

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
DEPARTAMENTO DE DIREITO

Bruna Martins Costa

**APRISIONAMENTO DA LOUCURA: INTERNAMENTO, PSIQUIATRIZAÇÃO E
CONTROLE PENAL**

Florianópolis

2017

Bruna Martins Costa

**APRISIONAMENTO DA LOUCURA: INTERNAMENTO, PSIQUIATRIZAÇÃO E
CONTROLE PENAL**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em
Direito do Centro de Ciências Jurídicas da
Universidade Federal de Santa Catarina como
requisito para a obtenção do Título de Bacharela
em Direito

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Morais da
Rosa

Florianópolis

2017

Ficha de identificação da obra

Martins Costa, Bruna. APRISIONAMENTO DA LOUCURA: INTERNAMENTO, PSIQUIATRIZAÇÃO E CONTROLE PENAL / Bruna Martins Costa; orientador, Alexandre Morais da Rosa, 2017. 70 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas, Graduação em Direito, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Loucura. 2. Internamento. 3. Reforma Psiquiátrica. 4. Controle Penal. 5. Sistema Penal. I. Morais da Rosa, Alexandre. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Direito.



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências Jurídicas
COORDENADORIA DO CURSO DE DIREITO

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO INEDITISMO DO TCC E
ORIENTAÇÃO IDEOLÓGICA

Aluno(a): **Bruna Martins Costa**

RG: 37316 117-7

CPF: 318 626 848 - 63

Matrícula: **12101393**

Título do TCC: **Aprisionamento da loucura: internamento, psiquiatria e controle penal.**

Orientador(a): **Alexandre Morais da Rosa**

Eu, **Bruna Martins Costa**, acima qualificado(a); venho, pelo presente termo, assumir integral responsabilidade pela originalidade e conteúdo ideológico apresentado no TCC de minha autoria, acima referido

Florianópolis, 3 de Agosto de 2017

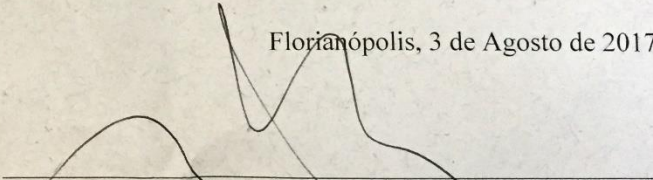
Bruna Martins Costa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

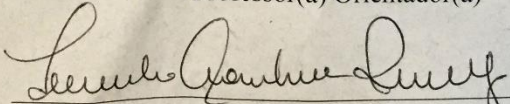
TERMO DE APROVAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado "**Aprisionamento da loucura: internamento, psiquiatria e controle penal.**", elaborado pelo(a) acadêmico(a) **Bruna Martins Costa**, defendido em **03/08/2017** e aprovado pela Banca Examinadora composta pelos membros abaixo assinados, obteve aprovação com nota 10 (10), cumprindo o requisito legal previsto no art. 10 da Resolução nº 09/2004/CES/CNE, regulamentado pela Universidade Federal de Santa Catarina, através da Resolução nº 01/CCGD/CCJ/2014.

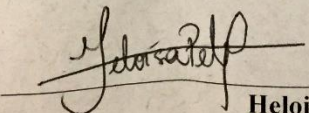
Florianópolis, 3 de Agosto de 2017



Alexandre Moraes da Rosa
Professor(a) Orientador(a)



Fernanda Mambrini Rudolfo
Membro de Banca



Heloisa Petry
Membro de Banca

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha família, especialmente à minha mãe Élen, cujo suporte financeiro e preocupação com a minha formação foram essenciais para que hoje eu pudesse estar em Florianópolis, cursando Direito em uma universidade pública. Agradeço também à minha avó Yara, que foi responsável por despertar meu interesse pela leitura e que, mesmo pertencendo a uma outra geração, sempre foi receptiva em relação às minhas provocações e aos meus questionamentos, ainda que muitas vezes pudessem soar como inoportunos e agressivos.

Agradeço imensamente ao meu querido professor Serjão, que ainda no ensino fundamental viu um imenso potencial nesta estudante. O mito do professor de História carrasco nunca teve lugar na nossa relação que, pelo contrário, foi marcada sempre por carinho e respeito mútuos. Foi por causa de suas aulas, de sua maneira de ensinar - que possibilitava aos estudantes serem sujeitos no processo de aprendizado -, que decidi cursar a faculdade de Direito. Inocentar Nero naquele júri simulado ainda na sétima série me despertou o gosto pelo desafio e me fez compreender que até os sujeitos tidos como mais perversos têm direito à ampla defesa e podem ser absolvidos. Foi esse mesmo professor que de maneira sutil e despreziosa deu início à minha formação crítica e política.

