiquiátrica.

Concordamos com Gastaldo (2004, 438), ao mencionar que a obra de Goffman continua atual e pertinente nos estudos das ciências sociais na sua globalidade.

Nas sociedades atuais, o louco continua excluído. Como alude Basaglia (1985, p. 160): “as correntes que aprisionam a loucura já não são feitas de ferro, mas de palavras”. Esclarece:

Em matéria de loucura, o homem contemporâneo passou a ser aquilo que o discurso competente do conhecimento diz que ele é: doente de índole histérica, depressiva, esquizofrênica etc.; cuja linguagem é o delírio, cuja visão é alucinada, cujo comportamento é obsceno, cujo mundo é irreal.

O autor comenta que para explicar a doença mental, alguns estudiosos dão ênfase a condições orgânicas, quer sejam ou não hereditárias; outros, a conflitos de história de vida do paciente, assim como, mais recentemente, à patologia das relações interpessoais. A depender do conceito que se tem de loucura, os loucos poderão ser recuperados ou não e serão submetidos a este ou àquele tratamento.

Explica também que a própria Psiquiatria se encontra dividida quanto às causas que tentam explicar a doença mental. Existem desde os que a encaram

como uma doença orgânica até os que a negam totalmente como doença, desde os que justificam o confinamento nos asilos, até os que se engajam na luta pelos direitos dos loucos e sua liberdade.

Basaglia (1985, p. 176) afirma que, em meio a tudo isso, o internado é obrigado a passar por uma recuperação (ou “cura”) forçada e a viver em um local onde sua individualidade é anulada, e que, muitas vezes, será a sua casa para toda a vida.

Logo, pondo em questão toda a cultura ocidental moderna, a história nos revela que o louco é excluído, porque insiste no direito à singularidade e, portanto, à interioridade. Se a loucura é nesse mundo patologia ou anormalidade, é porque a coexistência de seres indiferenciados se tornou uma impossibilidade. Por vezes, o louco é considerado imprevisível e inexplicável e, muitas vezes associado, inclusive, com o crime, associação fundamental neste estudo e que será matéria de reflexão.

1.3 Da manutenção do confinamento da loucura nas instituições psiquiátricas

Quando o assunto é loucura, surge a necessidade de discutir o que seria a razão. A razão pode ser entendida como base da ação e do comportamento humano, elemento empregado para decidir, avaliar fatos e organizar a realidade, a fim de torná-la compreensível perante os homens.

Por intermédio da razão, os fatos são interpretados e os pressupostos individuais são construídos, presumindo julgamentos, valores e ética. Resulta da razão a consciência individual. A racionalidade possui capacidade de alterar conteúdos e, conseqüentemente, alterar consciências em face de contextos diversos, o que pode ser verificado ao longo da existência humana, dada a submissão do homem à influência de correntes filosóficas e ideológicas das mais variadas.

Assim ocorreu com a concepção da loucura ao longo da história. O contexto histórico-social não foi o único fator determinante para a construção de conceitos sobre a loucura e a forma de lidar com ela, mas, em grande medida, foi um elemento de forte influência.

A partir da obra de Weber “A ética protestante e o espírito do capitalismo”, observamos dois conceitos de racionalidade: uma “substantiva”, que se manifesta

pela importância dos valores que a infundem, de forte conteúdo ético-moral, com as prerrogativas de compreensão e cooperação entre os indivíduos; uma outra “instrumental”, estabelecida no cálculo da relação custo/benefício e referência por atingir seus fins com exatidão (Botti, 2011, p. 01).

Pessotti (1996) apresenta em seu texto que Esquirol (1838) acreditava que o modelo hospitalar na atenção à loucura não era, de modo algum, uma estrutura indiferente e sem importância. Sua construção não poderia passar apenas pela visão matemática de arquitetos e engenheiros, pois o objetivo principal de um hospital era tornar mais acessíveis e econômicos os cuidados dedicados aos loucos. O hospital psiquiátrico era fundamentalmente um instrumento de cura, cabia ao saber psiquiátrico organizar e pensar todo aparato que constituía o tratamento entre muros.

Weber identifica em cada tipo de racionalidade uma ética. Na primeira, a “ética da convicção”, já que tem como referência valores morais; e, na segunda, a “ética da responsabilidade”, que correspondente à ação referida a fins, tendo como marco a Reforma Protestante, evento essencial ao surgimento do capitalismo como hoje conhecemos, quando surgiu uma categoria de homem dominada pelo dinheiro, pela aquisição material como propósito final da vida (Weber, 2002, p. 46).

Isso significa que, nesse contexto, Weber destaca a economia como espaço no qual o indivíduo se insere e se modela a partir de uma ordem na qual ele tem que viver. Ele é forçado a se envolver num sistema de relações de mercado, conformando-se com as regras do comportamento capitalista.

E é justamente a partir dessa ordem, pautada na racionalidade instrumental, que legitimou a previsibilidade e a eficiência, necessárias para o desenvolvimento do capitalismo, que Weber (1974) aponta a emergência do modelo burocrático, de dominação ou de organização, referencial na precisão, continuidade, disciplina, rigor, confiabilidade, intensidade e aplicabilidade universal a todas as espécies de tarefas. Lembrando que toda a nossa vida cotidiana se encaixa nesse quadro.

Não seria diferente com as instituições psiquiátricas, onde se configura um sistema que privilegia a regra, a disciplina, a formalização de atividades, a organização hierárquica, a simplificação e rotinização das tarefas, num controle permanente dentro de evidentes relações de poder.

O fato é que o modelo de atenção à saúde também está, ideologicamente, alicerçado no modo de produção capitalista. Algo que nos lembra o que Weber já

discutira na sua obra referenciada. Na década de 70, estudos com base no materialismo histórico formularam críticas a tal modelo de atenção à saúde. Conforme Minayo (2004, p. 78): “a prática e o saber médico fazem parte da dinâmica das formações socioeconômicas, é no interior delas que podem ser explicadas como fenômenos históricos específicos, porém correlacionados com o processo social global”.

O modo capitalista, aliado ao saber médico, vai justificar a classificação e a exclusão dos incapacitados, porque a saúde, em tal contexto, passa a ser vista não como ausência de doenças, mas sim, ausência de incapacidade ou impedimento para o trabalho. E tal modo de produção impõe ao homem o rótulo de sujeito produtivo.

Nesse contexto de valorização da produção do homem como máquina, a loucura passou a ser vista como um grave problema social. E, juntamente com os loucos, vagabundos, mendigos e desocupados, que também viviam a vagar pelas ruas, passaram a ser vistos como fonte de desordens e revoltas sociais, dando vez à exclusão social, por que não dizer exclusão social material?

No contexto de saúde mental, o modo capitalista, aliado ao saber médico, vai justificar a classificação e a exclusão dos incapacitados para o trabalho. Para Costa-Rosa (2001, p.13), a saúde mental, à luz do materialismo histórico, é entendida numa perspectiva da luta entre interesses de classes, ocorrendo uma fragmentação do modo de produção capitalista, que rouba do homem sua subjetividade para transformá-lo em uma peça na engrenagem de produção.

Essa fragmentação, nas instituições psiquiátricas, acontece parte a parte, já que o sujeito louco, antes de ser privado da sua condição de trabalhador, já foi desapropriado de si mesmo, quando foi reduzido a um corpo doente e teve jogada a sua dimensão histórica e sociocultural.

E, segundo Desviat (1999, p. 15), com o fenômeno da industrialização, o contingente de pessoas encaminhadas aos asilos só aumentou. Isto é, o enclausuramento de desempregados, mendigos, desabrigados, numa intenção de ocultar a miséria, algo, segundo o autor, explicado pelo materialismo histórico e não pelas ciências naturais.

Todo esse processo de institucionalização da loucura acabou por estabelecer a supremacia do profissional médico sobre o doente, tirando deste o direito de voz e

tornando inflexíveis as relações interpessoais. O que se espera, em última instância, é a adaptação do doente mental a essas condições internas institucionais.

Mesmo com tal exposição de motivos, é certo que, preocupado com as determinações dos fenômenos sociais, Weber afasta-se das perspectivas positivistas da ciência e busca descrever uma forma de sociologia, a qual não era defendida como única possível, que permita compreender os sentidos e conexões presentes nas ações sociais (Oliveira, 2008, p. 02).

Era, pois, defensor de um individualismo metodológico. E seus constructos analíticos têm presença firme na atualidade. Sua sociologia ficou conhecida como compreensiva por conta da empreitada de se entender, compreender as ações sociais dos indivíduos. Weber criticou a teorização do fato social como algo que emana de fora para dentro, ou seja, do mundo exterior, da sociedade. Não seriam os indivíduos criadores dos fatos sociais? Que atores sociais fizeram parte da construção da institucionalização da loucura? Que atores sociais mantêm o atual modelo institucional?

1.4 Aspectos burocráticos das instituições modernas

Evring Goffman trata do aspecto burocrático das instituições modernas, em “Manicômios Prisões e Conventos”, o que permite a compreensão dos efeitos da dimensão burocrática nas instituições psiquiátricas. Destaca-se que, na concepção weberiana, como dito, a burocracia é um tipo de poder.

Goffman cria o conceito de instituição total, que pode ser considerado um tipo ideal weberiano, como “estabelecimento de aspectos comuns, com a esperança de posteriormente esclarecer diferenças significativas” (Goffman, 2010, p. 17).

Na concepção de Weber, tipo ideal é um instrumento de análise sociológica para a apreensão da sociedade por parte do cientista social com o intuito de criar tipologias puras, destituídas de tom avaliativo, de forma a oferecer um recurso analítico baseado em conceitos, como o que é religião, burocracia, economia, capitalismo, entre outros. (Ferreira, 2004).

Uma das principais características do tipo ideal não é o fato de que não corresponde à realidade, mas pode ajudar em sua compreensão, estabelecido de forma racional, porém com base nas escolhas pessoais anteriores daquele que analisa.

O tipo ideal ajudaria então na compreensão da sociedade, mas sem, de fato, corresponder a ela, vez que não seria possível alcançar a realidade em sua totalidade. Ferreira (2004) destaca que, igualmente, não seria possível alcançar a neutralidade total e objetiva do cientista, pois este é guiado por seus sentimentos, suas escolhas e seus valores.

Goffman analisa, então, a rotina de instituições caracterizadas pelo internamento e severo controle burocrático, bem como seus aspectos degradantes da personalidade do indivíduo. Para ele, uma instituição total é um local de residência e trabalho onde um grande grupo de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada (Goffman, 2010, p.11).

Para o referido autor, as instituições se realizam substancialmente nas ações dos atores que a integram (Santos, 2009, p. 237).

Foucault (2004, p. 153), em *Vigiar e Punir*, destaca que o modelo burocrático de ordem e controle de uma instituição total revela a orientação para a eficiência característica do caráter racional-instrumental da burocracia, com ênfase na disciplina como instrumento de controle.

Goffman (2010) aponta como o principal problema resultante da severa disciplina nas instituições totais o que ele denominou de “mortificação do eu” que, em nome do princípio da impessoalidade, prerrogativa da lógica que se impõe o modelo, promove uma contínua deteriorização da identidade do indivíduo, tanto pela submissão do interno a procedimentos que comprometem a identificação do sujeito com seus papéis sociais anteriores à internação, quanto pela sua objetificação, resultante, em especial, da perda das posses relativas à identidade, tais como nome, roupas e outras.

A caracterização das instituições totais revela a contradição presente na instituição psiquiátrica, ou seja, o objetivo de curar a doença mental e o caráter funcional da prática manicomial de isolamento e controle da loucura, ambiguidade resultante da filosofia utilitarista, no sentido de integrar a ciência psiquiátrica e a instrumentalização da medicina social, conforme apontou Foucault (2009) em *História da Loucura*.

Contudo, é justamente nas malhas da burocracia, na localidade onde o poder se instala, que surgiu outra realidade, mais recente, na qual uma reação ao atual sistema seria possível.

Estamos falando do movimento antimanicomial, que se contrapõe ao modelo manicomial tradicional, referenciado em princípios diversos dos da racionalidade instrumental descrita por Weber.

1.5 O ambiente institucional e suas relações

Para compreender o ambiente institucional e as relações que ali permeiam, não se pode deixar de falar em Goffman, aquele que recuperou para a sociologia “a relevância das propriedades de relações espacialmente próximas” (Frehse, 2008, p. 01).

Conforme destacou Frehse (2008, p. 02), as menções espaciais medeiam concepções sobre o ambiente físico da vida social, possuindo importância significativa no esquema conceitual desenvolvido por Goffman para compreender a estrutura normativa das interações face a face, não estritamente conversacionais – o que o autor chamou inicialmente de “ordem” ou “vida pública” e, em seus últimos escritos, de “ordem da interação”.

As categorias de Goffman ajudam a compreender a relação dos indivíduos com determinados lugares. Contudo, as vicissitudes teóricas do espaço em sua sociologia permanecem pouco conhecidas. Para ele, o espaço é algo complexo. O autor fala em espaço abstrato, como construções teórico-metodológicas, diferenciando-o do espaço físico. Sua obra oferece ao debate sociológico uma explanação interpretativa e alternativa do papel do espaço físico nas relações sociais.

No “mundo da loucura” não seria diferente. Goffman escolheu o hospital para estudar e divulgar a sua teoria. É certo, pois, que houve uma modificação das formas de lidar com a loucura ao longo dos tempos. Foucault (1999, p.11), em seu livro *História da Loucura*, mostra as verdadeiras dimensões da loucura como um fato médico. Ele dá à loucura um sentido de “fato de civilização”. Ou seja, Foucault entende que em determinado momento histórico, a doença ou transtorno mental passou a existir como uma máscara da loucura. Seria a loucura um fato social, mas que, dentro de uma realidade, tornou-se uma doença e, conseqüentemente, um repúdio.

Como vimos, o nascimento da loucura pode ser compreendido segundo três períodos. E cada um deles depende da concepção de loucura à época. O primeiro,

um período de liberdade e verdade, quando a loucura fazia parte da vida cotidiana, uma experiência privada. Na antiguidade, tomando como base os egípcios, havia a crença de que o mundo havia sido governado por deuses. Muitas manifestações, entendidas hoje como sinais e sintomas da loucura, eram tidas como normais, sendo possibilidades de os homens se comunicarem com as divindades.

Em seguida, o período da grande internação, passando pelos séculos XVII e XVIII, quando a loucura passou a ser vista como um problema social, tendo sido criadas as instituições, inicialmente, sem qualquer caráter médico, ocupando o louco uma posição de necessariamente excluído, de limpeza social.

O confinamento dos loucos representou então, na área jurídica, o desaparecimento da liberdade já efetuado pela loucura no plano psicológico, sendo a ausência da liberdade entendida como a essência da loucura, tornando o internamento uma “prescrição natural”. De um lado, seria uma resposta ao dever de dar assistência aos que não podem livremente ministrar a si mesmos e, por outro, uma medida de defesa e segurança contra os perigos que os loucos representam para a sociedade, tornando-se um lugar de cura.

Valamiel (1994, p. 13) salienta que apenas no século XIX a loucura passa de fenômeno humano para alvo da área médica. Ela recebe definição médica como alienação mental, sendo integrada ao campo da medicina, mais especificamente, da psiquiatria, especialidade médica que, de acordo com Pessoti (1995, 45), foi inaugurada com o *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental (1801)*, ou *Traité*, uma obra de Pinel.

O terceiro momento é o da propagação das instituições, com a nova tendência de oferecer tratamentos mais humanizados até o aparecer da Reforma Psiquiátrica. Isso porque, no mundo inteiro, surgiram questionamentos referentes à estrutura institucional, sendo construídas possibilidades de atenção diferentes ao doente mental, a exemplo da Comunidade Terapêutica e da Antipsiquiatria na Inglaterra; da Psiquiatria Institucional e Psiquiatria de Setor na França; da Psiquiatria Preventiva nos EUA e da Psiquiatria Democrática Italiana (Amarante, 1998, p. 98).

Erving Goffman (2010, p.11) chama o hospital psiquiátrico atual de *instituição total*, definida por ele como local extremamente fechado, onde um grupo de indivíduos é condicionado por outros indivíduos, isolados do convívio social, impedidos de sair por vontade própria sem a permissão de uma autoridade ou família e sem a menor possibilidade de escolher sua maneira de viver.

Esses locais restringem a liberdade e a singularidade, sendo pessoas submetidas a um controle rígido institucional. Pessoas consideradas indesejáveis justamente pelo atributo de doentes mentais que possuem, excluídos, limitados e diminuídos pela doença e pela internação.

E, tendo como meta o resgate da autonomia do sujeito, a reabilitação psicossocial, segundo Pitta (1996, p. 19), representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de saúde mental. A autora relata que, numa definição clássica da *Association of Psychosocial Rehabilitation Services*, 1985, seria “o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade (...) o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial e social”.

Apesar da luta antimanicomial, com a crescente racionalização do mundo, o homem tornou-se senhor de uma natureza desencantada, onde a loucura não encontra um lugar, ou melhor, o lugar para ela reservado ainda é o espaço da exclusão.

Com base nessas reflexões, Goffman afirma que o espaço social separa e une socialmente os indivíduos em grupos. Frehse (2008, p. 03), sobre o autor, afirma que, em busca do espaço, ele relata dois pressupostos espaciais. Primeiro, mencionando Simmel, cita que “os comportamentos individuais são “signos de posições sociais” que, por sua vez, constituem “símbolos de status”, quando utilizados como “recursos” que localizam indivíduos socialmente.

Depois, dialogando com Durkheim, Frehse (2008, p. 04) diz que o autor associa “as regras de conduta vigentes nas interações face a face a “rituais de evitação” e de “apresentação”, que integrariam a atividade cerimonial da deferência, importante cortesia ritual feita por um indivíduo a outro durante a interação na vida cotidiana.

O espaço interacional se configura então, simbolicamente, por meio das regras de conduta nas quais os indivíduos se orientam em co-presença. Continua a dizer que o espaço seria, essencialmente, metáfora de abstrações teórico-metodológicas forjadas nas também teóricas interação e estrutura social.

Para Perracini (2002, p. 801), um ambiente é um conjunto de atributos físicos, sensoriais, cognitivos, afetivos, espirituais, climáticos e funcionais que circundam no dia-a-dia e do qual se faz parte. Ambientes de trabalho, de moradia, de serviços e comércio, de lazer e cultura e de convívio social envolvem a interação constante entre espaços, pessoas e atividades, pertences, preferências, lembranças, espiritualidade e até possibilidades de mudança.

Refere Frehse (2008, p.05) que os espaços interacional e social constituem dois poderosos pressupostos do esquema interpretativo desenvolvido por Goffman para desvendar a estrutura normativa das interações. Destaca-se que ele conseguiu fazer uma sociologia no espaço. E, através da definição de instituições totais como estabelecimentos sociais concretos, desvendou o tipo de vida social que se desenrola nos limites físicos desses estabelecimentos, como uma ampla gama de ambientes físicos em que a vida social acontece, ou seja, um escopo variado de espaços físicos.

Ora, os limites físicos dos estabelecimentos sociais demarcariam apenas cenários empíricos referenciais para as análises, sendo a localização dos indivíduos no espaço físico algo interpretativamente relevante para uma sociologia da interação. Significa dizer que o espaço, além de mero cenário físico, interfere na vida social como condicionante físico de interações. A ele (espaço físico) é proposto o papel de "atos espaciais".

Segundo Foucault (2009, p. 85), "a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal". Logo, rituais coletivos de "incorporação de espíritos" são bem aceitos em determinadas sociedades e o nativo "possuído" dificilmente é curado por métodos da psiquiatria ocidental, além de, quando em sociedade, não ser visto como elemento "anormal".

Foucault (1999, p.10) definiu a loucura como um estado de alteração, como distúrbio do pensamento demonstrado por palavras ou atos; como um processo mental que pode traduzir comportamentos e idéias, derivado de causas físicas, passionais ou "internas".

Jacobina (2004, p. 68) ressalta que o conceito de loucura não é unívoco. Para ele, a loucura sempre foi, em todas as sociedades, uma questão de como a pessoa se relaciona consigo mesma, como se relaciona com os outros e, principalmente, como vê o mundo e como é vista por este. Coloca ainda que "alguém pode ser considerado louco num determinado contexto, e ser considerado um líder, em outro."

A loucura como doença é um conceito relativamente recente na história da civilização ocidental.

Tal concepção pressupõe que a loucura seria algo natural, imodificável, cuja compreensão teria variado ao longo do tempo, abandonando os conceitos psicopatológicos elaborados pela nossa cultura.⁷

Para Foucault, o fundamental no processo da constituição da loucura foi o ato que criou a distância entre a razão e a não-razão, isto é, entre a loucura e a não-loucura, e não o surgimento da Psiquiatria como especialidade médica; esta nasceu a partir do momento que o diálogo entre razão e loucura foi interrompido.

As ligações entre a Psiquiatria e o Direito datam há muito tempo. Isso porque o Direito Romano já estabelecia normas jurídicas, fazendo relação com o comportamento do indivíduo, ao reconhecer os seus atributos de uma consciência moral e de uma responsabilidade.

Conforme Cabral et al (2009, 186), os psiquiatras, no fim do século XIX e começo do século XX, dedicaram-se, com grande entusiasmo, aos estudos da psiquiatria forense, subespecialidade da psiquiatria, que lida com a interface entre lei e psiquiatria, atua nos casos em que haja qualquer dúvida sobre a integridade ou a saúde mental dos indivíduos, em qualquer área do Direito, buscando esclarecer à justiça se há ou não a presença de um transtorno ou enfermidade mental e quais as implicações da existência ou não de um diagnóstico psiquiátrico.

Conforme alude Caponi (2009, 97), em “O poder psiquiátrico”, Foucault destaca que o discurso psiquiátrico deve ser compreendido justamente na relação entre o hospital, a anatomopatologia e o nascimento da clínica.

Continua a dizer que Foucault, inclusive, faz uma distinção entre a figura do médico e do psiquiatra, como a distinção entre o corpo anatomopatológico, o corpo neurológico e ausência de corpo que caracteriza a psiquiatria.

Por um lado, existe um homem racional, aquele que encarrega o médico de lidar com a doença mental; por outro, há um doente mental, cuja relação com o

⁷ Tundis e Costa (1994: 18) citam Erasmo de Roterdan que, apesar de não definir o termo loucura em seu livro *Elogio da Loucura* (1509), o contrapõe à severidade, ao bom senso, à sobriedade e ao estoicismo que a ciência, as artes e a indústria, “como todas as outras pestes da vida humana”, introduziram no mundo. Identifica a loucura como as paixões e os comportamentos sensatos com o raciocínio, entendendo que a loucura é inata no homem e o raciocínio seria imposto de fora. Fala ainda que o próprio comportamento sensato e racional pode deixar de sê-lo, a depender do contexto em que ocorre, explanando a seguinte passagem: “se um sábio, dirigindo-se a alguém que chorasse a morte do pai, o estimulasse a rir e dissesse a ele que esta vida nada mais é do que uma contínua morte e que, por conseguinte, seu pai só fez cessar de morrer, passaria decerto, aos olhos de todos, por um louco furioso”.

próximo acontece dentro de uma racionalidade abstrata, a partir da ordem, constrição física e moral, pressão anônima do grupo e exigência de conformidade.

A Literatura aponta que, ao longo da história da humanidade, os comportamentos desviantes de membros de grupos sociais foram absolvidos e interpretados de maneiras distintas. Os comportamentos que hoje são classificados como transtornos mentais foram, em outras épocas, rotulados de formas diferentes e colocados no seio da cultura social, mediante diversos mecanismos.

Carvalho, apud Valamiel (1994, p.12), afirma que esses membros foram denominados de “feiticeiros”, “bruxos”, “possuídos”, “psicopatas” e, a depender do período histórico, eram considerados seres sagrados, ou seres que deveriam ser queimados vivos em fogueiras. Em tempos mais próximos, pode-se dizer que outras denominações emergiram, tais como insanos, alienados, alucinados, desatinos, maníacos, retardados, doidos, dementes, pirados, deficientes e doentes mentais, dentre outros nomes, sendo alguns desses com sentido pejorativo.

Como alude Jacobina (2004, p. 69), no Direito, prevalece ainda uma noção desumanizadora da loucura, fruto do desenvolvimento do racionalismo e do positivismo tão arraigados nas ciências desde a sua origem. Nessa desumanização, a loucura passa a ser uma entidade, equipara-se à doença. Ela passa a ter uma vontade, que supera a própria vontade humana e deslegitima o tão discutido princípio filosófico do livre-arbítrio, colocando-se além da punição, porém, não além do julgamento e da exclusão.

Embora entendendo o louco como irresponsável e inimputável, porque tomado por uma ausência de discernimento quanto à sua conduta, o direito brasileiro contemporâneo dilata a competência da justiça criminal para que a doença possa sofrer um julgamento penal e ser punida, por meio do instituto da medida de segurança, dentro de um processo de institucionalização da vida do “louco infrator”.

CAPÍTULO II: O LOUCO E A LOUCURA EM SUAS FRONTEIRAS JURÍDICO- SOCIOLOGICAS

2.1 Dos manicômios judiciários

A questão do “louco infrator” é o mais espinhoso desafio para uma política pública de saúde mental fundada na ética dos direitos humanos. Premidos por uma legislação que estabelece impasses intransponíveis para as instituições de assistência, os portadores de transtornos mentais que cometerem delitos são enviados para um estabelecimento que é, ao mesmo tempo, prisão e hospital, e onde se reúnem e se potencializam as piores mortificações dessas duas instituições totais (Kolker e Delgado, 2003, p. 168).

No ano de 2003, uma série de mortes em uma dessas instituições, na Bahia, chamou a atenção para a gravíssima e criminosa situação a que são submetidos os internos.⁹

Com base na legislação brasileira, essas pessoas são submetidas à medida de segurança, sob um tratamento compulsório, que pode ter como principal consequência a segregação perpétua por longo período, com a internação em centro psiquiátrico judiciário, nome atual dado ao manicômio judiciário. Indaga-se: em que extensão o processo de institucionalização prolongada a que está submetido o louco infrator é uma violação aos direitos humanos?

Kolker & Delgado (2003: 168) afirmam que, quando essas instituições foram criadas, no Brasil, em 1921, julgava-se que contribuiriam para o esforço de modernização e humanização da assistência aos pacientes mentais; mas foram, desde sempre, lugares de exclusão e violência.

Segundo Correia et al (2007, p. 01), os manicômios judiciários se limitam a falar em reinserção social dos internos e evidenciam uma tradição fundada na negação dos direitos humanos.

⁹ “Manicômio Judiciário mantém o perfil de casa de horrores” (*A tarde*, edição de 29/04/2003, Salvador, Bahia). A matéria relata a morte de 14 pacientes no período de janeiro a abril. O estabelecimento está sob intervenção desde abril de 2003.

Peres (1997, p. 02) afirma que, em meados do século XIX, se iniciaram os questionamentos quanto à necessidade de se construir locais específicos para os loucos criminosos, enfatizando o caráter perigoso destes, além das dificuldades presentes na identificação e diagnóstico da doença mental que os mesmos apresentavam. De um lado, criticavam a presença dos loucos nas casas de correção, enquanto que outros recusavam a presença dos loucos criminosos nos asilos (hospitais de alienados).

Em 1886, Teixeira Brandão, professor titular de psiquiatria na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, solicitou ao Ministro da Justiça a construção de um manicômio criminal que seria destinado aos loucos perigosos e/ou criminosos e aos condenados que enlouqueciam nas prisões. Porém, discutia-se sobre a responsabilidade dos loucos nas prisões de irem a julgamento e sofrerem uma internação judicial, deixando a cargo de juízes o direito de resolver as questões científicas relacionadas à loucura.

No entanto, em 1903, por intermédio de Juliano Moreira, ocorreu a legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional, com o Decreto n.º 1132 de 1903 - Lei Federal de Assistência aos Alienados - que propunha a reorganização da assistência psiquiátrica (Peres, 1997, p. 3).

Acrescenta a autora que tal lei, além de definir o perfil da população internada e regularizar o procedimento de admissão, tornava obrigatória a construção de manicômios judiciários nos estados ou de pavilhões específicos para os loucos criminosos nos hospícios ou asilos, proibindo a reclusão dos alienados em cadeias públicas ou entre criminosos comuns.

Entretanto, psiquiatras e magistrados continuavam a lutar pela construção do Manicômio Judiciário. Carrara apud Maciel (1999, p. 25) afirma que, no Brasil, a discussão para a criação de uma instituição com características de um manicômio judiciário teve início quando Custódio Alves Serrão assassinou seu tutor, Belarmino Brasiliense Pessoa de Melo.

Antes de tal construção, os insanos delinquentes, como também os chamavam, eram mantidos em áreas especiais dos asilos. Por exemplo, havia a Seção Cesare Lombroso no Hospital Nacional de Alienados. Uma área similar existia no Hospício São Pedro de Porto Alegre. Relata-se que a dificuldade de manejo desse tipo de pacientes exigiu a construção de manicômios especializados.

Então, o primeiro Manicômio Judiciário foi inaugurado no Rio de Janeiro em 1921. Seu diretor, no período de 1921 a 1954 (quando faleceu), foi o Dr. Heitor Carrilho. Atualmente o Manicômio Judiciário leva o seu nome. O segundo foi inaugurado em 04 de outubro de 1925, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Seu primeiro diretor foi o Dr. Jancinto Godoy, que era médico legista da Chefatura de Polícia desde 1913. O manicômio iniciou num Pavilhão do Hospício São Pedro, com 13 doentes. Em 1938, o manicômio recebeu o nome de Maurício Cardoso.

Ao se falar em manicômio judiciário, não se pode deixar de, pelo menos, citar a obra de Sérgio Carrara, alvo de diversos elogios e comentada por muitos estudiosos, como Figueiredo (1998), Scliar (1999), Maciel (1999), Antunes (1999), Vianna (2000) entre outros. Carrara escreveu "*Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*", obra publicada em 1998.

Como alude Scliar (1999, p. 05), a obra é resultado da dissertação de mestrado do autor, que tinha a intenção de fazer um trabalho centralizado nos arquivos da instituição (Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro) e acabou participando, como observador, no cotidiano da instituição. O enfoque do autor, segundo Antunes (1999, p. 01), dirigiu-se ao surgimento de uma instituição especialmente voltada ao tratamento ou à contenção de condutas que transgrediam normas, valores ou regra. Comportamentos que a sociedade pretendia controlar, gerir e neutralizar.

Carrara, apud Scliar (1999, p. 06), sobre o manicômio judiciário, a partir da sua experiência, relatou que tal instituição se caracteriza por ser, ao mesmo tempo, um espaço prisional e asilar, penitenciário e hospitalar. Segundo ele, puderam ser evidenciadas e visualizadas as consequências práticas entre asilo e prisão, situação amplamente ancorada nas definições opostas que mantemos a respeito do estatuto jurídico-moral dos habitantes de cada uma delas: para a prisão, encaminham-se culpados e o hospital ou o hospício recebe inocentes.

Como disse Carrara em seu livro, apud Scliar (1999, p. 05):

O Manicômio Judiciário é uma instituição híbrida, um hospital-prisão ou uma prisão-hospital. Conta com dois tipos de equipes: guardas e terapeutas. A relação entre ambas está longe de ser amistosa. Os terapeutas acusam os guardas, que raramente apreciam as reuniões da equipe terapêutica, de não compreenderem o caráter médico da instituição e de tratarem os internos como presos comuns. (p. 33).

Tal hostilidade entre guardas e terapeutas corresponde, segundo Scliar (1999, p. 08), à tensão entre juízes e peritos médico-psiquiatras, que acabam tendo reflexo no cotidiano institucional, como diante de certas decisões.

Segundo Figueiredo (1998, p. 10), Carrara se posiciona como alguém que acredita ser a loucura, em grande medida, uma linguagem utilizada para fins de controle social. Ele conclama a transformação dos manicômios judiciários em algo mais justo e humano, haja vista ter percebido certa contradição desde a criação de tal instituição, pois, segundo ele, esta não consegue cumprir seu caráter terapêutico proposto.

Continua (p. 12) a dizer que Carrara procura descobrir como a legislação vigente na época (meados da década de 1980), que é bom ratificar que não houve grandes alterações nesse sentido - pode levar o sujeito a fazer parte da estatística de pacientes do Manicômio Judiciário, podendo-se perceber o seguinte:

O juiz por não ser psiquiatra é obrigado a pedir uma perícia médico-psiquiátrica nos casos onde há dúvidas em relação à existência ou não de loucura no indivíduo envolvido, mas também por ser juiz ele pode recusar ou contestar os resultados desta mesma perícia, integralmente ou em parte. (p.12).

Segundo Marchewka (2003, p. 104), a posição do perito psiquiatra e a relação entre o seu papel e o que é desempenhado pelo juiz é um ponto contraditório. O juiz, por não ser psiquiatra, é obrigado a pedir a perícia médica para averiguação da sanidade mental. No entanto, causa perplexidade o fato de ele poder recusar os resultados no todo ou em parte. Por meio de tal contradição, a autoridade judiciária se protege e impõe limites ao poder de intervenção e de observação dos psiquiatras em matéria penal.

Como ressalta Antunes (1999, p. 03), Carrara identificou uma superposição complexa de um modelo “jurídico-punitivo” sobre outro modelo de intervenção social, o “psiquiátrico terapêutico”. Superposição e não justaposição, explicada pelas nítidas implicações políticas, na maneira pela qual os juristas impuseram limites mais ou menos precisos ao poder de intervenção dos psiquiatras.

Maciel (1999, p. 03) refere ainda o autor quanto a uma auto-identidade inconsciente que o paciente delinquente tece para si, no sentido de que todos se veem como preso e não como doentes.

Conforme Foucault (2004, p. 25), em *Vigiar e Punir*, essas instituições têm seu processo de construção acompanhando um dispositivo de disciplinarização dos desviantes em corpos dóceis, através da vigilância constante e observação duradoura.

Quanto ao manicômio judiciário na atualidade, a reforma penal de 1984 extinguiu, formalmente, esse tipo de instituição, passando o louco infrator a ser encaminhado para hospitais de custódia e tratamento; porém, o que se percebe é que a mudança apenas foi de nomenclatura, haja vista tais lugares ainda existirem e estarem em funcionamento.

A reforma psiquiátrica brasileira há muito discute o mandato social da psiquiatria e modifica com responsabilidade a prática asilar. Surgiu recente discussão do manicômio judiciário, sendo entendido como duplo espaço de exclusão e violência, um hospital-prisão. Ocorre que não aconteceu de forma eficaz a implementação dos valores da reforma psiquiátrica para o universo das pessoas com transtornos mentais autoras de delitos (“loucos infratores”).

De acordo com Kolker & Delgado (2003, p. 168), tal reforma se propõe a atuar em três frentes, sendo a jurídica uma delas, propondo mudanças nos dispositivos legais que instituem o louco incapaz para a vida civil e o inimputável do ponto de vista penal. Porém, em tal plano jurídico, os autores ressaltam que muito pouco se pôde avançar.

A Constituição Federal proíbe a existência de penas perpétuas. Descobrir os efeitos decorrentes do processo de institucionalização prolongado para a vida do indivíduo, à luz de um cientista social que, na década de 60, já adentrou em um espaço similar para compreender as relações sociais e os comportamentos dali decorrentes, pode trazer resultados surpreendentes, instigantes para reflexão social e para subsidiar a implantação de novas políticas públicas de atenção a tais sujeitos de direito.

Esta era uma das missões de Goffman: compreender o comportamento daquele que está sob vigilância, em grupo de desconhecidos, destituído de liberdade e da família e, até mesmo, de sua identidade, ou seja, incluso em uma maneira significativa de afastamento da sociedade.

Copetti (2000, p.184), sobre as medidas de segurança, chegou à conclusão de que elas constituem verdadeiras privações de liberdade aliadas a tratamentos médicos forçados e que implicam limitação ou perda de direitos fundamentais. Segundo ele, o aspecto prolongado e indefinido, onde somente há convivência com pessoas debilitadas mentalmente, causa uma perda psíquica e uma dessocialização irreversíveis.

Entender as consequências sociais de um processo de institucionalização prolongado poderá levantar questionamento da eficácia do instituto legal da medida de segurança no contexto atual. Afinal, sobre os doentes mentais internados, Goffman (2010) afirmou que eles podem ser esmagados pelo peso ideal de um serviço que torna a vida mais fácil apenas para todos nós, ou seja, em defesa da sociedade “de fora do manicômio”.

2.2 Entendendo a Medida de Segurança

D’urso (1999, p. 126) expõe que as medidas de segurança surgiram em 1893, com Carlos Stooos e Vos Liszt, com a finalidade de suprir a falta de responsabilidade penal por inexistência de culpabilidade pessoal, ou seja, para abarcar aquele que cometera um crime. No entanto, não poderia ser responsabilizado penalmente, por falta de condições mentais de discernimento e compreensão do seu ato. Tais medidas, fundadas na periculosidade do agente, deveriam ter natureza assistencial, medicinal ou pedagógica.

As medidas de segurança só vieram obter verdadeira sistematização com o anteprojeto de Código Penal Suíço, em 1893. Posteriormente, nos Códigos Penais de Portugal (1896), da Noruega (1902) e da Argentina (1921). E foi na Itália que surgiu o primeiro sistema completo de medidas de segurança, em 1930 (Prado, 2005, p. 740).

No Brasil, de acordo com Marchewka (2003, p. 99), a medida de segurança passou a ser prevista no nosso vigente Código Penal do ano de 1940, tendo sofrido algumas modificações com a reforma penal de 1984.

Como exemplo, as medidas de segurança possuem duas espécies: uma medida de cunho privativo e a outra de cunho restritivo, denominando-as de internação e tratamento ambulatorial (Ferrari, 2001, p.40).

O art. 97, § 1º, do Código Penal (CP) diz que:

a **internação** ou o **tratamento ambulatorial** será por **tempo indeterminado**, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade. O prazo mínimo para essa verificação é de 01 (um) a 03 (três) anos (grifos nossos).

Ressalta-se que o juiz não pode, em qualquer hipótese, fixar um período mínimo superior a três anos (RTJ 117/1313, apud Mirabete, 1992, p. 345). Prado (2005, p. 750) afirma que o critério para a fixação do mínimo exato de cumprimento da medida de segurança para cada caso varia de acordo com a maior ou menor periculosidade do agente, não mais estando relacionado, como ocorria na legislação anterior, com a quantidade da pena privativa de liberdade cominada ao delito.

Entretanto, salientamos que o conceito de periculosidade não é unívoco, assim como não existem critérios objetivos para averiguação de tal elemento, que torna tal situação frágil e passível de muitos erros.

Para Fragoso (1993, p. 391), esse prazo mínimo é totalmente injustificado, buscando-se apenas coibir abusos. Em realidade, o que se pretende é que o hospital faça a função de prisão.

Prado (2005, p. 752) complementa que, findo o prazo mínimo e comprovada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade, o juiz determinará a desinternação, na hipótese de internamento, e a liberação, no caso de tratamento ambulatorial, aplicando-se ao beneficiário as condições próprias do livramento condicional (art. 178 da Lei de Execuções Penais - LEP).⁸

O que ocorre, então, é uma suspensão da medida de segurança e não uma revogação, pois só poderá ocorrer a efetiva revogação quando, durante o período de um ano após desinternação, o liberado não praticar fato indicativo de persistência de periculosidade (art. 97, § 3º, do Código Penal - CP). Se o praticar, a medida deverá ser restabelecida (Zaffaroni & Pierangeli, 2004, p. 810).

Fragoso (1993, p. 391) afirma que, findo o prazo mínimo fixado e constatada a não cessação da periculosidade do agente, a medida de segurança persistirá,

⁸ De acordo com o art. 176 da LEP, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o juiz de execução ordenar o exame para que se verifique a cessação de periculosidade.

devendo a perícia médica ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o juiz de execução determinar (art. 97, § 2º, CP).⁹

Isso significa que o prazo máximo de tempo de duração de uma medida de segurança é indeterminado, dependendo da cessação ou não da periculosidade do interno, avaliada por perícia médica. Adverte-se a respeito de possível inconstitucionalidade dessa não determinação das medidas de segurança, sob o argumento de que contraria a proibição constitucional de penas perpétuas.

Gomes (1993, p. 66) afirma que o direito de um condenado saber a duração da sanção que lhe será imposta é inerente ao princípio jurídico da legalidade dos delitos e das penas.¹⁰

Zaffaroni & Pierangeli (2004, p. 862) e Ferrari (2001, p. 272) sugerem como alternativa à indeterminação, a imposição de medida de segurança somente pelo prazo do máximo da pena abstratamente cominada ao delito, para os inimputáveis e, no caso dos semi-imputáveis, pela quantidade de pena que seria cumprida por ele, se não tivesse ocorrido a substituição da pena por medida de segurança.

Em entendimento oposto, Hungria, apud Prado (2005, p. 751), salienta que a indeterminação é inerente à própria finalidade das medidas de segurança, cuja duração não pode ser prefixada. Para ele, deve ser indeterminada no tempo, não sendo excluída a hipótese de se prolongar por toda a vida do condenado.

Prado (2005, p. 751) frisa que o fundamento das medidas de segurança reside na periculosidade do agente e seus fins são os da prevenção especial, devendo tal medida ser proporcional à periculosidade do agente e à gravidade dos delitos que poderá cometer no futuro, já que visam afastar lesão futura de bens jurídicos. Logo, para esse autor, o fato anteriormente praticado é irrelevante para se determinar a espécie ou a duração da medida.

Gracia Martín, apud o autor anteriormente citado (p. 752), refere que a periculosidade é um estado do agente que pode perdurar um tempo maior ou menor, sem que sua duração possa ser previamente fixada, entendendo que a duração da medida de segurança deve ser, a princípio, por prazo indeterminado. Contudo, acredita que, por razões de segurança jurídica, a lei deveria estabelecer um limite

⁹ Sobre a permissão para a interveniência de um médico particular no exame de verificação da cessação de periculosidade, apesar da omissão da lei a respeito, Prado (2005: 753) afirma que a doutrina tem se manifestado favorável a que ele possa participar como assistente médico, com base no princípio constitucional da ampla defesa.

¹⁰ Souza (2006: 03) faz referência a alguns países que, segundo a autora, admitindo expressamente o princípio da legalidade, impuseram limites à duração das medidas de segurança. Espanha, Portugal e Alemanha são uns deles.

máximo, determinado em função da duração regular do tratamento psiquiátrico cientificamente recomendado ao agente.

Seguindo o posicionamento e raciocínio desse autor, Prado (2005, p. 752) salienta que, muito embora, se transcorrido esse lapso temporal, ainda persistir o estado de periculosidade, nada obstará a liberação do condenado, pois o poder de punir não pode se estender indefinidamente no tempo.

Zaffaroni & Pierangeli (2004, p. 811) ressaltam que a não determinação das medidas de segurança e sua conseqüente possibilidade de perdurar por toda a vida do indivíduo devem chamar a atenção dos intérpretes de qualquer lei penal. O autor cobra reflexão sobre o aspecto de que uma medida de segurança significa limitações de liberdade e restrições de direitos, talvez mais graves do que os dotados de conteúdo autenticamente punitivo.

O mesmo autor (p. 811) indaga que, se a Constituição Federal dispõe que não há penas perpétuas (art. 5º, XLVII, b), muito menos se pode aceitar a existência de perdas perpétuas de direitos formalmente penais. Considera que a periculosidade de uma pessoa que tenha cometido um injusto ou causado um resultado lesivo a bens jurídicos pode não ser maior nem menor do que outra pessoa que não o tenha causado.

Para o autor citado (p. 812), não é constitucionalmente aceitável que, a título de tratamento, se estabeleça a possibilidade de uma privação de liberdade perpétua, como coerção penal.

Coloca ainda que (p. 813), se a lei não estabelece um limite máximo, é o intérprete quem tem a obrigação de fazê-lo¹¹, posicionando-se a favor de reconhecer às medidas de segurança o limite máximo da pena correspondente ao crime cometido, ou a que foi substituída, em razão da culpabilidade diminuída. Se, no primeiro caso, continuar a doença mental da pessoa submetida à medida, a solução dada pelo autor é comunicar a situação ao juiz do cível ou ao Ministério Público para que se proceda conforme o art. 1.769 do Código Civil em vigor - que versa sobre

¹¹ Terceira Câmara Criminal do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Medida de segurança. Prisão perpétua . Inconstitucionalidade. “É princípio básico da hermenêutica jurídica que as normas que garantem direitos fundamentais devem ser interpretadas extensivamente. A vedação constitucional às penas perpétuas (art. 5º, XLVIII, da CF) inclui necessariamente a medida de segurança que, ainda que tenha natureza jurídica diversa da prisão , carceia a liberdade do condenado de forma análoga. Destarte, não se pode cogitar de medida de segurança de internação por tempo indeterminado, sendo imprescindível que o magistrado fixe o período máximo de internação que, em nenhum caso, poderá ser superior à pena máxima dos crimes pelos quais o réu foi denunciado, sob pena de ferir o princípio constitucional da equidade (art. 5º da CF), tratando aquele que sofre de uma enfermidade psíquica de forma mais gravosa do que é”. (TJMG, Rel. Des. Erony da Silva, 01/06/2004).

interdição - e efetivar a internação nas condições do art. 1.777 desse mesmo Código, o qual define o destino dos interditados, quando não se adaptarem ao convívio doméstico.

Copetti (2000, p. 185) refere que as medidas de segurança implicam uma limitação ou perda de direitos fundamentais, com comprometimento de bens jurídicos dos que a elas se submetem, em maior medida até as próprias penas, haja vista o tratamento médico prolongado e indefinido em instituições manicomiais, onde somente há convivência com pessoas debilitadas mentalmente, causa uma perda psíquica e uma dessocialização irreversíveis.

Nesse raciocínio, o autor (p. 185) ainda se depreende da indagação de que, se a pena imposta aos imputáveis, pessoas capazes de compreender a realidade, exige racionalidade e humanidade, muito mais se deve exigir, com relação às medidas de segurança aplicáveis àqueles que não têm condições de superar suas dificuldades cotidianas.

O mesmo autor (p. 186) considera o nosso sistema punitivo totalmente distanciado das exigências acima mencionadas, pelo fato de não prever nenhum limite legal, quer seja quantitativa ou qualitativamente em relação ao tratamento psiquiátrico, no qual se constituem as medidas de segurança. No aspecto qualitativo, o autor fala da necessidade de se estabelecerem limites materiais aos procedimentos médicos a serem adotados nos internados por medidas de segurança. Enquanto que, quantitativamente, refere-se *“à falta de limitação à duração da execução das medidas, podendo elas até chegar a ser verdadeiras segregações perpétuas em ambientes, às vezes, tão insalubres quanto os próprios presídios”*, em desobediência à primeira parte do art. 99 da LEP, que trata dos direitos do internado, afirmando que ele deve ser recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares.

Zaffaroni & Pierangeli (2004, p. 809) atentam para o fato de que a circunstância de não terem as medidas de segurança um limite fixado na lei e ser sua duração indeterminada, permite o arbítrio de peritos e juízes decidir acerca da liberdade de pessoas que, *“doentes mentais ou estigmatizadas”*, sofrem privações de direitos, ainda maiores do que aquelas que são submetidas às penas.

Continuam (p. 810) referindo que o problema é muito complexo. Além de ser dada pouca atenção à medida de segurança do ponto de vista dogmático, o que a torna bastante perigosa para as garantias individuais, a lei penal dedica poucas

disposições acerca das medidas de segurança, algumas das quais devem ser preenchidas mediante regras interpretativas complementares, o que é arriscado.

Gonçalves (2007, p. 01) diz que os submetidos a medidas de segurança estão confinados e destinados a serem doentes pelo resto da vida. Relata que não existe nenhuma iniciativa para a reinserção social, apenas afastamento e exclusão social como meio de defesa da própria sociedade. Tendo como justificativa a falta de recursos (pessoal e financeiro), não existe um acompanhamento individualizado, nem ministrações de remédio adequado para cada tipo de doença.

Comentando sobre a legislação penal brasileira, o autor acima citado (p. 02) diz que as penas foram sendo abrandadas com a evolução dos códigos e as medidas de segurança seguiram um caminho oposto. O Código Criminal e o Código Penal de 1890 determinavam que os loucos infratores fossem recolhidos em casas de familiares ou em local próprio, mas não por tempo indeterminado. Ressalta ainda que “o louco não pode ser tratado como um desesperançoso de recuperação”.

Copetti (2000, p. 185) considera ser totalmente inadmissível uma medida de segurança ter uma duração maior que a medida da pena que seria aplicada a um imputável que tivesse sido condenado pelo mesmo delito. Se, no tempo máximo da pena correspondente ao delito, o internado não recuperou sua sanidade mental, injustificável é a sua manutenção em estabelecimento psiquiátrico forense, devendo, como medida nacional e humanitária, ser tratado como qualquer outro doente mental que não tenha praticado qualquer delito.¹²

¹² Informativo 369 do STF (discussão sobre a medida de segurança e a limitação temporal). “A Turma iniciou julgamento de habeas corpus em que se pretende a extinção de medida de segurança aplicada à paciente, diagnosticada como doente mental pela prática do delito de homicídio, cujo cumprimento, em hospital de custódia e tratamento, **já ultrapassara trinta anos.** A impetração é contra decisão do STJ que indeferira a mesma medida, sob o fundamento de que a lei penal não prevê limite temporal máximo para o cumprimento da medida de segurança, somente condicionada à cessação da periculosidade do agente. Sustenta-se, na espécie, com base no disposto nos artigos 75 do CP e 183 da LEP, está a medida de segurança limitada à duração da pena imposta ao réu, e que, mesmo persistindo a doença mental e havendo necessidade de tratamento, após a declaração da extinção da punibilidade, este deve ocorrer em hospital psiquiátrico, cessada a custódia. O Min. Marco Aurélio, relator, **deferiu o writ para que se implemente a remoção da paciente para hospital psiquiátrico da rede pública, no que foi acompanhado pelos Ministros Cezar Peluso, Carlos Britto e Eros Grau.** Considerou que a garantia constitucional que afasta a possibilidade de ter-se prisão perpétua se aplica à custódia implementada sob o ângulo de medida de segurança, tendo em conta, ainda, o limite máximo do tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade a que alude o art. 75 do CP, e o que estabelece o art. 183 da LEP, que delimita o período da medida de segurança ao prever que esta ocorre em substituição da pena, não podendo, dessa forma, ser mais gravosa do que a própria pena. Com base nisso, concluiu que, embora o §1º do art. 97 do CP disponha ser indeterminado o prazo da imposição de medida de segurança, a interpretação a ser dada a esse preceito deve ser teleológica, sistemática, de modo a não conflitar com as mencionadas previsões legal e constitucional que vedam a possibilidade de prisão perpétua. Após, pediu vista dos autos o Ministro

Marchewka (2003, p. 100) questiona a orientação legal de que sendo o crime praticado punido com reclusão, deverá o juiz decretar a internação. Significa que o doente mental que venha a praticar um furto simples, uma receptação dolosa ou culposa ou uma lesão corporal grave (crimes punidos com reclusão) será obrigatoriamente internado em hospital de custódia e tratamento ou antigo manicômio judiciário.