Agradeço à Mariana, minha amiga e irmã, com quem compartilhei e compartilho as minhas angústias mais profundas e as minhas alegrias mais sinceras. Apesar da distância e das escolhas distintas que fizemos ao longo de nossas vidas, seguimos mais unidas do que outrora fomos. Agradeço também à Janaína, amiga durante toda a minha trajetória escolar, com quem compartilhei todo o processo de politização. Não importa onde estejamos, uma sempre encontrará a outra, em Floripa ou em Jeri.

Agradeço à Priscilla, Juliana, Júlia Padova e Júlia Bordin por esses laços deliciosamente doces e calorosos construídos ao logo desses anos de universidade. Sou extremamente feliz por ter cruzado com essas mulheres incrivelmente fortes e por termos cultivado uma amizade tão sincera.

Agradeço aos meus amigos da turma 2012.2 do curso de Direito da UFSC, especialmente ao Anthony, à Dayany e à Daniela, pessoas que logo de início já tiveram a minha simpatia e a minha identificação. Agradeço também à Bruna Gama, minha companheira de casa e de intimidades. Meus primeiros anos de faculdade teriam sido muito menos receptivos caso nossos

caminhos não tivessem se cruzado.

Agradeço à Ana Clara e à Christina, colegas-amigas de estágio, cada uma a seu tempo, pelas quais cresceu e se mantém um grande afeto.

Agradeço muitíssimo aos meus companheiros de movimento estudantil e político no curso de Direito. Foi junto deles que tive coragem para assumir uma postura política combativa e para participar ativamente da construção de um curso menos insosso e apático. Companheiros da chapa Roda a Baiana, Movimento, Abre a Roda e da gestão Nenhum Direito a Menos, a minha mais sincera gratidão! Um agradecimento especial à Júlia Wildner, Ana Paula Galvan, Aline, Guilherme Andrade, João Victor Krieger.

Agradeço às amigadas iniciadas no SAJU e me sinto imensamente privilegiada por ter participado da construção desse projeto tão distinto de tudo que a academia, com suas infinitas limitações, pôde me oferecer. Sou grata especialmente à Nayara, a pessoa mais sensível e corajosa que conheci em Florianópolis. Seu tato, sua delicadeza e sua força tiveram imensa importância para esse projeto seguir hoje como algo minimamente perene.

Agradeço aos meus amigos e amigas petianos que hoje representam uma síntese das maiores alegrias e dificuldades da minha vida universitária. Afinal, viver intensamente um espaço de construção político-acadêmica também como um espaço de muito afeto tem suas curvas e seus percalços. Aos petianos mais velhos - Carla, Renata, Marja, Diogo, Murilo, Roger, que já haviam deixado o Programa ou estavam em vias de deixá-lo quando eu ingressei -, e aos petianos mais novos - Contini, Malu, William, Clara, Charles, Marina, Fernanda, Ana Maria, Bruna Bernhardt, Maila, João Victor Francelino, Xapecó, Celeste, Ítalo, Laura, com quem pude construir ativamente esse espaço -, destino todo meu carinho e a minha gratidão pelo que vivemos e compartilhamos.

Aproveito para agradecer à professora Jeanine, a melhor tutora que o PET Direito já possuiu. Além de possuir uma intelectualidade e um conhecimento brilhantes, é também a pessoa mais ética, comprometida e corajosa que já passou pelos corredores do CCJ. Agradeço à professora Vera que, com toda a sua energia e vitalidade, me introduziu no universo da criminologia crítica, caminho pelo qual venho seguindo até então. Sem esse choque de realidade não teria revisitado tantos preconceitos e privilégios e, com certeza, seria uma pessoa bastante diferente do que sou hoje. Agradeço ao professor Alexandre por aceitar essa orientação, ainda que ela siga por caminhos um tanto turvos do universo jurídico.

Agradeço aos meus companheiros de movimento político da Frente de Luta

Antiprisional e do VER-SUS. Graças ao meu envolvimento com a realidade prisional e a minha aproximação com a questão da saúde mental é que pude sistematizar meus interesses e fazê-los convergir neste trabalho. Um agradecimento especial às pessoas incríveis que conheci no VER-SUS, que resignificaram este último ano, permitindo que eu vivesse experiências bastante distintas das quais eu estava habituada.