Continua a autora indagando ser paradoxal que o imputável, ao praticar um daqueles crimes, desde que primário, permaneça em liberdade, beneficiando-se do *sursis* (suspensão do processo) ou até da substituição da pena de reclusão por restritiva de direitos, ou por multa, enquanto ao doente mental não é permitido se beneficiar de nenhuma dessas alternativas.

Luiz Flávio Gomes, apud Souza (2006, p. 01), afirma que as medidas de segurança são tão aflitivas quanto as penas, por isso assevera que o Estado não pode exercer seu poder punitivo, perpetuamente sobre uma pessoa. Para o autor, ambas (pena e medida de segurança) restringem a liberdade do indivíduo e violam seus direitos fundamentais, concluindo que o prazo indeterminado vai de encontro à vedação constitucional de prisão perpétua.

Marchewka (2003, p. 100) enfatiza que, na pena privativa de liberdade, o prazo de duração possui um mínimo que dependerá do bom desempenho do condenado, o qual poderá ser beneficiado com remição ou com o livramento condicional. Já a medida de segurança é aplicada em um prazo mínimo de duração e o máximo fica indeterminado, dependendo da constatação da cessação periculosidade.

Para a autora acima, a indeterminação do tempo de duração também é inaceitável, mas, ainda hoje, em um contexto paradoxal, legisladores e doutrinadores entendem que o objetivo das medidas de segurança é o tratamento do inimputável portador de doença mental e não o de reprimi-lo. Só na teoria!

Sepúlveda Pertence. (CP: "Art. 75. O tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a trinta anos. ... Art. 97. ... §1º A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos."; LEP: "Art. 183. Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança.""). HC 84219/SP, Rel. Min. Marco Aurélio, 9.11.2004. (HC-84219). Grifamos.

Segundo Marchewka (2003, p. 99), o fundamento para a revogação (liberação do sujeito) da medida de segurança – a cessação da periculosidade do agente - é pior que o da pena privativa de liberdade, pois não existe na Lei de Execução Penal (L. 7.210/84) dispositivo que possibilite a liberação do doente mental de forma progressiva de regime (mudança do regime fechado para semi-aberto e sucessivamente para o regime aberto), como há na pena privativa de liberdade.

A autora relata (p. 105) que, nos últimos anos, são amplamente discutidos dois aspectos. Um deles é a habilidade, por parte dos psiquiatras, na determinação da periculosidade do doente mental, e o outro é sobre os aspectos éticos envolvidos na previsão de seu comportamento futuro. A tendência é os psiquiatras serem excessivamente cautelosos e acabarem por não desinternar pessoas, para prevenir a ocorrência de infração, um ponto de vista que parece ser adotado pelos tribunais, pela população em geral e pela maior parte dos psiquiatras.

No mesmo sentido, Popolo (1996, p. 23) ressalta a importância de os profissionais, peritos reconhecerem o limite de sua perícia, pois se trata de um conhecimento produzido a partir de um recorte da realidade social. O conhecimento resultante da perícia não representa a compreensão do indivíduo como um todo, embora seja, por vezes, tratado como a verdade sobre o indivíduo, uma marca que determinará a sua existência.

Cohen (1999, p. 01) destaca que a reforma de 1984 no Código Penal passou a reservar, de forma muito preconceituosa, a periculosidade apenas aos doentes mentais que venham infringir a lei, o que, para Delgado, apud Marchewka (2003, p. 106), reforçou a equação “periculosidade-loucura” ou o “louco é necessariamente perigoso”. O público leigo muitas vezes associa erroneamente doença mental, criminalidade e pessoa perigosa.

Esclarece Marchewka (2003, p. 103) que essa relação - doente mental e criminalidade - não possui sustentação científica, além de a experiência ter demonstrado que não há qualquer relação entre a doença mental e a delinquência, mesmo porque, segundo a autora, pesquisas comprovam que a maioria dos doentes mentais não pratica crimes.

Como disse Cohen (1999, p. 01), o problema da transgressão às leis é algo muito complexo, o crime não é consequência da doença mental, mas está vinculado à dificuldade do indivíduo de aceitar as normas morais necessárias para a adaptação social, necessitando de um acompanhamento.

Souza (2006, p. 02) entende que a indeterminação das medidas de segurança contraria princípios básicos do Estado Democrático de Direito. Ao se impor uma internação com possibilidades de prisão perpétua, esquece-se de que, mesmo sendo doente mental, não se deixa de ser pessoa humana, tendo, portanto, os mesmos direitos que qualquer cidadão se orgulha em ter, mesmo que, por vezes, não saiba defendê-los. Continua dizendo que, ao contrário do que muitos imaginam, a enfermidade mental pode ser controlada com medicamentos e tratamento terapêutico adequado, sendo possível assegurar ao doente a plena convivência em sociedade, ao lado de sua família.

Conforme Marchewka (2003, p. 103), é preciso reconhecer que a farmacologia atual, a fabricação e o aperfeiçoamento de vasta gama de psicotrópicos, aliados a inovações terapêuticas em Saúde Mental nas áreas de psicologia, terapia ocupacional e outras profissões, possibilitaram o tratamento mais eficiente e mais humano aos portadores de doença mental. O internamento agora é só como último remédio e, mesmo assim, em moldes diferentes das práticas mais comuns.

Souza (2006, p. 03) diz ser uma corrente minoritária que considera inconstitucional o prazo indeterminado das medidas de segurança. Dentre os direitos fundamentais feridos, a autora destaca o direito à igualdade, à humanidade ou à humanização e à dignidade da pessoa humana, descrevendo sobre cada um deles.

Quanto ao direito à igualdade, destaca uma discriminação entre imputável e inimputável, verificada na impossibilidade deste último de saber o limite máximo de intervenção estatal sobre sua liberdade, sobre a sua vida. Por exemplo, o imputável que praticar o crime mais grave do Código Penal saberá que o tempo máximo em prisão é de 30 (trinta) anos, mas o inimputável será passível de cumprir uma sanção perpétua.

Em relação ao direito à humanidade ou à humanização, ressalta-se que nenhum ser humano pode ser segregado, a ponto de não visualizar a possibilidade futura de retorno ao meio social, sendo um desrespeito à pessoa humana, além de negar a própria condição humana a uma pessoa que, paradoxalmente, foi absolvida do ilícito que cometeu.

E, por fim, a autora faz menção ao princípio da dignidade humana que fundamenta a exigência às autoridades competentes de conferir ao doente mental infrator condições mínimas de tratamento, envolvendo a salubridade do ambiente, a

presença de profissionais habilitados, a individualização na execução da medida e a transmissão de valores sociais para a convivência em sociedade.

No entanto, em grande número, como alude Kolker & Delgado (2003, p. 170), existem manicômios judiciários desaparelhados, sem estrutura física e humana, configurando verdadeiros depósitos de uma parte da população menos favorecida, que sofre nas mãos do Estado o inaceitável desrespeito à sua condição de ser humano.

Jacobina (2004, p. 82) refere uma contradição entre as medidas de segurança no direito penal e as medidas terapêuticas para pacientes com transtornos mentais, porque os hospitais de custódia e tratamento são juridicamente estabelecimentos penais e não estabelecimentos de saúde. E um estabelecimento penal é um lugar onde se vai cumprir uma pena, e somente num plano secundário obter tratamento. Uma abordagem coativa, manicomial, unidisciplinar e repressora não pode ser caracterizada como uma abordagem clinicamente eficaz.

Continua o autor dizendo que não há como ocultar que a medida de segurança não se dá em benefício do portador de transtornos mentais, mas que se dá tão-somente em favor da sociedade que se considera agredida e ameaçada pelo inimputável que cometeu um fato descrito pela lei como crime.

Como alude Marchewka (2003, p. 102):

O doente mental é sempre visto pela tônica da piedade e do medo, da caridade cristã, da intolerância, inclusive da própria família, ou da repressão, da vítima ou do criminoso perigoso, numa dualidade aparente dissociada, mas que representa duas faces da mesma moeda: a representação do destrutivo, do negativo ou do mal social. Ao lado da medida de segurança, transparece a “demonização” dos doentes mentais por aquilo que eles podem significar: o mito da loucura.

A repressão pelo internamento demonstra claramente a negação em aceitar o diferente e o da piedade ou da caridade rouba essa rejeição pelo discurso de simplesmente retirá-lo da sociedade, de um lugar onde não pode circular, porque significa incômodo, para um lugar perverso e de desamparo, a fim de adaptá-lo a uma vida social cuja realidade não lhe pertence (Marchewka, 2003, p. 102).

No entanto, não se pode deixar de lembrar que a reinserção do infrator na sociedade, quer seja louco ou não, é um problema social que merece ser tratado.

Mas é preciso possibilitar e dar a oportunidade de o louco infrator mostrar que é capaz de conviver em grupo e que possui talentos e vocações como qualquer pessoa, que apenas precisam ser descobertos, a fim de que esse perfil traçado pela opinião pública seja derrubado.

Como disse Marchewka (2003, p. 102), a concepção de louco infrator atribuída a ele por diversos setores da sociedade é um mito, que é falado, repetido, assimilado e que se tornou uma verdade, porém não pode ser cientificamente provada. É o mito da negatividade, do perigoso, da sujeira, do abandono, da solidão, da tristeza e da pobreza, sendo a representação social para esse indivíduo. E como salienta Queirolo (1984, p. 98), a periculosidade é o ponto de cruzamento entre a medicina e o direito.

De uma pessoa que por muito tempo ficou enclausurada sem o tratamento adequado e depois foi libertada, sem nenhuma preparação ou acompanhamento, não é de se espantar uma má adaptação social e possível mau comportamento, diante de um mundo diferente, imprevisível e preconceituoso. Por isso, é imprescindível a implantação de projetos, com participação de profissionais habilitados, que facilitem o processo de aceitação do “louco infrator” à sociedade e vice-versa.

Enfim, Marchewka (2003, p. 107) considera que não é mais válido manter o agente internado ou mesmo em tratamento ambulatorial por tempo indeterminado, enquanto não se verifica a cessação da periculosidade, pois com tal medida, não se terá um tratamento adequado e, em consequência, não se terá cessado a periculosidade, razão pela qual essa medida não recupera a saúde mental do inimputável. A autora sugere mudanças no contexto das medidas de segurança, conciliando-a com a reforma psiquiátrica, com a transformação de espaços e a subjetivação dos indivíduos e melhoramento da qualidade de vida.

As contradições das medidas de segurança, que teoricamente se fundam no tratamento do “louco infrator”, mas não contam com uma rede de serviços de atenção à saúde mental estruturada, capaz de prestar assistência de forma contínua, integral e individualizada, nem com políticas públicas de promoção à saúde mental e à convivência familiar e de prevenção aos transtornos mentais, acabam por fundamentar uma legislação ultrapassada que necessita de mudanças, adotando um sistema de responsabilização coerente com os avanços da reforma psiquiátrica brasileira.

Concordamos com Jacobina (2004, p.84) ao afirmar que a potencialidade de prejudicar a outrem, e em particular de cometer crime, é de essência da pessoa humana, independentemente de ser ou não portadora de algum transtorno mental. Entendemos que perigosos somos todos, embora não se possa negar que há uma possibilidade de prever que o ser humano, submetido a determinadas condições desumanas, como maus tratos, tem uma maior probabilidade de transgredir regras. Essa é uma dedução probabilística, mas não pode servir de base filosófica para a construção de todo um sistema repressivo independentemente da noção de culpa como fundamento da responsabilidade penal.

Compreendemos que o aspecto periculosidade é o que dá bases à indeterminação do tempo de duração das medidas de segurança. Mas tanto o fundamento na periculosidade como na indeterminação não podem fazer parte da finalidade de tratar o homem “louco infrator” para que ele não volte a delinquir, pois reflete medo em relação a tal indivíduo e tende a considerá-lo como alguém sem chances de conviver em sociedade, retira-lhe a liberdade, que já lhe foi roubada pela própria doença mental, que, no mínimo, afronta a dignidade da pessoa humana.

Ao que parece, a medida de segurança é aplicada, sem se pensar muito em sua coerência e fundamentos. Talvez seja necessário escapar dos limites do direito penal e remetê-la à ciência da saúde. Por enquanto, supõe-se que seres humanos continuam afastados da sociedade, por tempo indeterminado, sem perspectivas futuras, nem qualidade de vida.

2.3 O único e último censo nacional: 2011

Após quase um século de funcionamento dos manicômios judiciários e mais de 70 anos de execução das medidas de segurança para inimputáveis em razão de doença ou deficiência mental no Brasil, a população que vive em tais estabelecimentos era desconhecida. Isso até 2011, quando foi realizado um censo nacional.

Tal pesquisa originou o livro “*A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil Censo 2011*”, tendo sido coordenadora da pesquisa a professora Débora Diniz, obra com publicação em 2013 e repercussão em rede de televisão nacional.

A pesquisa de Diniz (2013,13) mostra que há 3.989 homens e mulheres internados em hospitais ou alas psiquiátricas de presídios na condição de loucos que cometeram crimes.

Para a autora, mesmo com as conquistas da Reforma Psiquiátrica dos anos 2000, que trouxe inovações na forma de tratamento do doente mental, em oposição à internação, a invisibilidade do louco infrator não foi rompida. A partir de tal reforma, o tratamento em regime asilar passou a ser descrito como desumano. A exclusão do louco foi contestada não apenas pelos saberes biomédicos e jurídicos, mas principalmente pela comunidade de indivíduos em sofrimento mental. Mas nem todos os loucos foram incluídos nesse amplo regime de revisão da legislação, como exemplo, os “loucos infratores”.

Os hospitais para loucos infratores resistiram à Reforma Psiquiátrica. Alguns foram, inclusive, inaugurados após a Lei 10.216 de 2001, a Lei da Reforma, ocasião em que houve uma reorientação do cuidado da loucura — do modelo asilar para o ambulatorial (Brasil, 2011). O censo confirmou que ainda há pessoas internadas em regime de abandono perpétuo, apesar de ser de 30 anos o tempo limite da pena imposta pelo Estado aos indivíduos imputáveis, segundo decisão do Supremo Tribunal Federal (Brasil, 2005), como já mencionamos.

Diniz (2013,13) aponta que o censo encontrou dezoito indivíduos internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há mais de trinta anos. Os dezoito indivíduos, anônimos e abandonados nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, representam 0,5% da população do censo, o que poderia oferecer um falso alento àqueles que acreditam que o sistema é justo ou necessário à defesa social. Contudo, ainda há outro grupo que desafia essa tese: 606 indivíduos internados há mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida (Brasil, 2012).

É certo que o fenômeno de institucionalização prolongada não se trata de uma especificidade do louco infrator, mas um indicativo de um sistema penal precário em geral, incluindo imputáveis. Ou seja, nos presídios existem indivíduos que já deveriam estar em liberdade, uma vez que estão há mais tempo do que a condenação a ele determinada. Contudo, a situação do louco infrator nos chama a atenção pelo fato de a legislação o considerar inimputável e não determinar uma pena, mas aplicar uma medida de segurança, cuja finalidade é o tratamento psiquiátrico. Na prática, de acordo com o estudo, foi visualizado como uma atitude

de isolamento social. Ou seja, a institucionalização se prolonga no tempo sem perspectiva nem previsão alguma de mudança na situação de vida daquela pessoa.

Indagando que pouco ou quase nada se sabia sobre o perfil socioeconômico, as infrações, os diagnósticos, as trajetórias penais e os itinerários jurídicos das pessoas em medida de segurança no Brasil, o livro destaca que tal desconhecimento era justamente um obstáculo para o planejamento e aperfeiçoamento das políticas penitenciárias e de assistência em saúde mental voltadas à população em medida de segurança. Esclarece que existem estudos locais, mas nenhum que mostrasse o cenário nacional desses indivíduos como tal obra apresentou.

Com base em tal justificativa, o Departamento Penitenciário Nacional (Depen), do Ministério da Justiça, celebrou, no exercício de 2009, Termo de Convênio com o Anis — Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero para a realização de um estudo censitário da população que vivia em todos os 26 estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico — ECTPs - do país, que podem ser Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico — HCTPs e Alas de tratamento psiquiátrico — ATPs, localizadas em presídios ou hospitais, instituições que, como vimos, foram criadas em 1920 e se chamavam antes de manicômios judiciários.

Segundo Diniz (2013, 11), o objetivo do estudo censitário foi o de levantar um perfil socioeconômico, de diagnósticos e de itinerários penais das pessoas que viviam nos ECTPs a fim de orientar políticas públicas voltadas a essa população. Não foram analisados a qualidade dos laudos médico — periciais, nem os argumentos das sentenças judiciais.

Foram visitados 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTPs e 03 Alas de Tratamento Psiquiátrico - ATPs no país. Os estados do Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins não possuem ECTPs. Os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo são os únicos que possuem mais de um ECTPs, com três ECTPs cada um.

Em Goiás, há uma particularidade na execução das medidas de segurança. Elas são cumpridas por meio de acompanhamento do Programa de Atenção Integral ao Louco-Infrator (Paili) (Silva, 2010).

O Paili foi inspirado em um programa semelhante, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), de Minas Gerais (Barros-Brisset, 2010).

Embora pertençam a instituições distintas — o Paili à Secretaria de Saúde e o PAI-PJ à Secretaria de Justiça —, os programas têm objetivos semelhantes, isto é, acompanhar regularmente a aplicação das medidas de segurança, inserindo os inimputáveis por doença mental em serviços assistenciais de saúde, de acordo com a Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei nº 10.216/2001, sendo uma alternativa à restrição de liberdade imposta pelos ECTPs (Brasil, 2011).

Apresentaram-se dados que traçaram um desenho da realidade nacional e das realidades locais e até mesmo comparações entre o perfil nacional e os perfis locais dos ECTPs. Não foi um estudo neutro. Para Diniz (2013, 14), o direito de estar no mundo é o principal direito humano e o mais violado pelo regime de isolamento compulsório e pelo tempo indeterminado imposto pela medida de segurança. E para demonstrar a credibilidade de sua pesquisa, salienta a autora que imparcialidade e confiabilidade são elementos diferentes no mundo científico e que sua obra foi de característica descritiva.

O censo demonstrou números impressionantes que devem impulsionar um repensar sobre a forma de execução das medidas de segurança. É preciso lembrar que tais dados se referem a pessoas que esperam atitudes imediatas do Estado.

Sobre a avaliação por perícia médica da cessação da periculosidade como meio de desinternação, Diniz (2013,15) afirma que não há evidências científicas na literatura internacional que sustentem a periculosidade de um indivíduo como uma condição vinculada à classificação psiquiátrica (tipo de doença) para o sofrimento mental.

Para ela, periculosidade é um dispositivo de poder e de controle dos indivíduos, um conceito em permanente disputa entre os saberes penais e psiquiátricos. É em torno desse dispositivo, antes moral que orgânico ou penal, que o principal resultado do censo se anuncia: diagnóstico psiquiátrico e tipo de infração penal não andam juntos. Ou seja, indivíduos com diferentes diagnósticos cometem as mesmas infrações.

A concentração de pessoas com esquizofrenia nos estabelecimentos pode representar antes uma seletividade no sistema custodial psiquiátrico do que uma evidência da periculosidade desse subgrupo. Quando os indivíduos são organizados pela infração cometida e localizados pela considerada mais grave delas — o homicídio —, a distribuição é semelhante entre todos eles, independentemente da afecção mental diagnosticada.

Além disso, a recidiva específica em razão de homicídio ocorre em 5% da população com registro de reinternação nos hospitais de custódia. Se considerarmos toda a população dos ECTPs, a recidiva específica em razão de homicídio é de 1%.

Primeiramente, no ano de 2009, Diniz (2009) visitou vários ECTPs do nosso país e gravou o documentário “A casa dos Mortos”, ocasião em que histórias de vida singulares foram apresentadas pelos internos, o que, de certa forma, adiantou para a autora o resultado do censo.¹³

O documentário referido apresenta o cenário de vida em um manicômio judiciário, dividido em cenas identificadas como “o suicídio de Jaime”, “o retorno de Antônio” e a “morte de Almerindo”, realidade aparente da instituição manicomial como depósito de pessoas.

Sobre tais indivíduos, os “loucos infratores” internos em um manicômio judiciário, a autora os vê como pessoas em sofrimento mental que, em algum momento da vida, por razões não identificadas na pesquisa, cometeram infrações penais. Supõe que a ausência de tratamento de saúde, o abandono de redes sociais de cuidado e proteção, a carência de políticas sociais eficazes para essa população possam ser fatores desencadeantes do ato infracional (Diniz, 2013,16).

A pesquisa aponta que tal população é majoritariamente masculina, negra, de baixa escolaridade e com periférica inserção no mundo do trabalho, e que, em geral, cometeu infração contra pessoa de sua rede familiar ou doméstica.

Para Diniz (2013,17), tão significativos, quanto à desconstrução do estigma de que a loucura seria violenta por uma expressão essencial do indivíduo, são os dados que mostram a estrutura inercial do modelo penal-psiquiátrico do asilamento. Pelo menos 741 indivíduos não deveriam estar em restrição de liberdade, seja porque o laudo atesta a cessação de periculosidade, seja porque a sentença judicial determina a desinternação, ou porque estão internados sem processo judicial ou a medida de segurança já fora extinta. Isso significa que um em cada quatro indivíduos internados não deveria estar nos estabelecimentos de custódia.

Outro dado importante foi o de que existem indivíduos internados com laudos psiquiátricos ou exames de cessação de periculosidade em atraso. Um total de 1.194 pessoas em situação temporária ou em medida de segurança que não sabemos se deveriam estar internadas. As razões da permanência são

¹³ O filme está disponível online: <http://www.youtube.com/watch?v=noZXWFxdtNI>.

desconhecidas para nós, mas podem ser especuladas como parte de um extenso descaso com a combinação entre pobreza e sofrimento mental no Brasil.

Além de destacar o caráter acadêmico do livro, Diniz (2013, 18) ressalta que os dados levantados e a forma como são apresentados os resultados devem ser entendidos como evidências seguras e desconcertantes de uma grave injustiça.

2.3.1 Realidade do estado de Alagoas

a) Pesquisa realizada no ano de 2008

Em 2008, havia no manicômio judiciário de Alagoas, denominado Centro Psiquiátrico Pedro Marinho Suruagy, um total de 112 internos, nas seguintes condições: a) 45 indivíduos, em cumprimento de pena que, por algum motivo, como superveniência de perturbação mental, foram transferidos do presídio para o manicômio judiciário; b) 34 indivíduos em *sub judice*, isto é, à espera de laudo médico e/ou decisão judicial; c) 33 indivíduos com sentença judicial determinando submissão à medida de segurança (Andrade e Barros, 2011).¹⁴

Significa dizer que menos da metade da população interna naquele estabelecimento possuía processo judicial concluído, com sentença de determinação de cumprimento de medida de segurança por inimputabilidade, sem possibilidade de reforma por recurso judicial, o que se chama de decisão transitada em julgado. Ou seja, dos 112 internos, em apenas 33 indivíduos havia conclusão no sentido de serem portadores de doença ou transtorno mental e, no momento do crime, não possuía discernimento de sua conduta. Tal situação demonstra que muito mais da metade não deveria estar submetida a tal situação de internação.

Tal grupo de 33 pessoas foi estudado. E pôde, então, ser traçado um perfil do louco infrator no estado de Alagoas: 85% do sexo masculino, faixa etária mais comum entre 41 e 50 anos (34%), maioria com naturalidade do interior do estado (64%), em especial, advindos da zona rural, 64% não-alfabetizados, a maior parte 37% era de trabalhadores rurais.

¹⁴ Vide o estudo de Lopes (2008) disponível em <http://www.idespbrasil.org/?r=artigo/visualizar&id=53>, acessado em 15.11.2013.

Quanto ao diagnóstico, 81% possuíam afecção mental denominada esquizofrenia e referente ao delito praticado, 66% foi homicídio, sendo a vítima mais frequente o companheiro ou a companheira (28%) e, em segundo lugar, conhecidos não familiares (19%).

Os dados demonstraram ainda que pessoas do núcleo familiar são as mais vitimizadas (63%). Tais informações puderam ser comparadas com a de outros estados, onde foi encontrada muita semelhança.

Outro ponto analisado pela pesquisa foi a existência ou não de referência familiar dos internos. Encontramos 79% de resposta positiva. Contudo, tal percentual não equivale à existência de apoio ou suporte familiar, tão somente se relaciona com a existência de contato da família: endereço, telefone no prontuário do interno.

O apoio familiar, segundo o serviço de assistência social da referida instituição, era muito pouco. Era visualizado um número mínimo de visitantes, durante os dias de visita.

É válido ressaltar que o estudo de Kolker & Delgado (2003:175) relata que entre os pacientes que possuem suporte familiar há um maior índice de desinternação. Dizem ainda (p. 176) que, geralmente, as famílias têm dificuldades de mantê-lo em casa porque, quando tal paciente (louco infrator) reagudiza (na linguagem popular “entra em surto”), ele é reiteradamente recusado por alguns serviços de saúde mental, haja vista a estigmatização de ser criminoso. E isso determina a reinternação à volta para o manicômio de origem, sem ter praticado nenhum delito, em desconformidade com a lei.

Essas famílias precisam também de um suporte social. Não é uma tarefa fácil. Por isso, segundo Andrade e Barros (2011), a indeterminação do tempo de submissão à medida de segurança é um fator que contribui para a prática do abandono familiar.

Muitas vezes, o laudo psiquiátrico atesta a possibilidade de desinternação, mas a família, sabendo que, a depender do juiz (da lei), cuja decisão pode ser diferente do que diz o laudo, o indivíduo pode continuar no manicômio, procura o magistrado para tratar da inviabilidade de oferecer cuidados em casa e pede para o serviço social da instituição esperar até que se encontre alguém que possa cuidar do interno ou, no pior, desaparece sem deixar contato.

Entende-se que há uma tensão entre o papel excessivo assumido pela instituição e a ausência da família. Situação que gera necessidade de trabalho de

sensibilização e político, uma vez que cada qual deveria assumir a sua carga de responsabilidade.

Um dos principais aspectos debatidos, em relação às medidas de segurança, é o seu tempo de duração, visto ser legalmente indeterminado. Por isso, no referido estudo, foi apresentado o tempo de submissão à medida de segurança dos 33 internos, para reflexão sobre se essa não determinação viola ou não o preceito constitucional de vedação de prisão perpétua e outros direitos individuais.

O resultado foi que a maior parte possuía tempo de internação de até 03 anos (37% ou 12). A situação deles era a seguinte: 04 cumpriram o prazo mínimo estabelecido pelo juiz, mas o laudo não era favorável à liberação; 02 cumpriram o mínimo, o laudo era favorável à liberação, eles conseguiram a desinternação, mas a família ainda não havia comparecido à instituição, apesar de já ter sido informada; 02 estavam cumprindo o mínimo estabelecido; 01 já havia cumprido o mínimo, mas o laudo ainda não tinha sido realizado e 01, em que a única informação que tinha no prontuário era a de que ainda não tinha sido feito o laudo, porque estava sempre agitado para avaliação.

Como alude o art. 97, § 1º, do Código Penal, cabe ao juiz, na sentença, estabelecer um prazo mínimo de 01 a 03 anos. Apesar desse mínimo legal estabelecido, foi identificada, no prontuário, uma sentença que determinava um tempo mínimo de 05 anos, ou seja, uma violação legal e desrespeito ao louco infrator, que além de ter uma legislação alvo de discussão, ainda vem uma decisão judicial como essa, em desconformidade com o preceito legal.

Em 2º lugar, no resultado, seguem os internos que estavam submetidos à medida de segurança entre 11 e 20 anos (27% ou 09) e, na sequência, entre 04 e 10 anos (21% ou 07) e entre 21 e 30 anos (15% ou 05). Este último grupo chama a atenção pelo longo período de internação: 25 anos (01 interno), 28 anos (01 interno) e 29 anos (03 internos), estes últimos desde a fundação da instituição e, pelo visto, iriam ultrapassar o limite legal de 30 anos de institucionalização previsto para o imputável. E ainda, eles não tinham previsão de saída, já que estavam inseridos no grupo dos que não possuem qualquer referência familiar.

A instituição se tornou então a casa deles, se é que se pode chamar de casa um lugar de onde não se pode sair, no qual não se tem autonomia, de onde não se tem perspectiva alguma, a não ser esperar a morte. Nenhum percentual

ultrapassou os 30 anos, até mesmo porque a instituição, na época da pesquisa (em 2008), possuía apenas 29 anos de existência.

De acordo com a legislação do Código Penal, art. 97 § 1º e §2º, se o laudo feito após o prazo mínimo constatar a não cessação da periculosidade, a internação passará a ser por tempo indeterminado, devendo a perícia médica ser repetida, de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o juiz da execução determinar.

Portanto, os pacientes que pertenciam ao grupo que estava institucionalizado entre 04 e 30 anos, que totalizavam 63% ou 21 pacientes, já havia cumprido o mínimo legal de 01 a 03 anos e deveriam, segundo a lei, passar por perícia médica ano a ano ou quando o juiz de execução determinar.

Mas, o intervalo de tempo entre as perícias que, como dito, deveriam ser anuais, ultrapassou o tempo previsto em Lei. Dos 21 pacientes observados, 20 já passavam do intervalo de 01 ano, e três deles com intervalos de 11, 12 e 13 anos sem realizar perícia médica, procedimento necessário para averiguação da cessação da periculosidade e de possível desinternação, ou seja, uma total desídia com o interno e sua situação de vida.

Foram visualizados então desconformidade com a lei e violação aos direitos individuais dos internos, impedindo-lhes de participar do convívio social e negando-lhes a possibilidade de liberdade, de recomeço.

Se a verificação da cessação da periculosidade, mediante do laudo pericial realizado por médico psiquiatra, é a única forma de desinternação, imagina-se o que é ficar mais de 10 anos à espera para realizar uma perícia. Além do mais, sendo submetidos às formas de tratamento, muitas vezes, limitadas ao uso de medicamentos, sem outras terapias. Como poderá ser atestada a cessação da periculosidade? Que critérios são observados?

Destacamos a situação de um interno que tinha adentrado na instituição no ano de 1992, mas o laudo havia concluído pela não existência de doença mental. Porém, mesmo assim, o juiz, cuja decisão não está vinculada à conclusão do laudo médico-pericial, determinou o cumprimento de medida de segurança e, após 09 anos de internamento, em 2001, foi que houve submissão à perícia médica que concluiu inexistência de periculosidade, mas ele, em 2008, ainda estava interno.

Por meio de tal estudo, foi tida a ousadia de se traçar um perfil do louco infrator em Alagoas, tendo sido observada a necessidade de mudanças, implantação

de novas políticas de atenção voltada para tal população, para garantir qualidade de vida e respeito à dignidade da pessoa humana.

b) O censo de 2011

A partir do censo 2011, foi observado que a situação coletada em Alagoas é bem semelhante a do resultado da pesquisa realizada em 2008. Ou seja, não houve mudanças significantes.

Diniz (2013, 59) informa que, no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (HCTP – AL), vinculado à Secretaria do Estado de Defesa Social, encontravam-se internas, em 2011, 98 pessoas, sendo 93 homens e 05 mulheres, dentre os quais 35 (36%) estavam em medida de segurança, um (1%) estava em medida de segurança por conversão de pena e 62 (63%) estavam em situação de internação temporária.

No HCTP-AL, pelo menos 17 (47%) indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados por cumprirem medida de segurança com a periculosidade cessada ou por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial.

Referente à faixa etária, 62% da população interna tinha entre 25 e 44 anos. E, diferente do estudo de 2008, o de 2011 analisou a cor dos internos, encontrando uma soma de 64% de pretos (23%) e pardos (41%), dados com base nos registros de internação. Assim como também analisou o estado civil, quando encontrou 65% com estado civil solteiro.

Sobre a escolaridade, 46% eram analfabetos e 31% possuíam o ensino fundamental incompleto. Diniz (2013, 62) destaca que, no HCTP-AL, havia uma concentração de pessoas internadas com profissões que exigem pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional. Trabalhadores de serviços administrativos, vendedores do comércio, trabalhadores da área agropecuária, florestal e da pesca concentravam 41 (42%) das ocupações, ao passo que, nos demais estabelecimentos do país, 31% da população exerciam essas mesmas ocupações.

Além disso, no HCTP-AL, 13 (13%) das pessoas internadas não tinham profissão, comparados aos 17% sem profissão dos demais estabelecimentos do país. Entre a população em internação temporária, 8 (13%) não tinham profissão.

Dos 35 indivíduos em medida de segurança do HCTP-AL, 27 (77%) estavam em medida de segurança de internação e 6 (17%) estavam na reinternação. No HCTP-AL, 2 (6%) dos indivíduos possuíam a medida de segurança extinta, mas continuavam internados no HCTP.

Após ser declarada a cessação de periculosidade, o indivíduo recebe o benefício da desinternação condicional pelo prazo de doze meses. Uma série de condicionantes regula atividades, práticas e comportamentos autorizados nesse período. Descumprimentos dessas regulações para a desinternação condicional podem resultar na reinternação do indivíduo. Nos demais estabelecimentos do país, 5% dos indivíduos em medida de segurança estavam na reinternação.

Havia 9 (26%) indivíduos em medida de segurança com sentença de desinternação. Ou seja, nove pessoas que já deveriam estar fora do isolamento dos muros do manicômio. O censo não informa o porquê da não liberdade, contudo, supõe-se que a falta de referência familiar e a falta de suporte social aos desinternados fora do manicômio sejam alguns dos motivos e obstáculos.

Nos demais estabelecimentos do país, 6% das pessoas internadas em medida de segurança tinham a sentença de desinternação. Um percentual bem menor do que o do nosso estado de Alagoas, como informado no parágrafo anterior.

Dos 62 indivíduos em situação de internação temporária no HCTP-AL, 21 (34%) estavam internados para realizar exame de sanidade mental e 25 (40%) tinham o laudo de sanidade mental e aguardavam decisão judicial para andamento processual.

A previsão do Código de Processo Penal é de que a internação para a realização do exame de sanidade mental não ultrapasse 45 dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo. Da população em situação de internação temporária que aguardava laudo de sanidade mental no HCTP-AL, a média de espera era de (07) sete meses, ao passo que, nos demais estabelecimentos do país, tal espera chega a (11) onze meses.

Dos 21 indivíduos à espera do laudo de sanidade mental, 18 (85%) aguardavam dentro do prazo legal previsto pelo Código de Processo Penal e 03 (15%) aguardavam por um período superior a esse prazo.

No HCTP-AL, 11 (18%) dos indivíduos estavam internados para realizar tratamento psiquiátrico por transferência de presídio ou penitenciária para o manicômio. A internação compulsória em ECTP de indivíduos oriundos de presídio

ou penitenciária ocorre em duas situações. No primeiro caso, a doença ocorre depois da infração penal. No segundo, a doença surge depois da condenação e persiste, de modo que a sentença condenatória pode ser convertida em medida de segurança. A autora destaca que, nos dossiês, não era possível distinguir essas duas situações. Havia, no HCTP-AL, um único indivíduo internado sem processo judicial e um único indivíduo em prisão preventiva.

No HCTP-AL, havia uma concentração de diagnósticos na população em medida de segurança, com 29 (83%) casos de esquizofrenia, 03 (9%) eram de indivíduos com retardo mental e um único indivíduo (3%) possuía transtornos afetivos uni ou bipolares. O único indivíduo em medida de segurança por conversão de pena tinha esquizofrenia.

No que tange à infração penal cometida, as 35 medidas de segurança do HCTP-AL haviam sido motivadas por 39 infrações penais, uma vez que uma única pessoa internada pode cumprir medida de segurança por duas ou mais infrações penais concomitantes.

Havia uma concentração de homicídios entre as medidas de segurança do estabelecimento, com 21 (60%), seguida de tentativa de homicídio, com 05 (14%), e lesão corporal, com 03 (9%).

Dos 35 indivíduos em medida de segurança, 23 (66%) cometeram infrações penais em sua rede familiar ou doméstica. A principal infração penal cometida por indivíduos em medida de segurança em sua rede familiar ou doméstica, 17 (73%), foi homicídio. Além disso, 75% dos que mataram ou tentaram matar o fizeram em sua rede familiar ou doméstica. Os homicídios de membros da família foram cometidos contra mãe, pai, cônjuge, tia, irmã, sobrinhos, tia, padrasto e prima.

Quanto à recidiva, dos indivíduos em medida de segurança no HCTP-AL, 27 (77%) não haviam cometido infração penal anterior à que conduziu à medida de segurança. O único indivíduo em medida de segurança por conversão de pena não havia cometido infração penal anterior a que o conduziu à medida de segurança.

No HCTP-AL, em 03 (9%) das 35 medidas de segurança, o indivíduo havia cometido infração penal anterior. As infrações penais cometidas nesses casos foram: homicídio qualificado, homicídio culposo, roubo, tentativa de estupro e porte ilegal de arma de fogo de uso permitido. Não havia casos de recidiva específica em razão de homicídio.

Em relação ao número de internações, 78 (80%) dos indivíduos estavam na primeira internação. Da população em medida de segurança, 23 (66%) estavam na primeira internação e 05 (14%) estavam na segunda internação.

Da população temporária no HCTP-AL, 54 (87%) estavam na primeira internação, mas 06 (9%) tinham duas ou mais internações. O indivíduo em medida de segurança por conversão de pena estava na primeira internação.

Dos (06) seis indivíduos da população em internação temporária que possuíam mais de uma internação, um não tinha processo judicial, três realizavam tratamento psiquiátrico transferidos de presídio ou penitenciária e dois não tinham informação sobre a situação da internação em seus dossiês.

Diniz (2013, 67) também analisou o tempo de submissão à medida de segurança. Dos 35 indivíduos em medida de segurança do HCTP-AL, 05 (14%) tinham menos de um ano de cumprimento da medida de segurança, 06 (17%) tinham entre um e três anos, 03 (9%) tinham entre quatro e cinco anos, 06 (17%) tinham entre seis e dez anos, 04 (11%) tinham entre onze e quinze anos, 02 (6%) tinham entre dezesseis e vinte anos, 02 (6%) tinham entre 26 e 30 anos e um único indivíduo (3%) tinha mais de trinta anos de internação. O indivíduo em medida de segurança por conversão de pena cumpria a medida há menos de um ano. O tempo médio de cumprimento da medida de segurança do HCTP-AL era de nove anos.

Referente ao cumprimento do prazo para realização de perícia para averiguação da cessação da periculosidade, das 35 medidas de segurança do HCTP-AL, 16 (46%) estavam em atraso e 10 (29%) estavam em dia com a realização anual do exame de cessação de periculosidade. O indivíduo em medida de segurança por conversão de pena estava em dia com a realização do exame de cessação de periculosidade.

Um exame encontra-se em atraso quando contados doze meses, desde o último exame, depois de cumprido o período inicial de internação determinado pela sentença judicial. Nos demais estabelecimentos do país, os exames de cessação de periculosidade estavam atrasados em 40% das medidas de segurança.

A média de atrasos no HCTP-AL era de 27 meses, ao passo que, nos demais estabelecimentos do país, a média era de 32 meses. Os casos “sem informação” correspondiam a dossiês que não apresentavam alguma data específica necessária para realizar o cálculo de atrasos, como data de internação, da sentença ou da realização do exame de cessação de periculosidade.

Dos 35 indivíduos em medida de segurança, 24 (69%) já haviam se submetido ao exame de cessação de periculosidade. Esse exame deve ser realizado, anualmente, depois de encerrado o período mínimo de internação obrigatória determinado na sentença, que pode variar de um a três anos. Em 15 (63%) das 24 medidas de segurança do HCTP-AL em que já havia sido feito o exame, a periculosidade havia cessado. Nos demais estabelecimentos do país, essa proporção era de 27%. O único indivíduo em medida de segurança por conversão de pena não havia realizado o exame de cessação de periculosidade.

Nos demais estabelecimentos do país, um em cada quatro indivíduos tinha a periculosidade cessada, atestada por laudo psiquiátrico de perito, mas permanecia internado no HCTP ou ATP.

Na recuperação dos dossiês que possuíam a periculosidade cessada, não se distinguiu entre aqueles com a realização dos exames em atraso ou em dia. Como vimos, no HCTP-AL, 09 (26%) dos indivíduos tinham sentença de desinternação.

Em comparação ao nosso estudo de 2008, pudemos observar que diminuiu o atraso para realização das perícias médicas de averiguação da cessação de periculosidade, o que se considera uma boa notícia.

Não podemos deixar de destacar a necessidade de implantação de políticas públicas voltadas para atenção ao louco infrator. Conhecer um pouco da realidade de tal população nos remete à curiosidade sobre como os profissionais (médicos, juízes, advogados, psicólogos, assistentes sociais, entre outros), entendidos como atores envolvidos no processo de internação e desinternação, interpretam a instituição em discussão, que argumentos utilizam para suas decisões e conclusões, como eles veem o seu fundamento de existir, a sua finalidade, e como resolvem os tensionamentos entre seus discursos nos processos judiciais. Isso é o que abordaremos no próximo capítulo.

CAPÍTULO III: OS ATORES TÉCNICOS E SEUS DISCURSOS

3.1 Métodos

Em 2008, na graduação, como relatado, realizamos um estudo empírico por meio do qual conseguimos traçar o perfil do “louco infrator” no estado de Alagoas, identificando características ambientais (aspectos do local da pesquisa, funcionários, rotina diária) e dos internos (sexo, faixa etária, naturalidade, escolaridade, profissão, diagnósticos, tipos de delito, principais vítimas e existência ou não de referência familiar). E destacando a categoria tempo, pudemos visualizar o período de institucionalização de cada interno e, inclusive, averiguar que, em detrimento da lei, que prevê como requisito indispensável para a desinternação, a realização anual de perícia médica para avaliação da cessação ou não da periculosidade, havia intervalos de mais de 10 anos sem submissão do interno a tal procedimento.

Então, agora, em nossa pesquisa de mestrado, pensando dentro de uma lógica de que para cada indivíduo há um processo judicial, ou seja, folhas e folhas que revelam a trajetória da vida do “louco infrator” desde a sua entrada no manicômio judiciário (processo de institucionalização), sua permanência, até a sua desinternação ou outro destino (morte), passei a refletir sobre a forma como tal institucionalização acontece e que ela está, extremamente, relacionada e fundamentada em decisões, requerimentos, opiniões, laudos e pareceres de profissionais envolvidos em tal mundo (juiz, promotor, advogado, psiquiatra, psicólogo, etc.) através do discurso escrito, transformado no devido processo legal.

Saliento que talvez, fisicamente, tais profissionais nunca tiveram contato um com o outro, já que a forma de comunicação entre eles é a partir das palavras, mediante processo judicial. Daí aumenta a curiosidade, uma vez que a palavra nos permite interpretações diversas.

Apresentaremos um estudo teórico-prático descritivo a partir da análise crítica de (10) dez processos e, por que não dizer, de 10 vidas, indivíduos que se encontram internos no manicômio judiciário, em cumprimento de medida de segurança, porque cometeram algum crime e, por doença mental que não permitiu o discernimento de sua conduta, foi considerado inimputável. Como vimos, não receberam uma pena, mas foram afastados da sociedade, para, de acordo com a lei,

receberem tratamento médico até que seja constatada, por perícia médica, a cessação da periculosidade e então sejam desinternados e retornem ao convívio social. É essa a lógica do sistema.

Na apresentação dos dados de cada processo, faremos uma abordagem qualitativa, com análise documental e histórias de vidas, já que apresentaremos os resultados com questionamentos e indagações com o olhar de pesquisador. Os processos judiciais estudados foram considerados o ambiente natural como fonte direta de dados em relação com a pesquisadora na condição de instrumento fundamental, além de possuir a pesquisa um caráter descritivo e um enfoque indutivo.

O número de 10 (dez) processos foi escolhido de forma aleatória. O único critério de seleção foi o de estar dentro do grupo de indivíduos que já possuem sentença (decisão definitiva) determinando cumprimento de medida de segurança em sua forma de internação. Para escolha de tal quantidade, levamos em consideração o último censo (2011) que revelou o total de 35 pessoas em tal condição. Foram excluídos do estudo os internos que esperam a determinação de sentença judicial que estabeleça submissão à medida de segurança, ou seja, que estão em internação provisória, assim como aqueles que cumprem a medida em sua forma de tratamento ambulatorial.

Reiteramos a informação de que nem todas as pessoas que estão no manicômio judiciário já foram consideradas inimputáveis. Como vimos no capítulo anterior, algumas estão ainda a esperar o laudo pericial que avalia se, no momento do crime, poderia o autor ser ou não responsabilizado por sua conduta, procedimento chamado também de exame criminológico.

Para manter o anonimato, identificaremos cada caso com as letras de A até J. Por meio da utilização de tabelas, apresentaremos características de cada indivíduo como idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, tipo de delito (crime), vítima, diagnóstico, data da institucionalização e data da última perícia. Tal instrumento permitirá uma melhor visualização e explanação dos dados obtidos.

Em seguida, cada um terá um espaço para que apresentemos a situação processual, a partir de análise documental e histórias de vidas, situações que julgamos interessantes para analisar, discutir e comentar nos discursos dos profissionais envolvidos (juízes, médicos, promotores de justiça, advogados, defensores públicos, psicólogos, assistentes sociais, diretor (a) da instituição etc.),

aos quais denominamos atores técnicos e, a partir da minuciosa leitura de “laudo pericial”, “relatório”, “sentença”, “despacho”, “parecer”, “ofício”, “requerimento”, entre outros documentos, identificando pontos de vista, conteúdos indicativos de jogo de poder entre categorias, visões, tensionamentos sobre “loucos infratores”, loucura, funcionamento da instituição, periculosidade e, inclusive, outros saberes que não o dele (profissional), contidos nos processos, nos discursos, tudo com o objetivo planejado de compreender a institucionalização da vida do “louco infrator” mediante discursos de seus atores técnicos.

Garantimos sigilo absoluto de quaisquer informações que possam identificar o sujeito de pesquisa, quer seja interno do processo analisado, quer seja o profissional, cujo discurso está sendo discutido. Esclarecemos que tais processos judiciais não tramitam em segredo de justiça, portanto, não precisamos de autorização das partes ou do judiciário para analisarmos cada um deles.

Os processos judiciais analisados encontram-se no Fórum localizado no Campus da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, Maceió, mais especificamente, no cartório da 16ª Vara Criminal da Capital, denominada Vara de Execuções Penais, para onde são destinados todos os processos judiciais criminais que possuem decisão definitiva (sentença), sem possibilidade de reforma (transitada em julgado), isto é, tais processos estão em fase de execução, de cumprimento da pena, no caso do imputável e da medida de segurança no caso de inimputável. E esse último é o que nos interessa.

Apenas uma peculiaridade precisa ser ressaltada: alguns processos ainda estão em forma física (folhas e folhas de papel, sequencialmente enumeradas). E, para que os retirasse do local onde se encontravam a fim de tirar cópia, eu tive que deixar a minha identificação de advogada (carteira da OAB), documento que ficou retido até a devolução dos processos. Outros, dado o sistema atual de informatização judicial, já foram digitalizados e são visualizados através de um programa de virtualização processual. Contudo, para que eu pudesse visualizá-los necessário foi o meu cadastro no sistema, com geração de senha de acesso. Analisamos processos em ambas as formas.

Fui bem recebida no local, apresentei-me ao chefe de secretaria da vara como estudante do mestrado em sociologia da UFAL que precisava analisar 10 (dez) processos de pessoas em cumprimento de medida de segurança com determinação de internação. De logo, ele me informou a estante onde havia alguns

desses processos, porém a localização era a mesma para todos os processos referentes aos internos no Centro Psiquiátrico Pedro Marinho Suruagy – CPJ, quer estejam em internação definitiva ou provisória.

Esclareceu que nem todos os processos estariam ali, vez que alguns estão na sala do juiz, outros com o advogado, ou com o promotor, ou ainda estão na mesa de servidores responsáveis pela digitalização das folhas. Logo, a tais eu não teria acesso.

Então, com a ajuda de uma lista a mim entregue, pude retirar do grupo de processos daquela estante os que se referiam aos internos em internação provisória. Após isso, retirei os 03 processos sem fazer qualquer escolha e tomei um enorme susto, pois parecia que em minhas mãos havia muitas páginas, mais de 600 páginas.

No setor de cópias, a dificuldade foi muita para que tirassem as cópias de que eu precisava. Isso porque as folhas estavam muito deterioradas e corria o risco de serem rasgadas com o manuseio. Fui então orientada pelo próprio chefe da secretaria a analisar a quantidade restante na forma virtual. Logo, analisei 03 processos na forma física (casos “A”, “B” e “C”) e 07 processos na forma virtual (de “D” até “J”), sem critério de seleção, nem interferência temporal, já que, segundo o referido servidor público, a digitalização feita não possui critérios de ordem ou sequenciamento.

3.2 Resultados: análise e discussão

3.2.1 Aspectos relevantes da pesquisa

O Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ), localizado na BR 114, KM 14, S/N, CEP 57.083-000, Fone: 82 3315-1068; 3315-1071. É uma entidade pública, pertencente à Secretaria do Estado de Defesa Social, antiga Secretaria de Segurança Pública.

Inaugurada em 1978, pelo Governador da época Divaldo Suruagy e pelo Secretário de Segurança Pública José Azevedo Amaral, teve como arquiteta da obra Zélia de Melo Maia Nobre.

No dia vinte de novembro de 1980, o Presidente da República João Baptista de Oliveira Figueiredo visitou a instituição, incentivando os trabalhos assistenciais

desenvolvidos no Centro. Em outubro de 2001, durante o governo de Ronaldo Lessa, o CPJ passou por uma reforma em sua estrutura física.

Em disposição quadricular ao pátio, existem 10 alas, descritas de A a J, cada uma delas contém 13 quartos individuais, com exceção da J, que possui apenas 10 quartos.

Conforme Goffman (2003, p. 18), para cumprir a sua função de vigilância, como eficiente instituição total que representa, o hospital psiquiátrico foi pensado e construído num modelo panóptico, com uma distribuição de cada indivíduo em seu lugar, um modelo arquitetônico que facilita o que ele chamou de “obediência visível e constantemente examinada”. No Centro Psiquiátrico Pedro Marinho Suruagy – CPJ, não é diferente.

Isso porque as instituições totais funcionam dentro de uma lógica própria, onde seus interesses são os únicos que merecem ser atendidos, negligenciando qualquer necessidade ou desejo do sujeito institucionalizado (Goffman, 1998).

Obtivemos então dados, com atualização até 24.04.2013, por meio de relatório encaminhado à referida vara criminal pela gerente geral do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy – CPJ. Afirmam que, naquela data, havia 103 internos na instituição, entre os quais, 33 possuem medida de segurança decretada e deverão permanecer internos até que seja configurada a cessação de periculosidade por meio de perícia médica, sendo que dois deles tiveram as penas substituídas por medida de segurança. E sobre o sexo, do total, apenas dois internos do sexo feminino.

Ainda, segundo tal relatório, o número restante, ou seja, 70 (setenta) internos seguem em situação de internação provisória, a qual pode se tornar definitiva em caso de sentença com absolvição e consequente determinação de medida de segurança. Desse grupo, 06 (seis) são réus oriundos do sistema prisional que, por superveniência de perturbação mental, estão internos para tratamento ambulatorial.

Com uma visita ao local de pesquisa, pude coletar as seguintes informações expostas a seguir.

A estrutura funcional é composta de 04 subdivisões (Direção geral, Direção da divisão de saúde, Direção da divisão administrativa e Direção de segurança e disciplina), tendo cada uma suas atribuições e setores. Além do regimento interno e normas de serviço do CPJ, material que deve ser do conhecimento de todos os

funcionários e servir como uma fonte de consulta, para realizar seu trabalho, a instituição conta com o Decreto Nº 38.295 de 14 de fevereiro de 2000, que trata do Regulamento do Sistema Penitenciário do Estado de Alagoas, cuja Seção VI do Capítulo II trata Do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (Centro Psiquiátrico Pedro Marinho Suruagy).

Atualmente, o Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy - CPJ possui 160 funcionários, distribuídos nas seguintes funções: 11 na parte administrativa; 81 agentes penitenciários; 01 policial civil; 07 médicos; 01 dentista; 02 assistentes sociais; 07 psicólogos; 22 auxiliares de enfermagem; 09 cozinheiros; 10 auxiliares de serviços gerais (limpeza); 02 lavadeiras; 04 nos serviços de manutenção; 02 barbeiros e 01 motorista. Não há um terapeuta ocupacional na instituição; apenas uma sala chamada de Praxiterapia, onde os internos podem ler revistas, jornais ou realizar algumas atividades, porém sem nenhum fim terapêutico, apenas para passar tempo.

Considerando o aspecto de hospital e a finalidade de tratamento que a legislação prevê para fundamentar a necessidade de institucionalização do “louco infrator” a partir de sua submissão ao instituto jurídico denominado de medida de segurança, quero dizer que não tive a sensação de que tal lugar tem a finalidade de cuidado, mas sim afastamento social, vez que possui mais aparência de prisão do que hospital.

Tal sensação não fora só minha. Isso porque, Andrade e Barros (2008), ao entrevistar funcionários do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy - CPJ, indagando-os sobre a sua opinião em relação à finalidade da instituição, menos da metade (44,44%) respondeu que seria “tratamento”, enquanto que 29,62% apontaram que era “punição” e 25,92% responderam ambos (tratamento e punição).

Por outro lado, apesar de estar inserido no complexo prisional e ter um acesso dificultoso para o pedestre, devido ao afastamento da BR, talvez estratégico para “proteção da sociedade”, o CPJ aparenta ser um lugar tranquilo, sem barulho, e alguns funcionários demonstram harmonia entre si. O pessoal foi receptivo, informou que as visitas de familiares acontecem aos domingos, das 14h às 17h, sendo a movimentação em tal dia muito calma, já que nem todos os internos recebem visita.

3.2.2 Do processo judicial

Para apresentar os dados obtidos por meio da leitura de processos judiciais, importante se faz a compreensão de alguns conceitos.

“Processo”, em direito, é uma forma sistemática de proceder, necessária ao válido exercício do poder. Etimologicamente, tem o sentido de marcha para frente, avanço, progresso ou desenvolvimento.

O processo, no direito, é necessariamente formal porque suas formas atuam visando à garantia de imparcialidade, legalidade e isonomia na consecução das atribuições do Estado. A formalidade do processo também atua como barreira à busca de interesses individuais e à prática de arbitrariedades por aqueles que estão no Poder.

O processo judicial é um conjunto de instrumentos postos à disposição do Poder Judiciário para o exercício de suas funções típicas. Instrumento pelo qual se opera a jurisdição, cujos objetivos são eliminar conflitos e fazer justiça por meio da aplicação da Lei ao caso concreto.

Como alude Cintra et al (2006, 296), o processo se caracteriza pela sua finalidade, qual seja, a jurisdição; é o “instrumento para o legítimo exercício de poder”. A fonte primeira das normas e princípios do processo judicial é a Constituição Federal, que prevê regras sobre (i) criação, organização e funcionamento do Poder Judiciário, (ii) direitos e garantias dos sujeitos em processo judicial, (iii) instrumentos processuais específicos, e (iv) princípios específicos à relação processual.

Como diz o artigo 5º, inciso LIV, da Constituição Federal: “ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal.”

Por isso, para a aplicação da lei, necessária a abertura de um processo judicial, a fim de averiguar as circunstâncias fáticas e jurídicas que envolvam o caso concreto.

3.2.3 Do perfil das 10 vidas institucionalizadas

Através das tabelas abaixo, apresentamos dados sobre as dez pessoas, identificadas de A até J, submetidas a cumprimento de medida de segurança, mediante internação no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, cujos

processos judiciais foram analisados. Abordamos as seguintes variáveis: idade, sexo (M – masculino/ F – feminino), estado civil, escolaridade, profissão, tipo de delito (crime) cometido, vítima (pessoa conhecida do interno ou não), diagnóstico, data da internação e data da última perícia realizada.

A cada perfil apresentado, relatamos a história de vida institucionalizada de cada interno “louco infrator”, desde a situação que o levou à internação até os motivos de sua permanência na instituição nos dias atuais, com base nos escritos constantes nos processos judiciais, destacando as tensões, as contrariedades, os questionamentos e indagações, possivelmente encontrados nos discursos dos atores técnicos.

De certo, não foi uma tarefa fácil organizar os dados característicos individuais abaixo, porque, no processo judicial, eles não se encontram em organização em um único documento. Para encontrar as respostas desejadas, tivemos que recorrer aos mais diversos documentos ali encontrados (denúncia, inquérito, laudos médicos, relatórios psicológicos, petições, pareceres do Ministério Público (promotor), ofícios, despacho, sentença, certidões etc.). Vejamos então:

a) Caso “A”: 17 anos de vida institucionalizada.

IDENTIFICAÇÃO	A
IDADE	45 anos
SEXO	M
ESTADO CIVIL	Solteiro
ESCOLARIDADE	Analfabeto
PROFISSÃO	Trabalhador rural
TIPO DE DELITO	Lesão corporal seguida de morte
VÍTIMA	Companheira
DIAGNÓSTICO	Esquizofrenia
DATA DA INTERNAÇÃO	03.01.1996
DATA DA ÚLTIMA PERÍCIA	29.07.2009

Na época do crime, em 28.09.1995, “A”, com 27 anos de idade, natural do interior do estado de Alagoas, zona rural, após ingerir aguardente por 24h, começou

a discutir com a vítima, sua companheira, com quem vivia por aproximadamente 03 anos e tinha tido 03 filhos. Tomou uma velha enxada e atingiu a vítima na cabeça, provocando ferimentos que a levaram à morte.

Consta no processo que o membro do Ministério Público, Promotor de Justiça, por entender que o crime foi praticado com requintes de crueldade, requereu a condenação de “A” no crime previsto no Código Penal como lesão corporal seguida de morte.

Segundo testemunhas, “A”, após cometer tal ato, ficou ao lado da companheira, fora de si, até a polícia chegar e dizia que quem teria matado sua mulher fora a cachaça. A vítima ainda ficou hospitalizada vários dias, mas veio a falecer.

No mês de dezembro do mesmo ano, quando ocorreu o interrogatório de “A”, o juiz disse que “A” demonstra uma total fraqueza de memória, por não ter sabido dizer os nomes dos seus genitores, muito menos falar sobre o delito e demonstrou sinais visíveis de debilidade mental. Por isso, o juiz determinou que o acusado fosse encaminhado ao Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy - CPJ para que se submetesse a Exame de Sanidade Mental, a fim de averiguar se:

ao tempo da ação era, por motivo de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento;

ao tempo da ação, por motivo de perturbação mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado estava privado da plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Tais indagações são as utilizadas até os dias atuais para que o perito responda e dê bases para a decisão judicial. Contudo, depreende-se dos autos que, passados quase três anos, ainda não tinha sido realizado o devido laudo pericial, nem as indagações acima tinham sido respondidas.

O laudo pericial¹⁵ fora tão somente realizado em 20.03.1998 e juntado ao processo em maio do mesmo ano. Com o título de “exame médico pericial e psiquiátrico”, concluíram dois médicos psiquiatras que:

O periciado é portador de Psicose Esquizofrênica CID 10 F.20.0, associada a um retardo mental leve. Atualmente encontra-se assintomático, sob controle medicamentoso. Devido a sua patologia, não pode ser responsabilizado por seus atos e omissões.

Ocorre que o Promotor de Justiça, quando chamado a se manifestar sobre o caso, em agosto daquele ano, afirmou que não houve resposta dos médicos aos quesitos solicitados pelo juiz. E, com base em tal situação, requereu que o processo retornasse ao CPJ a fim de que fosse sanada tal lacuna.

Em contrapartida, o defensor público designado para o caso discordou totalmente do ponto de vista do promotor, afirmando que o laudo pericial é bem claro quanto ao estado psíquico de “A” e que não se deveria retardar mais ainda o processo, quando já se tem um diagnóstico e quando já decorreram quase três anos do fato.

Ora, decidiu então o juiz que “o ponto de vista do defensor público era o mais sensato”, não só por economia processual, mas pela conclusão do referido laudo pericial. E, em novembro de 1998, foi proferida sentença de absolvição de “A” por ter sido considerado inimputável, tendo sido estabelecida medida de segurança pelo prazo de dois anos a ser cumprida no CPJ. Sentença que foi confirmada e mantida pelo Tribunal de Justiça de Alagoas, já que houve recurso.

E assim foi confirmada a institucionalidade da vida de “A” no CPJ. Passados dois anos, a juíza então responsável pelo caso, a pedido do Ministério Público, enviou ofício solicitando que “A” fosse submetido a novo exame médico pericial ou exame criminológico, como também é chamado.

E a resposta, em março de 2000, veio da seguinte forma:

O paciente, no momento, encontra-se bem, está calmo, lúcido, sem sintomas alucinatórios ou delirantes, sob controle medicamentoso. Seu

¹⁵ O laudo pericial é um documento que deve ser feito necessariamente por médico psiquiatra. Apresentamos um modelo em anexo, onde se observam os seguintes tópicos: identificação, história criminal, história da doença mental, exame mental e conclusão.

diagnóstico permanece o mesmo: Psicose Esquizofrênica CID – 10 F.20.0, associado a restado mental leve, todavia o paciente não apresenta sanidade para voltar ao convívio social.

Só que, além de o conteúdo ser contraditório, por não trazer relato de existência de perturbação psíquica de “A”, mas concluir pela inexistência de sanidade para retorno ao convívio social, tais informações foram escritas por um profissional que não é médico. Informo que tais palavras acima foram ditas pelo diretor geral da época do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy – CPJ, cuja formação era jurídica, o que é um paradoxo. O aludido ofício foi por ele assinado. Não havia qualquer laudo pericial em anexo, apenas as conclusões do diretor que, ao que parece, avaliou a condição de saúde mental do interno “A”.

Carvalho (2002) já havia constatado que os atores técnicos assumem papéis que não são os seus, mas são decisivos para manutenção do sistema.

Realizado então laudo pericial de “A” e anexado ao processo em junho de 2000, a conclusão pelo médico psiquiatra foi a seguinte:

Poderá o mesmo voltar ao seu lar desde que faça acompanhamento psiquiátrico ambulatorial para que não haja recidiva no quadro psicopatológico.

Como a medida de segurança a que “A” foi submetido tinha sido determinada em novembro de 1998, com prazo mínimo de 02 anos, depreende-se do processo que, mesmo com a conclusão do laudo acima, o Ministério Público requereu ao juiz que fosse esperado o tempo previsto, ou seja, esperar até novembro de 2000, isto é, esperar mais 05 meses de internação, mesmo havendo laudo autorizando retorno ao lar.

E somente em junho de 2001, 01 (um) ano depois da feitura daquele laudo, o juiz proferiu sentença de desinternação com base em tal documento com data de 07.06.2000.

Acontece que a direção geral do CPJ, ao receber a sentença judicial de desinternação, enviou ofício, já no mês seguinte, assinado pelo diretor, informando que “A”:

(...) no momento, não apresenta condições de alta médica hospitalar .
Motivo pelo qual não deverá ser desinternado.

Ou seja, o laudo pericial concluiu a possibilidade de desinternação, mas a sentença de determinação da desinternação só foi proferida um ano depois e, mesmo assim, não foi cumprida, porque o diretor da instituição informou que “A” não tinha condições de convívio social.

Imagino que, ao terminar aquele laudo que concluía pela desinternação ao periciado (“A”), a ele se iniciaram as orientações quanto ao retorno para casa, mas a consequência, ao que tudo indica, foi frustração pela demora do poder judiciário e continuidade da institucionalização.

E, considerando a informação de impossibilidade de desinternação de “A”, prestada pelo diretor do CPJ, o juiz solicitou novo exame pericial, que só veio a ser realizado no ano de 2003, para confirmar a deficiência do Poder Judiciário.

Ao fazer a leitura do laudo pericial, lembrei-me do que Almeida (2006, 361) falou sobre o que afirmou Foucault em sua primeira aula do curso ministrado em 1975, sobre a função do exame psiquiátrico, dentre as 11 aulas expostas no livro *Os anormais*, quando apresentou uma prática discursiva que sobrepõe a medicina mental e o direito penal, tornando ambos alheios às suas próprias regras específicas.

Para Foucault, o exame psiquiátrico replica o delito pronunciado, na medida em que monta um quadro no qual são rememoradas características pessoais do indivíduo que não infringe a lei, desde a infância até a atualidade, ou seja, reconstitui os antecedentes dele que, por sinal, acabam sendo indícios que permitem antever o delito, assim como, o exame psiquiátrico acaba corroborando o caráter constitutivamente criminoso da personalidade do “réu”.

O aludido laudo pericial, de 28.04.2003, analisando-se seus tópicos, tem os seguintes discursos que nos permitem visualizar a concepção acima.

No tópico **História Criminal**: ... Não estou sabendo que matei não, não tenho filho não, minha mulher está no ... (sic).

Em tal momento, com a sigla sic, que significa “segundo informações do cliente”, o perito quer mostrar que o interno “A” falou que não sabe que matou a mulher, que não sabe de filhos e que a mulher está no ... (município onde eles moravam). Não colocado para não permitir identificação. Ou seja, para ele ter falado

isso dentro do tópico de história criminal, deduz-se que lhe foi perguntado algo sobre o crime. É justamente o rememorar suscitado por Foucault como uma das funções do exame psiquiátrico.

No tópico **História da Doença Atual:**

Periciado não tem outro internamento em hospital psiquiátrico. Quando residia em São Paulo (durante um ano), tomou remédio prescrito por uma Psiquiatra, não sabe informar o nome dos remédios, quem o levava para a consulta era sua irmã. Aqui chegando, deixou de tomar a medicação e começou ingerir bebidas alcoólicas. Após o delito foi preso.

É o que falamos, com base nos escritos de Foucault sobre uma das funções do exame psiquiátrico, a apresentação de antecedentes pessoais que acabam por antever o delito.

E, após a feitura do exame mental de “A” que, de acordo com o laudo, se apresentava, *“com bom asseio corporal, introspectivo, risos imotivados, juízo e raciocínio prejudicados, antecedentes de quadro alucinatorio e/ou delirante, memória de evocação prejudicada e déficit intelectual”*, foi concluído que “A” encontra-se sob controle medicamentoso, mas não apresenta condições de retorno ao convívio sociofamiliar.

Com base em tal laudo, tanto o Ministério Público como a Defensora Pública nomeada para “A” opinaram pela renovação da medida de segurança, o que fez o juiz pelo prazo de 01 ano. Isso no ano de 2003.

Marafiga et al (2009, 78) falam sobre a possibilidade de renovação anual da medida de segurança fundada na indeterminação de seu tempo de duração e na dependência da evolução do tratamento da pessoa.

Os referidos autores discutem sobre a necessidade de implantação de um modelo denominado de alta progressiva, o qual já foi desenvolvido no Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso no Rio Grande do Sul, caracterizado por uma prática de desinternação gradual.

Isso porque, como alude Goffman (2003), por conta da ansiedade diante da incerteza de como será a vida “fora” da instituição e por se deparar com fatores motivadores de internação, muitos internos apresentam piora em seus sintomas psiquiátricos.

Indagamos quanto à necessidade de se firmar o “louco infrator” a ser desinternado em um tratamento ambulatorial de sua comunidade nos moldes do que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei 10.216/01), como a inserção em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS mais próximo de sua residência.

Contudo, de acordo com Messias (2006), os hospitais de custódia e tratamento ainda encontram muitas dificuldades para efetivar a reforma psiquiátrica brasileira, devido à interseção necessária entre políticas públicas penais e de saúde.

Laudo pericial de “A” foi realizado em 2004, com igual conclusão de inaptidão para o retorno familiar. E agora o que chama atenção é que, no exame mental de “A” ele apresenta “maneirismo”, um tipo de estereotipia motora caracterizada por movimentos bizarros e repetitivos. Isso já tinha sido revelado por Andrade e Barros (2008), que a cronificação da doença é um dos efeitos decorrentes da internação prolongada. A medida de segurança de “A” foi prorrogada por mais 01 ano pelo juiz, em 2004.

Em 17.05.2006, novo laudo foi realizado e a conclusão continua de contra-indicação ao retorno familiar, fundamentada na ocorrência de surtos psicóticos, mesmo ele fazendo uso de medicação controlada.

Consta no processo pedido de desinternação de “A” feito ao juiz pela sua advogada, com base em parecer psicológico, datado de 12.03.2007, o qual afirma que “A” tem condições de alta hospitalar para dar continuidade ao seu tratamento em nível ambulatorial, necessitando da assistência de terceiros. Consta ainda, logo em seguida, parecer do Conselho Penitenciário, pugnando pela desinternação.

Mas, tão somente em maio de 2009 foi solicitada a realização de perícia médica oficial para “A” e o requerimento do advogado foi feito com indagação quanto à necessidade de desinternação para a realização de tratamento ambulatorial.

Em julho de 2009, foi proferida sentença de desinternação, com submissão de “A” a tratamento ambulatorial pelo prazo de 01 ano. Contudo, logo após a decisão judicial, foi apresentado novo laudo pericial, com data de 29.07.2009, prevendo mais uma vez a impossibilidade de desinternação, sob o argumento de que o periciado não reúne condições de retorno ao convívio social.

Segundo Carvalho (2002), em seu contato com a justiça, o psiquiatra acaba por assumir outro objeto que deixa de ser a doença mental e passa a ser o grau de periculosidade que possui o indivíduo, inclusive adentra na predição de seu comportamento futuro. Algo, segundo o referido autor, bastante complexo, subjetivo

e, em minha opinião, imprevisível e questionável. Por vezes, a atuação do psiquiatra, obedece a imperativos próprios, baseando-se em princípios estranhos à clínica da medicina mental, justamente para exercer funções precisas em sua relação com a justiça.

Com base no novo laudo apresentado, o Ministério Público opinou pela não desinternação, utilizando o seguinte discurso:

O Ministério Público pugna pela continuidade da internação do inimputável, (..), haja vista que o laudo das fls. 155 concluiu que não houve cessação da periculosidade do agente.

Após o relatado, em 15 de agosto de 2012, o juiz solicitou a realização de novo exame, que não foi feito até a presente data, ou seja, o último se realizou em 2009, evidente desrespeito à legislação penal que determina a realização de perícia anual. A última movimentação do processo é novo pedido de realização de exame pericial com data de julho de 2013.

Sobre a estrutura de um laudo pericial, é certo que cada perito adota um modelo próprio, mas, em todos os laudos, observamos em comum os seguintes tópicos: identificação, motivação do exame, história criminal, exame mental e conclusão. Alguns trazem ainda antecedentes pessoais e hereditários, antecedentes sociais, história da doença atual e exame físico.

Vejamos alguns tópicos e suas respostas do último laudo a que “A” foi submetido, em 29.07.2009:

- **Motivação do exame:** aAvaliação da cessação da periculosidade;
- **História Criminal:** em 28 de setembro de 1995, periciando cometeu crime de homicídio. Agrediu brutalmente, na cabeça, com enxadeco, sua esposa.
- **Exame Mental:** adentra ao consultório conduzido pela enfermagem. Apresenta-se com vestes adequadas e em regulares condições de higiene. Às perguntas sempre responde: não sei! Por vezes, risos tolos e imotivados à realidade ambiental. Pueril. Mímica pobre. Conteúdo ideativo pobre. Humor lábil. Denota distúrbios sensoperceptivos. Delirante.
- **Conclusão:** periciado, ao exame, evidenciou ser portador de patologia mental crônica Esquizofrenia Paranóide (CID – 10 F 20.0). Vem submetendo-se à elevada dosagem de neurolépticos, porém permanecem os sintomas produtivos.

Tem apresentado episódio de liberações agressivas imprevisíveis. No momento, não reúne condições de retorno ao convívio sociofamiliar. Necessita de continuidade de tratamento especializado em nível hospitalar.

A história de vida institucionalizada de “A” revela uma relação tensa e ambígua entre a Medicina e o Direito, no tocante ao julgamento da sanidade mental em matéria criminal.

Da análise processual, percebe-se que, embora o centro da atenção dos profissionais seja o de observar se há ou não possibilidade de desinternação, em analogia com o que disse Costa-Rosa (20001, p. 153), ao que parece, as ações dos atores técnicos (juízes, promotores, advogados, médicos psiquiatras) não se diferenciam de uma “linha de montagem”, em que as tarefas de cada um são fragmentadas e nenhum dos profissionais envolvidos tem noção da força do seu trabalho, entendido, em específico, como o seu poder de instigar uma decisão judicial.

Isso porque a decisão judicial é sempre pública e motivada. Por vezes, foi observado nos processos analisados, inclusive este de “A”, que a base da decisão judicial ora era o parecer do Ministério Público, ora o argumento de advogado, assim como, o laudo pericial feito pelo psiquiatra.¹⁶

No caso de “A” não foram encontrados relatos sobre a existência de referência familiar. É certo que, como mencionam Marafiga et al (2009, 88,) a convivência familiar é difícil e talvez até inexista pela situação relacionada ao delito do paciente que geralmente ocorre em sua própria casa, contra a sua própria família, como é o caso em análise, já que a vítima foi a sua companheira.

Tal análise processual nos revela que existe uma burocracia no processo judicial e como ele está calcado na relação de poderes, ressaltando que, segundo Foucault, o poder produz práticas das quais extrai um saber sobre o objeto ao qual ele se aplica. Há uma íntima relação entre o exercício do poder e a produção de saber. Relações de poder informam práticas das quais emergem discursos, num procedimento circular produtivo, do qual emergem indivíduos, sujeitos, subjetividade.

¹⁶ O inciso IX do art. 93 da Constituição Federal Brasileira afirma que todas as decisões judiciais devem ser públicas e motivadas sobre pena de nulidade. É importante ressaltar que, de acordo com o art. 182 do Código de Processo Penal Brasileiro, o juiz não ficará adstrito ao laudo, podendo aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte.

Ao lado da controvérsia motivada por interpretações diferentes do juiz, psiquiatra, da Defensoria e do Ministério Público, que se atém aos limites formais da Lei no que se refere ao primeiro contato com o apenado, segue-se uma crônica anunciada de esquecimento da condição médica e legal do apenado. Os intervalos temporais, em dissintonia com os prazos legais, revelam uma prática institucional e de conhecimento, profissional e científico, apenas parcialmente atentos aos direitos dos apenados. Isso é ainda mais exagerado no caso do paciente-interno "A" que teve um laudo "médico" assinado pelo diretor, que não era médico.

Não há uma crise institucional pelo fato de que laudos autorizativos de desinternação não sejam cumpridos. O "cliente", o louco-infrator, não pode reclamar do tratamento recebido e suas famílias estão fragilizadas demais para fazê-lo. O réu, louco-infrator, transita por entre as realidades prescritas pelos sistemas de conhecimento dos especialistas que operam no sistema, permanecendo aprisionado em um mundo institucionalizado, desfocado de suas finalidades. E toda a trama começou de forma aparentemente simples: o louco-infrator confessa que não sabe que matou a mulher. Daí por diante, sua vida e seu tempo perdem-se pelos labirintos da instituição.

E já se passaram 17 anos de institucionalização.

b) Caso “B”: desinternação e reinternação.

IDENTIFICAÇÃO	B
IDADE	66 anos
SEXO	M
ESTADO CIVIL	Casado
ESCOLARIDADE	Analfabeto
PROFISSÃO	Ajudante geral
TIPO DE DELITO	Homicídio
VÍTIMA	Transeuntes
DIAGNÓSTICO	Esquizofrenia
DATA DA INTERNAÇÃO	26.04.1999
DATA DA ÚLTIMA PERÍCIA	24.09.2009

“B” estava na prisão, na Penitenciária São Leonardo, quando, em 30.12.1998, produziu na vítima, um colega de cela, lesões que lhe esmagaram o crânio e produziram morte imediata, utilizando um pedaço de madeira. Motivo: foi acordado com a vítima lhe jogando água no rosto, o que o irritou bastante e, mesmo tendo pedido para parar, ele não obedeceu.

“B” foi denunciado por homicídio. Após seu interrogatório, o defensor público que o acompanhava requereu a instalação do incidente de insanidade mental. Ou seja, foi solicitada a realização de exame pericial para que pudessem ser averiguadas as faculdades mentais de “B”.

Em 10.02.2000, foi confeccionado o laudo pericial, com as seguintes averiguações e respostas:

- **História criminal:** “após briga matei um aí na penitenciária por ter ele jogado água em mim e querer comer meu cu”. Não há relatos sobre o motivo de que ele já estava na penitenciária. Tampouco há quanto tempo.
- **Antecedentes pessoais e hereditários:** (..) o pai morreu quando ele tinha 07 anos e mãe era gorda e um pouco nervosa. “A família quase toda sofre dos nervos” (sic).
- **Antecedentes sociais:** (...) É o 13º filho de uma prole de 14. Foi à escola, mas “não aprendi de jeito nenhum, só dava pra dormir”. Começou a trabalhar aos 14 anos em atividades agrícolas. Com 22 anos de idade foi para São Paulo, mas foi despedido por ter cochilado. Casou-se, teve 10 filhos, mas disse ter sido abandonado pela mulher porque disse que “eu estava doido”.
- **História da doença atual:** Em 1980, foi internado pela primeira vez. Já foi internado em vários hospitais psiquiátricos. Quando chegou ao manicômio, estava delirante e com alucinações auditivas.
- **Exame físico e mental:** bom estado nutricional, exame neurológico sem anormalidades. Quando do seu internamento, apresentava idéias delirantes de fundo persecutório e de autoreferência e com neologismo.
- **Conclusão:** em vista dos elementos colhidos com o periciado, somos de parecer que é portador de ESQUIZOFRENIA, tendo apresentado síndrome paranoide e, no momento, o quadro está em remissão. No momento do delito, devido à doença mental, encontrava-se inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato.

“B” foi submetido ao Tribunal do Júri. Em junho de 2001, foi proferida sentença de “B”, tendo os jurados, por maioria de votos, reconhecido a tese da defesa de insanidade mental. Houve a absolvição e, por consequência, aplicação de Medida de Segurança por período de 03 anos, considerando que ele era inimputável ao tempo em que cometeu a infração penal.

Em 07.10.2004, fora realizado no novo laudo pericial e, mais uma vez, os mesmos tópicos acima foram analisados, sendo que, na história criminal, “B” já relatou que estava no presídio sendo que em vias de soltura, quando outro queria lhe pegar no banheiro e então lhe deu pauladas o que o levou à morte. Cumpria pena porque deu uns tiros e pegou dois transeuntes e disse: “só atirei porque todos avançaram em mim”. E, a conclusão, após exame mental, foi que a sua patologia está sob controle medicamentoso e apresenta condições de retorno ao convívio sociofamiliar, entretanto deverá continuar em tratamento ambulatorial por tempo indeterminado.

Em seguida, consta parecer do Ministério Público favorável à desinternação com base no aludido exame médico pericial e psiquiátrico. Porém requereu audição da família para que seja formulado ajuste de conduta.

A defensoria pública, por intermédio de advogado, também requereu a desinternação.

A sentença de desinternação data de maio de 2005, sendo que o pedido de oitiva da família feito pelo Ministério Público foi ignorado pelo juiz. A desinternação foi determinada por 01 ano, mediante o cumprimento das seguintes condições:

- comparecimento, a cada três meses, ao Juízo da Execução, para informar e justificar as atividades;
- proibição de mudar de residência sem prévia comunicação;
- continuação mensalmente do tratamento, em nível ambulatorial, no Centro Psiquiátrico Pedro Marinho Suruagy.

Ocorre que, em setembro do mesmo ano (2005), a irmã de “B” compareceu no Juízo e informou que ele voltou a apresentar sintomas da doença mesmo utilizando a medicação. Solicitou então a sua internação.

Logo, foi revogada a desinternação em abril de 2006 com base em informações familiares e determinada a internação de “B”. Isso foi feito sem ser encontrado no processo qualquer laudo médico pericial de tal época.

É justamente no discurso do juiz de desinternação que passamos a refletir. Quando, no parecer do Ministério Público, esse requereu a audição da família para ser feito um ajuste de conduta, tal pedido não foi nem mencionado na sentença. Indaga-se: Não teria sido necessário orientar a família de “B” quanto a ser imprescindível a adesão ao tratamento e apoio familiar a ele?

Estudos evidenciados por Moscatello (2001, 35) demonstram que a reinternação em manicômios judiciais ocorre por razões diversas, como ausência de suporte psiquiátrico adequado, rejeição familiar e abuso de álcool e drogas.

No caso de “B”, imaginamos que deveria constar, ao menos, um relatório circunstanciado social que, com base em visita à residência de “B”, pudesse expor a dinâmica familiar e concluir pela necessidade ou não de reinternação, afinal não houve recidiva criminal, tampouco foram descumpridas as condições estabelecidas pelo juiz na sentença de desinternação, tendo ocorrido a reinternação a pedido da irmã.

Após a reinternação de “B”, apenas em 24.09.2009, foi realizado laudo médico pericial, por meio do qual, mais uma vez, é feita uma lembrança sobre o crime por ele praticado, o que, como já discutimos ao falar sobre a obra “Os anormais” de Foucault, mostra-se como uma das funções do exame psiquiátrico.

Destaque-se que, em tal laudo, o perito deixa claro que o motivo do exame é “avaliação de cessação de periculosidade”. E ainda, na conclusão, afirma que:

(...), no momento, sem periculosidade, podendo assim manter-se em tratamento ambulatorial desde que apresente retaguarda familiar que se comprometa com esta modalidade de tratamento, realizado, preferencialmente, em CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), com apresentação bimestral em juízo (...). Estas condições visam assegurar o cidadão e a sociedade, levando-se em conta o fato de que a patologia do periciado encontra-se cronicada sem possibilidade técnica de falar-se em cura total.

Como se vê, é nítida a relação entre loucura e periculosidade.

Parecer do Ministério Público favorável e sentença judicial de desinternação em outubro de 2009, sendo determinada a marcação de audiência, a fim de que “B” compareça acompanhado de algum familiar ou responsável.

Ocorre que, da análise dos autos processuais, conclui-se que não foi realizada a audiência solicitada. Apenas em 11.11.2009, “B” foi entregue à pessoa responsável, a qual assinou “Termo de entrega de paciente”.

Em 09 de julho de 2010, a mesma irmã de “B” compareceu ao Ministério Público, declarando, por escrito, que o irmão estaria apresentando sinais de agressividade, ameaça a ela e aos demais familiares e que o tratamento ambulatorial não estaria surtindo os efeitos esperados.

Em 04 de agosto de 2010, foi determinada a suspensão da desinternação e restabelecimento da medida de segurança, solicitando exame pericial no prazo de 48 horas após a internação.

Sendo que a reinternação só foi cumprida, com o aparato policial, no dia 10.03.2011. Destacamos parte, com grifos nossos, do ofício enviado pelo Sr. Delegado de Polícia ao Juiz de Direito.

em atenção determinação judicial (...), comunico, que a mesma fora, no dia de hoje, devidamente cumprida, conforme consta cópia do referido expediente em anexo, estando o **preso**, à disposição desse r. Juízo.

Na folha seguinte, consta memorando endereçado à direção do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy – CPJ, onde há a seguinte informação dada pelo diretor das unidades penitenciárias:

o referido **preso** será escoltado e entregue nesta Unidade Prisional pelo policial civil.

Destacamos que “B” é identificado como “preso”, o que demonstra, de certa forma, como ele é visto por aqueles que fazem parte do sistema institucional em que ele se insere, o que, na concepção do legislador, seria ele um indivíduo isento de pena, submetido a tratamento. Mas, na realidade, institucional...

Em função das características de isolamento social e segregação que possui o modelo manicomial, o tratamento dos imputáveis, a estrutura ambiental (grades, uniformes, regras), realmente parece uma prisão. Talvez daí surge chamar os internos de presos.

O laudo, para averiguar a real situação mental do interno, já que, mais uma vez, a internação ocorreu a pedido da irmã, que deveria ter sido realizado em 48 horas após a internação em março de 2011, veio a ser realizado apenas neste ano de 2013. Não há data nem conclusão do perito.

Segundo o perito, o motivo do exame é “verificação das condições de sanidade mental”. Percebe-se, pois, que nem todos analisam o termo “avaliação da cessação de periculosidade”.

Em julho do corrente ano, o juiz solicitou o que foi requerido pelo Ministério Público, o envio de ofício ao CPJ, solicitando a conclusão do laudo quanto à cessação de periculosidade, já que tal laudo estava incompleto. Ao que parece, faltou ser juntada ao processo a última página.

Destacamos que, em diversas peças judiciais desse processo, tanto no discurso do juiz como do advogado, é utilizada em relação à “B”, a palavra “apenado”, o que contraria a legislação, visto que, como dito, pela sua ininputabilidade, ele é isento de pena.

Atualmente, aos 66 anos, “B” já passou por várias internações e reinternações. Parece ser necessária uma política para construção de um trabalho intersetorial, caso contrário, a história de “B” de desinternação e reinternação se repetirá.

Silva (2010) apresenta o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI, que se consolidou em Goiás, em 2006. Esse programa coloca a pessoa submetida à medida de segurança no ambiente universal e democrático no Sistema Único de Saúde, sem distinção de outros pacientes e com participação ativa da sociedade, com tratamento determinado nos moldes da Reforma Psiquiátrica, na busca de resgatar a dignidade e os direitos humanos fundamentais.

Observemos que a instituição é perpassada também por mecanismos informais de funcionamento. Assim, “B” foi internado novamente a mando do juiz, em atenção à solicitação da família, mas sem laudo médico que certifique a necessidade de reinternação. O louco-infrator parece ser mais visto como preso do que como um ininputável. E uma vez mais, o indivíduo é engolido pelas tramas de um tempo que não volta atrás. O internato mais denota um asilo do tempo e da vida perdidos.

c) Caso “C”: perpétua institucionalização

IDENTIFICAÇÃO	C
IDADE	66 anos
SEXO	M
ESTADO CIVIL	Casado
ESCOLARIDADE	Analfabeto
PROFISSÃO	Trabalhador rural
TIPO DE DELITO	Homicídio
VÍTIMA	Companheira e filha
DIAGNÓSTICO	Esquizofrenia
DATA DA INTERNAÇÃO	12.12.1982
DATA DA ÚLTIMA PERÍCIA	29.09.2009

Em outubro de 1982, na zona rural do interior do estado de Alagoas, “C” aplicou golpes de enxada em sua companheira, e ela faleceu. A vítima estava com a filha do casal, de 05 meses, nos braços, que caiu no chão, fraturou o crânio e também faleceu.

Segundo as testemunhas do caso, “C” era um “retardado” e já havia sido internado em hospital psiquiátrico. Desde a peça inicial acusatória, a denúncia, feita pelo promotor de justiça, foi solicitada por ele a submissão de “C” à exame psiquiátrico, ante a possibilidade de o acusado ser inimputável.

“C” foi preso no mesmo dia do fato, ficando na delegacia do interior e encaminhado ao CPJ em dezembro do mesmo ano.

Exame realizado em 10.03.1983, confirmou internação anterior ao delito em hospital psiquiátrico, assim como que tomava a medicação no hospital, mas em casa não. Conclusão de que “C” possui um quadro de esquizofrenia e que não pode ser responsabilizado por seus atos e omissões, além de que, ao tempo da ação, era inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato.

Afirma ainda que a doença de “C” é anterior ao fato e de que não é aconselhado o seu retorno imediato à sociedade, vez que o comportamento é imprevisível.

Em 20.06.1983, foi proferida sentença de absolvição e conseqüente submissão à medida de segurança pelo prazo de 03 anos.

Novo exame foi realizado em 1983, novamente com conclusão de que não há condições de retorno ao convívio social. E a medida foi renovada por mais 03 anos.

Outro exame em 1989, com a mesma conclusão. E, com tal resultado, a medida de segurança foi prorrogada por tempo indeterminado, conforme previsão legal.

Em 1991, foi realizado um exame, em desrespeito à legislação, que prevê a realização de perícia anual, com as mesmas conclusões anteriores.

Em 1996, o juiz proferiu decisão, pedindo que fosse oficiado o CPJ para apresentação de laudo de verificação de cessação de periculosidade, ressaltando que a perícia deveria ter sido realizada no prazo anual.

Foi realizado um exame em 1998 com a mesma conclusão, acrescentado o termo “necessidade de permanecer em tratamento hospitalar”.

Um exame foi realizado em 2001, fora do prazo estabelecido. Novamente com contra-indicação ao retorno sociofamiliar, com a ressalva de que a doença é crônica e permanente, com necessidade de cuidados de terceiros e do amparo da lei.

Interessante frisar que, nenhum momento, a conclusão é dada no sentido de que, como não houve cessação da periculosidade, deve ser dada continuidade à internação. Porém, quando da decisão judicial, em abril de 2001, vejamos o que disse o juiz, com base em tal laudo.

o laudo médico não deixa dúvidas quanto à periculosidade do agente, uma vez que é taxativa ao afirmar que: “o periciado é portador de doença mental... de caráter crônico e permanente. Contra-indicamos o seu retorno ao convívio sócio-familiar.”

“Assim, não cessando a periculosidade do agente, determino a prorrogação da medida de segurança pelo prazo de 03 anos (...).

Percebemos uma contradição nessa decisão. Anteriormente a medida de segurança não já teria sido determinada por tempo indeterminado? Por que (03) três anos agora?

Novo exame foi realizado em 2003 com as mesmas conclusões.

Sentença com data de 2004, com prorrogação da medida pelo prazo de 01 ano.

O laudo pericial só foi realizado em 26.11.2007, concluindo o perito pela inexistência de condição social, assim como se destaca a informação de que, em todo o tempo de institucionalização, 31 anos, o periciado nunca recebeu visita.

O abandono familiar é característico, como já ressaltamos, pela atitude delituosa e estigma loucura/crime e pela confirmação de que, na maioria dos casos, a vítima é pessoa que faz parte do grupo familiar (Andrade e Barros, 2008).

Em 2009, com base na Constituição Federal que veda a existência de penas de caráter perpétuo, a defensoria pública, por meio de uma advogada, requereu a desinternação de “C” e encaminhamento a algum hospital psiquiátrico, salientando que o mais importante seria afastá-lo do sistema penal.

Ato seguinte, instigado a se manifestar, o Ministério Público requereu nova perícia.

Periciado agora com 61 anos. Último laudo realizado em 2009, cuja conclusão não poderia ser diferente: inexistência de condição social, falta de condições de retorno ao convívio sociofamiliar.

Vejamos alguns tópicos e suas respostas, omitindo algumas partes, apenas para não possibilitar identificação de “C”:

- **História criminal:** paciente aqui se encontra porque cometeu crime de homicídio. Assassinou sua companheira, utilizando como arma uma enxada e também a filha menor do casal, que se encontrava nos braços da mãe que ao cair ao chão foi pisoteada várias vezes. (...).

- **História da doença atual:** paciente já egresso de hospitais psiquiátricos, a exemplo do Hospital Portugal Ramalho, sem que se saiba até então o número de vezes em que esteve internado. É fato sabido, entretanto, que deu entrada neste Centro Psiquiátrico Judiciário em 1982, não tendo recebido nesse período nenhuma visita familiar.

- **Exame mental:** paciente apresenta-se para entrevista com vestes em desalinho e asseio corporal a desejar, na maioria das vezes, com as mãos adentrando na cavidade bucal e, em decorrência desse fato, salivando por entre os dedos e tocando simultaneamente nos objetos ao seu redor. O contato interpessoal é extremamente precário, limitado e solilóquios mussitativos, risos aparentemente imotivados, atenção dispersiva no ambiente, como se atendendo a conteúdos internos. Todo o seu psiquismo encontra-se bastante comprometido com desordens múltiplas do pensamento, embotamento afetivo e pragmatismo útil praticamente

nulo. A mímica é desordenada, o campo da consciência sem representatividade têmporo-espacial.

- **Conclusão:** Periciado é portador de patologia mental encontrada em CID 10 como F20.0 em franca cronicidade e limites de demenciação. Convém observar que, por vezes, negligente/indiferentemente costuma atear fogo em seus outros objetos pessoais. Diante do exposto, somado à inexistência de condição social de retaguarda, não reúne condições de retorno ao convívio sociofamiliar. O bom senso gerencia o propósito de não poder falar-se em término de periculosidade, necessitando, pois, do amparo da lei, da vigilância e de cuidados permanentes de terceiros. O quadro clínico é irreversível e a atenção hospitalar indispensável.

Destacamos a afirmação do aludido perito que segue:

(...) o bom senso gerencia o propósito de não poder falar-se em término de periculosidade (...).

Enquanto isso, a legislação penal é clara ao falar em averiguação da cessação da periculosidade. E, por vezes, colocada no processo a denominação do exame como laudo de cessação de periculosidade. Esse foi o primeiro laudo que eu li com a utilização de tal termo. Indeferida a desinternação com base no laudo pericial, nem sequer houve apreciação do supramencionado pedido de saída de “C” do sistema penal para um hospital psiquiátrico.

Sobre a “periculosidade”, Ribeiro (2006, 89) coloca que o louco carrega, segundo o discurso jurídico, avalizado pelas ciências psicológicas e psiquiátricas, a marca de perigoso, considerando sua incapacidade de entendimento. Incapacidade de agir, segundo os pilares racionalistas que sustentaram a modernidade. Desde a infância somos educados a temer a loucura da mesma forma que tememos outras figuras do folclore popular – um lugar imaginário construído por longo período histórico que reservou aos loucos o cárcere.

Em defesa de suposta segurança social, foram criados dispositivos para apaziguar o temor. Em seu trabalho, o autor entrevistou um juiz que afirmou:

O problema todo dos portadores de transtornos perigosos é muito sério. A gente está entre dois interesses opostos. O interesse do indivíduo em si e do interesse social. Nós temos sempre essa dicotomia no Direito, não só em

relação ao paciente perigoso, mas em relação ao criminoso, de um modo geral, o próprio delinqüente. Então, a gente o isola para ressocializá-lo. O que é um contra-senso.

Será que há possibilidade de ressocialização com isolamento?

Continua o referido autor a informar que, em outra entrevista com juiz, escutou o que segue:

(...) a questão da periculosidade hoje, está muito mais incutida na cabeça da sociedade do que propriamente no propósito de se reverter qualquer situação. Perigoso, penso eu, nesse mundo de adversidades, nessa discriminação de renda, somos todos nós. Em potencial, todo ser humano tem alguma periculosidade.

Voltando ao processo, mais uma vez, a defensoria pública, por meio de um advogado, em novembro de 2010, requereu a desinternação imediata com base no cumprimento de medida de segurança por tempo superior à pena cominada ao delito cometido, como assim entende parte da doutrina jurídica. Essa discussão foi alvo de comentários no capítulo anterior.

Até então, não foi realizada perícia médica designada, tendo sido ofício de solicitação realizado em abril de 2013. A condição de "C" de não ser periciado e mantido internado mostra o jogo de poder e de semântica que envolve a vida dos internos nos corredores dos tempos esquecidos. A decisão judicial e administrativa tem em seu favor a proeminência de decidir o que fazer com o interno, finalmente. O jogo de poder e suas distinções (quem tem a palavra final) não representa nada na vida do louco-infrator, porque não aumentará suas chances de reabilitação, que, por sua vez, talvez, até representasse um outro problema. A condição de apenado completa o círculo de enclausuramento e esquecimento.

O caso "C", lembra o documentário "A casa dos mortos", em especial, a "morte de Almerindo", configurando o manicômio judiciário como um modelo penal-psiquiátrico de asilamento.¹⁷

Da análise processual de "C", ao que parece, não seria mais necessária a realização de laudo pericial, vez que resta evidente a possibilidade de

¹⁷ O filme está disponível online: <http://www.youtube.com/watch?v=noZXWFxdtNI>.

institucionalização perpétua, ante a “inexistência de condição social” reiterada ao longo dos laudos realizados e a ausência de referência familiar.

d) Caso “D”: E por que não implementar políticas de reinserção social?

IDENTIFICAÇÃO	D
IDADE	41 anos
SEXO	M
ESTADO CIVIL	Casado
ESCOLARIDADE	4ª série do ensino fundamental
PROFISSÃO	Garçom
TIPO DE DELITO	Homicídio
VÍTIMA	Desconhecida
DIAGNÓSTICO	Esquizofrenia
DATA DA INTERNAÇÃO	23.08.2012
DATA DA ÚLTIMA PERÍCIA	2013

No ano de 2001, na capital do estado, no interior de uma lanchonete, fazendo uso de uma faca peixeira, atingiu a vítima de forma fatal, uma garçonete, que teria tido um desentendimento com um irmão de “D”.

Apesar de o crime ter ocorrido em 2001, a denúncia fora feita em 2005 e consta sentença de submissão de “D” com data de fevereiro de 2008. Mas, não há informações sobre “D” desde o ano do crime até a data da sentença. Consta apenas que ele foi encontrado em Marechal Deodoro - AL após 03 meses do crime, sendo que, no relatório de vida carcerária, consta entrada no sistema prisional em fevereiro de 2008.

No processo, consta o primeiro laudo com data de fevereiro de 2007, cuja conclusão afirma inimputabilidade penal. Contudo, o perito diz que é necessário tratamento ambulatorial. Não se fala em internação. Assim:

Periciando portador de transtorno mental (Psicose Esquizofrênica Paranóide), patologia irreversível e de curso crônico. Atualmente apresenta quadro psicótico agudo, necessitando de tratamento psiquiátrico em ambulatório.

Significa dizer que a sentença de submissão à medida de segurança, proferida em fevereiro de 2008, determinou a internação pelo prazo mínimo de 03 anos, levando em conta a gravidade do delito, em detrimento do laudo que afirmava a necessidade de tratamento ambulatorial. Lembremo-nos: “*quando os juízes tratam e os médicos julgam*”. Ou seja, o juiz, em sua sentença, não disse nada de substantivo que pudesse desconsiderar a conclusão da perícia médica cujo parecer fora pelo tratamento ambulatorial e, mesmo sim, decidiu pela internação.

Foi realizado novo laudo pericial em 21.03.2011, com conclusão favorável à desinternação, desde que ocorra tratamento ambulatorial e com sugestão de comparecimento mensal ao CPJ.

Em 17 de novembro de 2011, fora proferida decisão de desinternação e saída de “D” do manicômio. Ocorre que em maio do ano seguinte, ele passou a ameaçar seu genitor, idoso de mais de 60 anos, e foi interno em hospital psiquiátrico.

Porém, após manifestação do defensor público e concordância do Ministério Público, a reinternação foi determinada em julho de 2012 e, em agosto de 2012, ocorreu, de fato, a reinternação.

Laudo realizado em 2013, sem data específica, porém com conclusão de que há possibilidade de desinternação, desde que “D” faça uso dos medicamentos prescritos de forma adequada.

Vejamos alguns tópicos e respostas do referido laudo:

- **Motivo do exame:** avaliação da cessação da periculosidade.

- **História Criminal:** “Voltei pra qui pela 2ª vez. Estava sem tomar os remédios e adoeci. Não tinha vindo aqui (CPJ) nem no juiz. O promotor foi lá em casa com três policiais e me trouxeram para cá” (sic).

- **Exame mental:** periciado adentra ao consultório, trajando veste hospitalar e em regulares condições de higiene. No momento, calmo. Atende às nossas solicitações. Lúcido, orientado auto, alo e cronopsicamente. Humor fundamental de colorido depressivo. Memórias íntegras. Nega e não evidencia distúrbios sensoperceptivos ou concepções delirantes. Inteligência compatível com seu nível socioeconômico e cultural. Sob contenção medicamentosa.

- **Conclusão:** periciado portador de Esquizofrenia Paranóide (CID 10 F20.0). No período de tratamento em regime de internação hospitalar, tem se mantido calmo, com comportamento adequado às normas da instituição e assintomático. Sob

contenção medicamentosa. Apresenta condições de retorno ao convívio sociofamiliar desde que assegurado o permanente acompanhamento médico especializado com a consequente contenção medicamentosa. Opinamos pelo comparecimento mensal ao CPJ para avaliação.

Em agosto do corrente ano, com base no aludido laudo, o advogado pediu a desinternação. Manifestação do promotor favorável à desinternação, estando o processo à espera de decisão judicial.

Em novembro do corrente ano, foi proferida decisão judicial, determinando a desinternação e a submissão de “D” a tratamento ambulatorial, com o comparecimento mensal ao Juízo e ao CPJ, a fim de continuar o tratamento médico-psiquiátrico. Em 04.12.13, foi realizada audiência de advertência quando o mesmo foi advertido sobre as condições a ele impostas.

Em 19.12.2013, já constava pedido de reconsideração da decisão judicial, mas o sistema virtual, por problemas de funcionamento, não permitiu a visualização dos motivos que ensejam o referido pedido.

Destacamos a necessidade evidente de trabalhar a adaptação do interno ao “mundo lá fora”. A equipe do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, introduziu um dispositivo chamado pela equipe de “saídas terapêuticas”, que possibilita a pacientes, a partir de um determinado momento da internação, passar os fins de semana em casa, com o objetivo de progressivamente se reintegrar à sua família e à sua comunidade, pois assim a equipe avalia o seu comportamento em casa e se sente mais segura em emitir pareceres favoráveis à desinternação. Como também, outra alternativa é aos poucos introduzir o paciente na rede de Saúde Mental do SUS em um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) - um serviço de atenção diária - antes de ser solicitada a desinstitucionalização, a fim de integrá-lo a um novo serviço.

Para os pacientes que, embora tenham recebido autorização de desinternação, continuam na instituição, por falta de suporte sociofamiliar, acontecem as “saídas terapêuticas assistidas”, isto é, com o acompanhamento de um terapeuta ocupacional do hospital, em grupos de 05, os pacientes realizam saídas assistidas para se ambientar de novo à cidade e aos equipamentos urbanos principais, como os meios de transportes coletivos, as repartições públicas, os estabelecimentos comerciais, os espaços culturais entre outros. A idéia é também

inserir esses pacientes em um CAPS mais próximo do hospital (Kolker & Delgado, 2003: 172).

e) Caso “E”: o problema da transferência.

IDENTIFICAÇÃO	E
IDADE	79 anos
SEXO	M
ESTADO CIVIL	Viúvo
ESCOLARIDADE	Analfabeto
PROFISSÃO	Metalúrgico/aposentado
TIPO DE DELITO	Tentativa de homicídio
VÍTIMA	Desconhecida
DIAGNÓSTICO	Transtorno delirante persistente
DATA DA INTERNAÇÃO	27.04.2007
DATA DA ÚLTIMA PERÍCIA	27.05.2013

Em março de 2007, “E” havia sido detido no terminal rodoviário de Maceió por prática de desordem. Quando um policial civil procedia a devolução de objetos pertencentes a “E”, foi surpreendido quando este o segurou com força pelo pescoço e com uma faca o feriu. Na denúncia (a peça acusatória), o promotor de Justiça relata que, do inquérito policial, observa-se que a atitude de “E” demonstrava desprezo à vida do semelhante, às normas sociais e às imperativas de ordem legal. Foi recebida a denúncia por tentativa de homicídio.

Em abril do mesmo ano, durante interrogatório de “E”, foi percebido que ele apresentava visíveis sinais de insanidade mental e, por isso, foi determinada a instauração de processo incidental de insanidade mental, com realização de necessária perícia.

Em janeiro de 2008, foi proferida sentença de absolvição sumária de “E”, com base em laudo médico pericial realizado em setembro de 2007, o qual relatou que, no momento do crime, “E” era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito de sua ação e incapaz de se determinar de acordo com tal entendimento. Foi então submetido à medida de segurança de internação pelo prazo mínimo de 03 anos.

Em novembro de 2008, através da Defensoria Pública, foi solicitada a remoção de “E” para Centro Psiquiátrico Judiciário de Porto Velho - Rondônia, onde reside a sua família.

Em dezembro de 2008, novo laudo pericial foi realizado e, mais uma vez, concluiu pela não possibilidade de retorno ao convívio social. Em tal laudo, só havia os seguintes tópicos: identificação, exame mental e conclusão.

- **Exame mental:** paciente adentra ao consultório conduzido pelo agente de segurança. Traja roupas adequadas e em regulares condições de higiene. Barba por fazer. Em excitação psicomotora. Prolixo. Orientado auto, alo e parcialmente cronopsíquica. Humor exaltado. Alucinações auditivas. Idéias delirantes de conteúdo persecutório. Tem apresentado liberações agressivas hetero dirigidas. Por vezes, em solilóquias. Diz estar bem de saúde e que não precisa de tantos comprimidos. “É dia e de noite que eles falam de mim, o rádio é direto, dizem que vão me pegar, me xingar” (sic).

- **Conclusão:** periciado no exame evidenciou, no momento, não reunir condições de retorno ao convívio sociofamiliar. Apesar de vir sendo medicado, persistem os distúrbios sensoperceptivos, idéias delirantes de conteúdo persecutório e episódios de liberações agressivas hetero dirigidas. Necessita dar continuidade a tratamento em nível de internação.

Em fevereiro de 2009, quanto ao pedido de transferência do paciente para a cidade onde reside seus familiares, o Promotor de Justiça opinou para que fosse juntado um documento que comprovasse que a família do paciente realmente reside em Porto Velho – Rondônia.

Em março de 2009, por meio de ofício, o CPJ respondeu que a assistente social entrou em contato por telefone com o juiz e então informou os nomes dos 03 filhos do paciente que residem no referido estado, além de endereço e telefone da filha que por ele ficará responsável. Inclusive que, mensalmente, o paciente se comunica com a sua filha por telefone através do Setor do Serviço Social do CPJ.

A situação é que, para o Promotor de Justiça, há necessidade de que sejam juntados aos autos documentos que comprovem o parentesco entre a suposta filha e o paciente, assim como o endereço informado. E, em junho de 2009, tal solicitação foi feita.

Exame realizado em julho de 2009, respostas idênticas (palavras, pontos e vírgulas) às do anterior.

Tendo em vista que não houve resposta ao ofício quanto à necessidade de serem juntados ao processo documentos comprobatórios do parentesco entre a suposta filha e o paciente, assim como o endereço da mesma em Rondônia, foi reiterado o ofício.

Em novembro de 2010, a Defensoria Pública se manifestou no sentido de que deveriam ser tomadas providências quanto à remoção do paciente para o Centro Psiquiátrico Judiciário de Porto Velho – RO, assim como quanto à realização de novo exame pericial, vez que já se passou o prazo de ano previsto em Lei.

No mesmo mês, o juiz atendeu ao pedido da Defensoria Pública, deferindo a realização de novo exame, assim como solicitou, pela última vez, o reenvio de ofício para coletar informações sobre os supostos parentes que residem em Porto Velho – RO.

Ora, tão somente em março de 2011, a diretoria do CPJ de Alagoas, solicitou maior prazo para realização do exame, sob a justificativa de que a instituição estava enfrentando problemas no setor médico-psiquiátrico.

Em fevereiro de 2011, o Setor de Assistência Social juntou ao processo cópia de RG da filha do paciente, provando tal parentesco e cópia do envelope enviado ao CPJ, onde consta o aludido endereço em Porto Velho – RO.

Em maio de 2011, o juiz requereu novo exame e não se pronunciou sobre a documentação acima referida e juntada ao processo.

Em março de 2011, quase dois após a realização do último laudo, a direção do CPJ encaminhou novo laudo com conclusão de inexistência de condições de retorno para o convívio familiar e ainda reiterou o pedido com data de 28.11.2008 sobre a remoção do paciente para Porto Velho – RO.

Em junho de 2011, quando chamado a se manifestar, o Promotor de Justiça pugnou pela continuidade da internação e nada falou sobre a remoção. Em maio de 2011 todos os documentos (RG e comprovante de residência da filha do paciente) foram enviados para o juiz responsável. E em junho de 2012, foi solicitado o envio de ofício para o juiz da comarca de Porto Velho – RO, a fim de que ele se pronunciasse sobre a possibilidade de remoção do paciente, que se aguarda desde o ano de 2008 e estamos falando de um idoso de 79 anos.

Em abril de 2013, o juiz proferiu o seguinte despacho, por sinal, de indignação:

Este processo encontrava-se pendente de expedição de ofício desde 08.06.2012. Torna-se lamentável que fatos dessa natureza ainda aconteçam nesta vara, uma vez que, displicências como esta vem a jogar por terra todos os esforços que vem sendo dispensados, criando verdadeiras injustiças para os nossos jurisdicionados.

Concluiu, então, pedindo que fosse expedido o ofício.

O laudo pericial foi realizado em maio de 2013, com a conclusão de que o periciado poderia ser tratado em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), desde que familiares ou responsáveis assumissem a função de cuidadores e entendessem a necessidade de tratamento ininterrupto.

Em julho de 2013, o Ministério Público, por intermédio do promotor de justiça, pediu que, com a máxima urgência, fosse cobrada resposta da Comarca de Porto Velho – RO, vez que, de acordo com base no laudo pericial, o paciente não poderia mais continuar interno.

Em setembro de 2013, foi solicitada resposta do ofício encaminhado por email, em 06.06.2013, no sentido de informar quanto à possibilidade de transferência de “E”.

Em 22 de novembro de 2013, a Defensoria Pública pugnou pela desinternação e submissão de “E” a tratamento ambulatorial com base no que preconizou o laudo, salientando que o mesmo não poderia ser prejudicado por uma desídia estatal. E que havendo resposta ao ofício, que fosse providenciada a transferência. No mesmo dia, o Promotor de Justiça manifestou-se no sentido de que, diferentemente do que queria dar a entender a Defensoria Pública, a decisão da Justiça visava a proteger o paciente e não constrangê-lo.

E, em 26 de novembro de 2013, foi solicitada a renovação do ofício para a Vara de Execuções de Porto Velho, Rondônia.

A análise processual nos mostra a dificuldade de comunicação entre instituições com finalidades idênticas, apesar dos avanços tecnológicos da atualidade. Enquanto isso, “E” continua distante de seus familiares, conversando apenas uma vez por mês por telefone com a sua filha, quando poderia estar com ela, já que a perícia concluiu pela sua desinternação e tratamento ambulatorial. O problema da transferência se iniciou em 2008 e perdura até a atualidade. De fato, a ineficiência do sistema penal coloca “E” como um interno vulnerável e submetido às cadeias da instituição.

Não é evidente a disputa de poderes e saberes no caso relatado de "E". Da defensoria, passando pelo Ministério Público, até o juiz, a superfície de atrito é mínima. Destaca-se, sim, a ineficiência das rotinas administrativas do Estado que não lembra em nada a definição weberiana de burocracia. Ao fundo, vemos a sombra de uma vida esquecida por um sistema que trata o passar dos anos de esquecimento de alguém na instituição de internamento como coisa trivial. Daí a cena que ilustra um contraste desproporcional: a lenta e indiferente estrutura estatal movendo-se no trato da vida de alguém, cuja riqueza e dramaticidade da vida são revestidas de uma profunda mudez.

f) Caso “F”: Quem é a vítima?

IDENTIFICAÇÃO	F
IDADE	50 anos
SEXO	M
ESTADO CIVIL	Divorciado
ESCOLARIDADE	8ª série do ensino fundamental
PROFISSÃO	Aposentado
TIPO DE DELITO	“quebrou um vidro de um carro para tentar roubá-lo”
VÍTIMA	Desconhecida
DIAGNÓSTICO	Transtorno mental devido ao uso de drogas e esquizofrenia
DATA DA INTERNAÇÃO	03.05.2011
DATA DA ÚLTIMA PERÍCIA	25.09.2013

Consta na denúncia (peça acusatória) que, no dia 29 de agosto de 2010, “F”, por volta de 04h da manhã, quebrou o para-brisa de um veículo e tentou subtrair a frente do som e os óculos do proprietário do veículo.

A vítima era agente penitenciário e, como estava armado, deu voz de prisão e o conteve à força, retirando-o inclusive de dentro do carro, até que chegasse uma guarnição da polícia militar. “F” foi encaminhado à delegacia, demonstrando resistência, mas não foi colhido o seu depoimento, porque ele estava visivelmente

muito drogado. Tais informações é o que consta na denúncia, feita com base no inquérito policial.

Não encontramos no processo documento que informasse e explicasse o porquê de “F” ter sido encaminhado ao CPJ. Apenas alvará de soltura com data de 03.10.2010, que relaxava o flagrante delito, documento recebido pela diretora de tal instituição, ordem judicial que determinava que ele fosse posto em liberdade, imediatamente.

Porém, não há relatos sobre a sua saída do CPJ, mas sim, o documento seguinte se refere ao seu interrogatório, realizado em 04.07.2011, o que, de fato, é muito interessante e surpreendente. Vejamos.

Sobre a sua profissão ou meios de vida, respondeu que é aposentado, sabe ler e escrever e estudou até a 8ª série do Ensino Fundamental. Em relação a já ter sido preso ou processado, disse que em Belo Horizonte – MG, foi preso, porque foi acusado de furtar um videocassete de sua ex-companheira. Referente à imputação que lhe foi feita, respondeu que não era verdade, contudo, ao relatar sobre o ocorrido, afirmou que estava na frente do prédio da vítima, que no dia não estava drogado, que tentou entrar em vários veículos da orla, e entrou no da vítima porque estava aberto e achava que iria usar para fazer um serviço da polícia federal. Disse ainda que já tentou roubar um carro e tinha sido seguido pela vítima na João Davino, que tem dúvidas sobre as suas faculdades mentais, que um médico diz não e outro diz sim, que na época do crime estava sem usar droga e sem usar remédio, que via a polícia seguindo-o quando pegava pedras de crack, que se achava um astro, mal exemplo da internet, que quer se recuperar das drogas edeseja se tratar e ser submetido a novo exame psicológico.

Tais declarações causam suspeitas de que “F” estava, naquele momento, sofrendo de alguma confusão mental.

Dando continuidade, às indagações feitas pelo defensor público, respondeu “F” que não desejava ser solto naquele dia e queria permanecer preso no CPJ. Quando perguntado se tinha algo mais a alegar em sua defesa, disse, mais uma vez, não queria ser solto e que queria ser internado em uma fazenda de recuperação para drogados.

Naquele momento, o Defensor Público se pronunciou nos seguintes termos:

Não obstante o laudo constatado nos autos não asseverar ser o réu inimputável no momento do cometimento do ilícito, diante do seu interrogatório em juízo, verifica-se a total falta de concatenação mental do réu, surgindo-se, portanto, necessidade de nova realização de exame pericial, **não para apurar se o réu era inimputável no momento do fato, porém para verificar sua imputabilidade no presente momento, em virtude de sua clara perturbação mental**, inclusive em virtude do seu desejo extremamente incomum de permanecer encarcerado com sua liberdade cerceada. Nestes termos, pede deferimento, no sentido de se oficiar a perícia judicial a fim de se obter o citado laudo. Grifos nossos.

Do pronunciamento do Defensor Público, grifei parte que me chamou muito a atenção. Isso porque a legislação fala em inimputável como aquele que, no momento do crime, não era capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de se comportar de acordo com tal entendimento de ilicitude. Por que verificar a sua imputabilidade no presente momento? E houve outro crime em tal audiência de interrogatório?

Aqui fica evidenciada uma iniciativa do defensor que mais se aproxima do papel institucional do perito, porque não se refere a avaliar o estado mental de alguém, relativamente a uma ação específica que tenha ferido a lei. Pode-se objetar que é próprio do defensor público tudo fazer para cuidar melhor de seu cliente, incluindo sugerir algo que não é pertinente em processo relativo a uma ação penal específica.

Em seguida, o Promotor de Justiça requereu que o juiz solicitasse certidão atualizada de antecedentes criminais de “F”, para ser averiguado se ele responde a outro crime, como falou. O juiz então decidiu no sentido de ser solicitada a referida certidão, assim como realizado novo exame para uma segunda opinião médica.

Salientamos que não consta no processo o primeiro exame pericial realizado.

A sentença, com data de 19 de dezembro de 2011, é bastante esclarecedora. Primeiro afirma que “F” foi denunciado pela prática do crime previsto no art. 157, parágrafo 4º, inciso I, do Código Penal. O que é algo muito estranho, pois o art. 157, que se refere ao crime de roubo até existe em nosso código penal, mas o parágrafo 4º e inciso I não existem. Talvez a referência deveria ter sido ao parágrafo 2º, inciso I:

Art. 157 - Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência a pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência:

Pena - reclusão, de quatro a dez anos, e multa.

§ 2º - A pena aumenta-se de um terço até metade:

I - se a violência ou ameaça é exercida com emprego de arma;

Entretanto, compulsando-se os autos, em momento algum, há relato de que “F” fora apreendido com arma, ou utilizou tal instrumento para cometer o crime. E ainda, ao que parece, da leitura da narrativa fática, depreende-se que o crime ficou em sua forma de tentativa, tentativa de subtrair a frente do som e os óculos do dono do carro, identificado no processo como vítima.

Esclarece ainda a sentença que “F” foi posto em liberdade em 03.10.2010, por aquele já referido alvará de soltura, oriundo de decisão que relaxava a prisão em flagrante, mas que, em 16.03.2011, um advogado contratado pela família de “F” informou que, desde que ele foi liberado, continuou a ameaçar, promover invasões e novos furtos e por isso solicitou a sua reinternação, o que, com manifestação favorável do Ministério Público, ocorreu em 03.05.2011.

A certidão de antecedentes criminais acostada ao processo denota que não há outros crimes vinculados a “F”. Já o laudo pericial também solicitado em audiência concluiu o seguinte:

Exaro o meu parecer de que o paciente “F” não apresenta condições de gerir a sua pessoa e seus bens e nem responder pelos seus atos e omissões, por ser doente mental com doença codificado no CID 10 F 19 e F 20.0.

Com base em tal conclusão médica, “F” foi absolvido sumariamente e submetido à medida de segurança pelo prazo mínimo de 03 anos em hospital de custódia e tratamento ambulatorial, ou seja, no CPJ.

E, no processo, há vários documentos que informam a espera desse tempo mínimo de 03 anos para poder ser verificada a cessação da periculosidade.

Ocorre que é contraditório na sentença judicial, como já discutimos e apresentamos, a informação de a legislação penal prever que deve ser averiguada a incapacidade de discernimento quanto à conduta delituosa no momento do crime, e não tão somente a condição mental do acusado.

Atualmente, mesmo internado, “F” concluiu o Ensino Fundamental e Médio pelo Supletivo, tendo sido aprovado em todas as disciplinas, de acordo com relatório emitido em 20.03.2013 pela Secretaria Estadual de Educação e Esporte. Inclusiv,e consta tal informação no processo, com comprovação de boletim de pontuação alcançada, além de lista de frequência às aulas ocorridas no CPJ.

Em 25 de novembro de 2013, a Defensoria Pública, com base na informação acima e laudo pericial realizado em 25.09.2013, solicitou a desinternação de “F”, após ouvir o Ministério Público.

Observemos o que afirmou este último laudo pericial.

- **História Criminal:** “Em maio de 2011, era usuário de drogas e vivia tirando o sossego do meu pai. Fui acusado de assalto a mão armada, mas eu nunca usei armas. Fui preso e me trouxeram para cá”. (sic).

- **Exame mental:** Periciado adentra ao consultório conduzido pela enfermagem. Traja veste hospitalar e em boas condições de higiene. Lúcido, coerente, prolixo, curso do pensamento acelerado, orientado auto, alo e cronopsiquicamente. Memórias íntegras. Nega e não evidencia distúrbios sensorceptivos ou concepções delirantes. Inteligência compatível com seu nível socioeconômico e cultural. Pragmatismo útil conservado.

- **Conclusão:** Periciado encontra-se nesta instituição desde 03.05.2011 submetido a tratamento. Tem mantido uma postura adequada às normas do CPJ. Saem sintomas produtivos, reúne condições de retorno ao convívio sociofamiliar. É necessário que dê continuidade a tratamento especializado em nível ambulatorial. Sugerimos comparecimento mensal ao CPJ para avaliação.

Despacho judicial com data de 05 de dezembro de 2013 determinando vistas do processo ao Ministério Público.

A situação de “F” nos coloca dúvidas sobre os motivos que fundamentam a institucionalização. Ora, não encontramos relato de utilização de arma ou violência durante a atitude de subtração de objetos, mas, em contrapartida, ficamos diante de uma condenação pelo crime de roubo com uso de arma, tipo penal cuja essência é a utilização de força ou grave ameaça em relação à vítima.

De fato, só o tempo dirá quem foi vítima em tal caso descrito.

g) Caso “G”: Esquecido na instituição

IDENTIFICAÇÃO	G
IDADE	57 anos
SEXO	M
ESTADO CIVIL	Solteiro
ESCOLARIDADE	Analfabeto
PROFISSÃO	Aposentado
TIPO DE DELITO	Homicídio
VÍTIMA	Desconhecido (pastor evangélico)
DIAGNÓSTICO	Psicose Esquizofrênica
DATA DA INTERNAÇÃO	29.08.1989
DATA DA ÚLTIMA PERÍCIA	29.07.2009

Em 06 de junho de 1989, “G”, com uma faca peixeira, após perseguição, desferiu vários golpes contra a vítima, que era pastor evangélico, e foi até a residência de “G” falar com a sua mãe para tratar sobre uma residência a alugar. Consta na denúncia que “G”, sem maiores discussões, não gostando da insistência da vítima, cometeu o ato que resultou em sua morte.

Consta na denúncia, peça acusatória de autoria do Ministério Público: “Só um débil mental procederia desta forma. Nos autos há indícios de insanidade mental”. E, em 24.03.1990, com base em laudo pericial com data de 16.10.1989, foi proferida sentença de absolvição com determinação de submissão de “G” à medida de segurança com internação pelo prazo de 01 ano e 06 meses de internação.

Apesar de tal tempo mínimo, depreende-se dos autos processuais que, após sentença do ano de 1990, só veio a ser realizado novo exame pericial em 07.05.2003, o qual relata em sua conclusão melhora parcial do quadro clínico, mas impossibilidade de retorno ao convívio social, em virtude de sua periculosidade.

Em seguida, consta parecer do Ministério Público pela manutenção da medida de segurança, assim como manifestação da Defensoria Pública no mesmo sentido, destacando esta última que tal renovação da medida de segurança garantirá a possível recuperação e ele, tão logo, retornará ao convívio sociofamiliar.

Decisão judicial em junho de 2003, prorrogando a medida por mais 02 anos.

Em janeiro de 2006, consta requerimento de desinternação, tendo sido, logo em seguida, solicitado exame médico-pericial.

Destacamos que, em 2007, foram colacionados ao processo pareceres psicológico e do Conselho Penitenciário de Alagoas, os quais indicavam que “G” possuía condições de retorno ao convívio sociofamiliar desde que em controle medicamentoso e que não havia qualquer registro de transgressão ou má conduta sua na instituição.

Ocorre que no último laudo pericial, aquele solicitado desde 2006, data de 29.07.2009, em sua conclusão, “G” não possui condições de retorno ao convívio sócio-familiar.

- **Exame mental:** adentra ao consultório conduzido pela enfermagem. Apresenta-se com veste adequadas e em regulares condições de higiene. Vigil. Estabelece contato útil. Orientado auto, alo e cronopsiquicamente. Pobreza mímica, reticente, humor hábil. Às perguntas sempre responde: não sei! Hostil potencial agressivo. Denota distúrbios sensoperceptivos e concepções delirantes. Inteligência compatível com o seu nível socioeconômico e cultural.

- **Conclusão:** apresenta sintomas crônicos residuais. Potencial agressivo com episódios de liberações agressivas heterodirigidas. Não reúne condições de retorno ao convívio sociofamiliar. Face sua periculosidade, deverá permanecer em tratamento em nível de internação hospitalar.

Desde setembro de 2011, foi solicitado novo exame médico-pericial, estando “G” vinculado à ineficiência do sistema, à dificuldade relatada pela diretoria da instituição, e internado há mais de 20 anos. Para a advogada que, em 22.11.2013 fez pedido de desinternação e urgente submissão de “G” à perícia médica, é pura desídia estatal.

A situação do louco-infrator institucionalizado, como exemplo de “G”, é de enclausuramento e esquecimento. O funcionamento de uma instituição com o grau de ineficiência demonstrado consolida uma visão do preso-interno como um tipo humano a ser esquecido nas sombras de uma instituição que parece que também quer ser esquecida. Estão os funcionários, técnicos e especialistas, todos munidos de suas ferramentas de conhecimento e submetidos à Lei, mas, ao final das intervenções muito pontuais e que delimitam o campo de intervenção de um tipo de conhecimento do outro, o indivíduo preso-interno encontra-se vulnerável, nas cadeias da instituição.

h) Caso “H”: crime de porte ilegal de arma de fogo

IDENTIFICAÇÃO	H
IDADE	38 anos
SEXO	M
ESTADO CIVIL	Solteiro
ESCOLARIDADE	Analfabeto funcional
PROFISSÃO	Agricultor
TIPO DE DELITO	Porte ilegal de arma
VÍTIMA	-----
DIAGNÓSTICO	Esquizofrenia simples (F 20.6)
DATA DA INTERNAÇÃO	31.08.2010
DATA DA ÚLTIMA PERÍCIA	16.05.2011

Trata-se de acusação de “H” pela prática do crime de porte ilegal de arma de fogo, mais especificamente, uma espingarda artesanal, tipo “soca tempero”, fato ocorrido em 19.05.2010, no interior do estado.

Instaurado incidente de insanidade mental por solicitação do Ministério Público, refere-se que, a partir de laudo pericial, realizado em 16.05.2011 (não encontrado no processo!), a sentença, em 13 de novembro de 2011, determinou a submissão de “H” à medida de segurança pelo prazo mínimo de 03 anos.

Em tal processo, o que chama a atenção é a mínima quantidade de informação, além de que há requerimentos de advogados particulares solicitando a submissão de “H” à perícia médica. Mas, ao que parece, aguarda-se o tempo mínimo de 03 anos, que só se vencerá em 2014. Isto é, 03 anos a contar da data da sentença.

Apesar disso, tendo em vista a realização do Mutirão Carcerário, período em que são analisadas as situações dos recolhidos ao sistema penitenciário de forma mais enérgica e em trabalho coletivo, foi solicitado em 27.11.2013 o referido exame, o qual não foi confeccionado até o momento.

Salientamos que não são identificados nas sentenças de absolvição sumária e consequente submissão do louco-infrator à medida de segurança critérios que fundamentem o período mínimo de internamento, que pode ser de 01 a 03 anos. Só

que, em boa parte das análises feitas, o período mínimo de 03 anos é, em sua maioria, sempre estabelecido pelo juiz.

Destacamos que o crime de porte ilegal de arma de fogo é punido com pena de 02 a 04 anos e multa. Mas, “H” está internado por 03 anos e após tal período pode até ficar institucionalizado por tempo indeterminado.

Quanto a esse caso, salientamos que, diferentemente do que alguns acreditam, não há, no manicômio judiciário, apenas pessoas que cometeram crimes, com resultado de morte e com muita crueldade. Entretanto, toda a documentação referente ao histórico de “H” é mínima. Isso é sintomático de um quadro institucional deficiente, ao mesmo tempo em que pode denotar toda sorte de procedimentos inadequados, de abusos e erros técnicos de toda ordem a marcar a vida do interno.

A princípio, “H” está onde deveria estar, mas os detalhes que toda história de vida dentro e fora de uma instituição psiquiátrica, relevante ao entendimento do quadro mental do indivíduo, não estão objetivados no processo. Uma peça de processo, uma estrutura estatal e, ao fundo, uma vida que, sabe-se, pouco conhecida e, por isso, esquecida.

i) Caso “I”: existe uma política de atenção ao louco-infrator nos moldes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em CAPS, por exemplo?

IDENTIFICAÇÃO	I
IDADE	54 anos
SEXO	M
ESTADO CIVIL	Solteiro
ESCOLARIDADE	Analfabeto
PROFISSÃO	Trabalhador rural
TIPO DE DELITO	Tentativa de estupro
VÍTIMA	Irmã menor
DIAGNÓSTICO	Esquizofrenia
DATA DA INTERNAÇÃO	10.10.2011
DATA DA ÚLTIMA PERÍCIA	01.08.2013

Em 04 de novembro de 2000, morador do interior do estado de Alagoas, “I” tentou estupro a sua irmã, na época, menor de idade. A sua própria genitora procurou a polícia informando que o seu filho transformava a sua vida em um

inferno, com agressividade e ameaças. Há relatos de internamentos em hospitais psiquiátricos.

Com base em laudo pericial, a sentença foi proferida em janeiro de 2002, com tempo mínimo de 03 anos de submissão à medida de segurança.

Novo exame realizado em 13 de dezembro de 2007, com conclusão de que o periciado está apto ao retorno familiar.

Segundo manifestação do Promotor de Justiça, “I” recebe visita de sua família, a qual se comprometeu em apoiar o tratamento ambulatorial. Sentença de desinternação em abril de 2008, audiência de advertência em julho do mesmo ano e então “I” passou a realizar tratamento ambulatorial em sua cidade, inclusive no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Contudo, há no processo ofício da referida instituição, com data de 18 de dezembro de 2008, informando que “I” está muito resistente ao uso de medicamentos, assim como ausente ao tratamento.

E, durante meses, os relatórios de acompanhamento anexados ao processo pelos profissionais do referido CAPS (assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros etc.) apresentam que “I” está resistente ao tratamento e apresenta comportamento persecutório. Inclusive há boletins de ocorrência pela invasão de duas casas e ameaça com foice.

Com base em tal situação, em 25 de setembro de 2009, o Promotor de Justiça opinou pelo retorno de “I” ao CPJ. E, no mesmo dia, a decisão judicial foi no sentido de regressão da medida e retorno de “I” ao CPJ. Ele então retornou naquele mesmo mês.

Novo exame realizado em 29.12.2010, quando foi sugerido retorno para CAPS a fim de realizar tratamento ambulatorial próximo de sua família, tendo o Promotor de Justiça sido favorável à desinternação.

Em fevereiro de 2011, consta requerimento da Defensoria Pública, solicitando a desinternação com base no supracitado exame. E, em agosto de 2011, ocorreu a desinternação de “I”.

No início do mês de outubro de 2011, por comportamento agressivo em relação a familiares, além de ameaças e resistência ao uso de medicamentos, “I” foi recolhido à delegacia de sua cidade e depois ao CPJ, mais especificamente em 10.10.2011.

Laudo pericial realizado em agosto de 2013, concluiu por alto grau de periculosidade e impossibilidade de desinternação.

A análise processual nos mostra que apesar de, conforme o último censo (2011), existir pouca recidiva criminal, há reinternações diversas. E, com base no caso “I”, indaga-se se os CAPS estão preparados para atender indivíduos egressos do sistema penitenciário, após decisão de desinternação dos manicômios judiciários.

j) Caso “J”: qual a finalidade das medidas de segurança?

IDENTIFICAÇÃO	J
IDADE	35 anos
SEXO	M
ESTADO CIVIL	Solteiro
ESCOLARIDADE	5ª série do ensino fundamental
PROFISSÃO	Servente de pedreiro/desenhista
TIPO DE DELITO	Tentativa de atentado violento ao pudor com violência presumida
VÍTIMA	Menor desconhecida
DIAGNÓSTICO	Psicose não orgânica não especificada e Transtorno mental por uso de múltiplas drogas
DATA DA INTERNAÇÃO	06.07.2010
DATA DA ÚLTIMA PERÍCIA	18.09.2013

Consta que, no dia 16 de dezembro de 2008, “J” foi preso em flagrante delito pelo crime de tentativa de atentado violento ao pudor contra menor de 07 anos de idade, que se dirigia à casa da avó, quando “J” a chamou, puxou-lhe o short e a calcinha e começou a acariciar suas partes íntimas. Nesse momento, assustada, a vítima saiu correndo e começou a gritar, tendo os populares o detido antes que ele conseguisse fugir do local.

Denúncia recebida em 23.01.2009. Instaurado incidente de insanidade mental, cujo exame pericial só foi recebido em 30.03.2010, confirmando ser “J” portador de afecções mentais identificadas por Psicose não orgânica, não especificada e Transtorno mental por uso de múltiplas drogas. Sentença com data

de 14 de novembro de 2010 com determinação de submissão de “J” à medida de segurança no prazo de 03 anos de internação.

Laudo pericial realizado em 28.11.2011 afirma que não há condições de retorno de “J” ao convívio sociofamiliar.

Laudo pericial realizado em 18.09.2013 concluiu pela não cessação da periculosidade do agente.

Última movimentação do processo é, em 27.11.2013, a determinação de manutenção da medida de segurança até que cesse a sua periculosidade, ou seja, por tempo indeterminado.

Interessante que ainda não completou o tempo mínimo de 03 anos de internação determinado sem sentença, mas “J” foi submetido a duas perícias. Em outras situações, observamos importante lapso temporal entre um exame e outro, além dos inúmeros pedidos não atendidos.

Ao que se percebe há uma preocupação em cumprir prazos, mas não há uma avaliação quanto ao alcance da finalidade das medidas de segurança ou também em relação ao bem-estar e à qualidade de vida do louco-infrator institucionalizado, se é que se pode falar em qualidade ou em vida, quando se está em condição de isolamento.

CONCLUSÃO

A loucura é um tema que não tem sentido único em todas as sociedades; é um conceito construído com variações entre culturas e épocas. E a forma de lidar com a loucura não seria diferente. Ao longo do tempo, vimos que ela foi mascarada de maneiras diversas e, atualmente, o louco continua segregado e estigmatizado pela sociedade.

Em relação ao “louco infrator”, a situação é ainda mais intrigante, pela existência dupla dos estigmas da loucura e do crime, assim como pelo isolamento em estabelecimento que é, ao mesmo tempo, prisão e hospital, e onde se reúnem e se potencializam as piores mortificações dessas duas instituições totais, inclusive com possibilidade de prisão perpétua, dada a evidência de intervalos temporais em dissintonia com os prazos legais. Foi o que revelaram os dados colhidos no único e último censo nacional, realizado em 2011, situação violadora de direitos humanos.

No estado de Alagoas, a realidade se assemelha a de outros estados brasileiros. Os cenários de ambiente precário, déficit de profissionais, solidão, exclusão e esquecimento do “louco infrator” caracterizam um quadro de ineficiência institucional, administrativo - estatal, além de um permanente isolamento em um mundo desfocado de suas finalidades.

Confirmamos a hipótese de que a institucionalidade da vida do “louco infrator” pode ser concebida através dos discursos dos profissionais envolvidos no modelo institucional atual, os quais permitem a existência e a manutenção de tal sistema institucional da forma como é.

Ao relatarmos dez histórias de vida, a partir do processo de institucionalidade da vida do “louco infrator” e com base nos discursos dos atores técnicos (juízes, médicos, promotores, advogados, defensores e outros profissionais), pudemos compreender o circuito percorrido pelo “louco-infrator”, desde o cometimento do crime até o momento.

Identificamos, em alguns momentos, uma relação tensa entre os profissionais, calcada em relações de poder e na existência de burocracia e demora judicial.

Em outros casos, o atrito entre profissionais era mínimo, mas evidente se mostrava a lenta e indiferente estrutura estatal, movendo-se no trato da vida de alguém, que passará com uma sombra de vida esquecida por anos.

Com os discursos dos referidos profissionais (atores técnicos) não resta dúvida de que a manutenção da relação entre loucura e periculosidade vem, a cada dia, sendo fortalecida. O manicômio judiciário mostra-se um modelo penal-psiquiátrico de asilamento com aparente realidade de depósito de pessoas.

Importante salientar que, apesar dos avanços preconizados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, não se observa capacidade de atendimento ao “louco infrator” desinternado pelas instituições à reforma vinculada, sendo de muita necessidade o trabalho de adaptação para o “mundo lá fora”.

A ordem institucional, identificada a partir das concepções dos profissionais envolvidos no processo de institucionalidade da vida do “louco infrator”, é a de que o bem-estar e a qualidade de vida do interno são objetos de pouca preocupação no processo judicial. Por outro lado, cultiva-se uma falsa ideia de defesa social em detrimento de vidas isoladas pelo tempo que não volta mais.

Propomos um repensar na abordagem jurídica à questão da loucura, em matéria criminal, o que também implica uma reflexão dos próprios alicerces filosóficos do direito penal: seus fundamentos e a sua função social do direito de punir. Há necessidade ainda de reforma na legislação, em especial, quanto à indeterminação do tempo de duração das medidas de segurança destinadas ao “louco infrator”.

Enquanto não há mudanças, é de extrema necessidade buscar alternativas para contar com uma rede de serviços de atenção à saúde mental estruturada, capaz de prestar assistência de forma contínua, integral e individualizada, com políticas públicas de promoção à saúde mental e à convivência familiar, além de prevenção aos transtornos mentais, a fim de que se adote um sistema de responsabilização coerente com os avanços da reforma psiquiátrica brasileira.

Talvez seja necessário escapar dos limites do direito penal, remetendo-a à saúde, mas com bases sociológicas. Por enquanto, seres humanos continuam afastados da sociedade, por tempo indeterminado, sem perspectivas futuras, nem qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Francis Moraes de. *Resenha: Os anormais*. Foucaul, Michel. Sociologias. Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez. 2006, p. 360-367.
- AMARANTE, Paulo (org.) Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil In: *Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica*. 1ª ed, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.
- _____. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- ANDRADE, Magda Fernanda Lopes de Oliveira; BARROS, Tácito Yuri de Melo. O perfil do louco infrator no Estado de Alagoas e os efeitos sócio-jurídicos decorrentes da não determinação do tempo de duração das medidas de segurança. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 16, n. 2923, 3 jul. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/19456>>. Acesso em: 19 jul. 2013.
- ANTUNES, José L. Ferreira. *Rumo ao problema do crime e da loucura no Brasil*. Revista Brasileira de Ciências Sociais vol. 14 n. 41 São Paulo: out/ 1999.
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Um dispositivo conector: relato da experiência do PAIPJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 20, n. 1, p. 116-128, 2010. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jul. 2013.
- BASAGLIA, Franco. *A instituição negada* (tradução de Heloísa Jahn), 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BOTTI, E. V. *Instituição psiquiátrica e dominação burocrática: aproximações teóricas*. CSOnline- Revista Eletrônica de Ciências Sociais, ano 5, ed.12, abr/jul/2011. Acesso em 31. jan. 2012.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 9 abr. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 18 jul. 2013.

_____. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus 208.336-SP*. Penal. Inimputável. Aplicação de medida de segurança. 20 mar. 2012. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/jsp/revista/abreDocumento.jsp?componente=ATC&sequencial=20704100&num_registro=201101250545&data=20120329&tipo=5&formato=PDF>. Acesso em: 11 nov. 2012.

_____. Supremo Tribunal Federal. *Habeas Corpus 84.219-4*. Medida de Segurança. Projeção no tempo. Limite. 16 ago. 2005. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=79519>>. Acesso em: 9 nov. 2012.

BRASIL. Código Penal Brasileiro. Vade Mecum Acadêmico de Direito/Anne Joyce Angher, org. – 8ª Ed. – São Paulo: Rideel, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Vade Mecum Acadêmico de Direito/Anne Joyce Angher, org. – 8ª Ed. – São Paulo: Rideel, 2009.

BRITO, C. M. D. *Rascunhos da loucura*. São José dos Campos: UNIVAP, 2001.

BRITO, Monique Araújo de Medeiros. DIMENSTEIN, Magda. *Contornando as grades do manicômio: histórias de resistências esculpidas na instituição total*. *Aletheia* 28. P. 188-203, jul/dez. 2008.

CAPONI, Sandra, *Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico*. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 14, nº 1, jan/fev, 2009, p. 95-103.

CARVALHO, Jorge Luís da Cunha. *Quando os médicos julgam e os juízes tratam: psiquiatria e normalização no sistema penal brasileiro*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. 99 f.

CHERUBINI, Karina Gomes. Modelos históricos de compreensão da loucura: da Antigüidade Clássica a Philippe Pinel. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 1135, 10 ago. 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8777>>. Acesso em: 02 jul. 2007.

CINTRA, Antonio Carlos de Araújo; GRINOVER, Ada Pellegrini; DINAMARCO, Cândido Rangel. *Teoria Geral do Processo*. 22ª Ed. São Paulo: Malheiros, 2006, pg. 296.

COHEN, Cláudio. *A periculosidade Social e a saúde mental*. Revista Brasileira de Psiquiatria. vol. 21 n. 4 São Paulo, dezembro de 1999.

COPETTI, André. *Direito Penal e Estado Democrático de Direito*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000. p. 184 e 185.

CORREIA, L. C.; LIMA, I. M. S. O.; ALVES, V. S. *Direitos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito*. Cad. Saúde Pública v. 23 n. 9, Rio de Janeiro, 2007.

COSTA-ROSA, A. *O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar*. In: Amarante, P. *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2001.

DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 1999.

DINIZ, Débora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011* [recurso eletrônico]. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

DINIZ, Débora. *A Casa dos Mortos*. Brasília: ImagensLivres, 2009. 24'.

D'URSO, Luiz Flávio Borges. *Direito Criminal na atualidade*. São Paulo: Atlas, 1999. p. 125- 133.

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

FERREIRA, Edilaine Custodio (2004). *Raízes do Brasil: uma interlocução entre Simmel, Weber e Sérgio Buarque de Holanda*. Revista Urutágua - revista acadêmica multidisciplinar. Página visitada em 31 de janeiro de 2012.

FIGUEIREDO, Gabriel. *Sumário da obra Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século, de Sérgio Carrara*. Revista Antropologia. vol. 41, n.2. São Paulo, 1998.

FOULCAULT, M. *História da Loucura*. 6ª ed. São Paulo; Perspectiva, anos 1999, 2009 e 2010.

_____. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 2004.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. *Lições de Direito Penal: Parte Geral*. 3ª ed. rev. por Fernando Fragoso. Rio de Janeiro: Forense, 1993.

FREHSE, Fraya. *Erving Goffman, sociólogo do espaço*. Rev. Bras. Ci. Soc. Vol. 23, nº 68, São Paulo, out/2008.

GASTALDO, Édison (org.). *Erving Goffman: o desbravador do cotidiano*. Porto Alegre, 2004, p. 435-438.

GOFFMAN, E. *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. [tradução Dante Moreira Leite]. São Paulo: Perspectiva, 1998, 2003, 2010.

GOMES, Luiz Flávio. *Medidas de segurança e seus limites*. RBCC, 2, 1993. p. 66 e ss.

GONÇALVES, A. B. *A única pena de prisão perpétua no Brasil: o manicômio*. Revista Juristas (ISSN: 1808-8074). fev/07. Disponível em: http://www.juristas.com.br/impressão_revistas. Acessado em 01/03/2007.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito Penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica*. Revista de Direito Sanitário, vol. 5, n. 1, março de 2004. p. 67-85.

KOLKER, Tânia; DELGADO, Pedro Gabriel. *Tratar ou punir: um estudo sobre o louco infrator, no cenário da reforma psiquiátrica*. Psicologia Clínica, Rio de Janeiro. Vol. 15, n. 1, 2003. p. 167-181.

MACIEL, Laurinda Rosa. *Um lugar para aprisionar a loucura criminosa*. Revista História, Ciências, Saúde- Manguinhos vol. 6 n. 2 Rio de Janeiro: out/ 1999.

MARAFIGA, Caroline Velasquez. COELHO, Elizabete Rodrigues. TEODORO. Maycolnm Leôni Martins. *A alta progressiva como meio de reinserção social do paciente do manicômio judiciário*. Mental, ano VII, n. 12, Barbacena, jan/jun. 2008, p. 77-95.

MARCHEWKA, T. M. N. *As contradições das medidas de segurança ao contexto do Direito Penal e da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Revista de Direito UPIS . Ano I. vol. 01 nº I, Janeiro de 2003.

MESSIAS, S. F. O papel do serviço de assistência social no IPFMC. In: CRESPO E SOUZA. C. A.; CARDOSO, R. G. *Psiquiatria forense: 80 anos de prática institucional*. Porto Alegre: Sulina, 2006, Cap. 06, p. 67-77.

MILES, Agnes. *O doente mental na sociedade contemporânea* (Tradução de Vera Ribeiro). Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis. Rio de Janeiro. Vozes, 22ª, 2004.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Manual de Direito Penal*. 7ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1992. p. 341- 349.

MOSCATELLO, Roberto. *Recidiva criminal em 100 internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2001; 23 (1): 34-5.

OLIVEIRA, Daniella Coelho de. *Entre a clausura do desatino e a "inclusão" da anormalidade*. Fractal: Revista de Psicologia, v. 22, p. 394-410, maio/ago. 2010.

OLIVEIRA, F. B. *Prisão: um paradoxo social*. 3ª ed. Florianópolis: UFSC, 2008.

PEDRO, A. *História Geral*. São Paulo: Moderna, 1986.

PESSOTI, Isaías. *O século dos manicômios*, 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.

_____. *A loucura e as épocas*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

PERES, Maria Fernanda Tourinho. *A estratégia da periculosidade: psiquiatria e justiça penal em um hospital de custódia e tratamento*. Resumo da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de graduação em saúde coletiva da Universidade Federal da Bahia, setembro de 1997. Disponível em: <http://www.priory.com/psych>. Acessado em: 26 de julho de 2007.

PERRACINI, MR. Planejamento e adaptações do ambiente para pessoas idosas In: Neri, Anita L; Freitas, Elizabete V. de. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 798-807.

PITTA, Ana Maria Fernandes. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

POPOLO, Juan H. Del. *Psicología Judicial*. Mendonça: Ediciones Jurídicas Cuyo, 1996.

PRADO, Luiz Régis. *Curso de Direito Penal Brasileiro*, vol 1- Parte Geral. 5ª ed. rev. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005. p. 737-759.

QUEIROLO, S. C. *Periculosidade: da norma médica à norma jurídica*. Temas IMESC. Soc. Dir. Saúde, 1(2), 93-100, 1984.

RIBEIRO, Fabrício Junio Rocha. *Da razão ao delírio: para uma abordagem interdisciplinar do conceito de loucura*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006, 131 f.

SANDER, Jardel. *A caixa de ferramentas de Michel Foucault. A reforma Psiquiátrica e os desafios contemporâneos*. Psicologia e Sociedade. 22 (2), 381-387. 2010.

SANTOS, Robson dos. *Interações, poder e instituições totais: A narrativa do primo Levi e a microsociologia de Erving Goffman*. Revista de Sociologia e Política, V. 17, nº 34: 231-240, out. 2009.

SCLIAR, Moacyr. *Loucura e sangue: a complexa relação entre crime e doença mental*. Cadernos de Saúde Pública vol. 15 n. 2. Rio de Janeiro: Abr/jun 1999.

SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do Paili. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 20, n. 1, p. 112-115, 2010.

SOUZA, L. G. de. *O caráter perpétuo das medidas de segurança*. Data da publicação: 09/08/2006. Disponível em: <http://lfg.com.br> . Acessado em 02/03/2007.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (org.). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*, 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

VALAMIEL, Neusa A. Nunes. *O louco infrator e a medida de segurança*. Monografia de Especialização em Psiquiatria Forense. Minas Gerais: CIEPF, 1994.

VIANNA, A. R. B. *Comentários a obra de Sérgio Carrara: Crime e loucura: o aparecimento de manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro/São Paulo: EDUERJ/EDUSP. Mana v. 6 n. 1 Rio de Janeiro, abril de 2000.

WEBER, MAX. *Metodologia das Ciências Sociais*. Tradução de Augustin Wernet. 3ª ed. São Paulo: Cortez. Campinas. São Paulo. Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2001. (349-359); (399-429);

_____. *Ensaio de Sociologia*. Rio de Janeiro. Zahar, 1974.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral*. 5ª ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2004. p. 809-812.

ANEXO: Modelo de Laudo Pericial Psiquiátrico**I. IDENTIFICAÇÃO**

NOME:

IDADE:

FILIAÇÃO:

DATA DE NASCIMENTO:

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

ESTADO CIVIL:

RELIGIÃO:

ENDEREÇO:

DATA DO EXAME:

II. MOTIVO DO EXAME**III. HISTÓRIA CRIMINAL****IV. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL****V. EXAME FÍSICO E MENTAL****VI. CONCLUSÃO**