Por fim, um agradecimento repleto de afeto ao Marlon, que tem se mostrado uma companhia cada dia mais surpreendente. Vivemos juntos nossos processos e aprendizados, com amor, respeito e responsabilidade, sem abrir mão da nossa individualidade, tem sido lindo e tem me feito muito bem.

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade”.

Nise da Silveira

RESUMO

O presente trabalho pretende identificar os elementos que fundamentam o controle penal da loucura no contexto atual da sociedade brasileira, bem como denunciar a invisibilidade na qual estão submersos os sujeitos com sofrimento psíquico em conflito com a lei. Foram recuperados conceitos essenciais da história da psiquiatria e do positivismo criminológico com o intuito de verificar como estes relacionam-se à trajetória da aplicação da medida de segurança e como fundamentam as práticas de internação no âmbito do sistema penal.

O comportamento criminoso é visto como sintoma da periculosidade, justificando providências preventivas de tratamento ambulatorial e de internação em hospital de custódia por tempo indeterminado. Apesar de vedar expressamente a internação com características asilares, a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/01) ainda não foi recepcionada em sua integralidade pelo direito penal. As considerações finais desse trabalho são no sentido de que as formulações criminológicas positivistas, arraigadas na sistemática normativa da medida de segurança, não podem ser superadas por meio de interpretações e adaptações normativas e exigem uma mudança paradigmática.

PALAVRAS-CHAVE: medida de segurança; manicômio judiciário; hospital de custódia e tratamento psiquiátrico; internação; reforma psiquiátrica; controle penal.

ABSTRACT

This study intends to identify the elements that motivate the criminal control of insanity in the current context of Brazilian society, as well as denounce the invisibility in which the subjects with psychic suffering in conflict with the law are submerged. Essential concepts of the history of psychiatry and criminological positivism were resumed in order to verify how they relate to the trajectory of the application of the security measure and how they are based on the internment practices within the criminal system.

The criminal behavior is seen as a symptom of dangerousness, justifying preventive measures of outpatient treatment and hospitalization in a custody hospital. Although it expressly prohibits hospitalization with asylum characteristics, the Law of Psychiatric has not yet been fully approved by criminal law. The final considerations of this study are that the positivist criminological formulations, rooted in the normative system of the security measure, can not be overcome by means of normative interpretations and adaptations and require a paradigmatic change.

KEYWORDS: security measure; legal mental institution; forensic hospital; hospitalization; psychiatric reform; criminal control.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 A CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DA MEDIDA DE SEGURANÇA.....	15
2.1 A história da loucura na idade clássica	15
2.2 A criminologia e a dogmática penal.....	21
2.3 O conceito de periculosidade	26
2.4 A construção conceitual-normativa de medida de segurança	28
3 OS LOUCOS INFRATORES NO DIREITO BRASILEIRO	32
3.1 O manicômio judiciário enquanto instituição que antecede a regulamentação da medida de segurança no Brasil	32
3.2 O sistema de determinação, de aplicação e de execução da medida de segurança na legislação brasileira	33
3.2.1 A reforma da Lei nº 7.209/84 no Código Penal brasileiro	33
3.2.2 O fundamento, o pressuposto e os efeitos jurídicos da imposição da medida de segurança	34
3.2.3 Os sistemas e as espécies de medidas de segurança	37
3.2.4 O caráter punitivo e os critérios de aplicação judicial da medida de segurança	39
3.3 O discurso da psiquiatria forense na doutrina da medida de segurança	42
4 UMA NOVA SENSIBILIDADE JURÍDICA AOS SUJEITOS COM SOFRIMENTO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI	45
4.1 Os movimentos reformistas da psiquiatria contemporânea	45
4.2 A construção da reforma psiquiátrica brasileira	52
4.3 O impacto da Lei da Reforma Psiquiátrica no sistema penal	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

1 INTRODUÇÃO

Apesar da situação conhecidamente caótica do sistema carcerário no Brasil e no mundo, o tema objeto do presente trabalho é pouquíssimo debatido na academia e no meio jurídico.

A Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira (Lei nº 10.216/2001), após uma intensa e exaustiva militância do movimento antimanicomial, foi promulgada. Em seu texto ficaram registrados grandes avanços no tratamento das pessoas com sofrimento mental - entre eles a vedação expressa da internação destes sujeitos em instituições com características asilares.

Apesar de já haver transcorrido mais de dezesseis anos desde a publicação da referida lei, pouco se fez pela real abolição das instituições de caráter manicomial e pela articulação de uma rede substitutiva verdadeiramente abrangente. Assim, ainda que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tenha imensa importância nesse processo de desinstitucionalização, é evidente que ela opera de maneira insuficiente para contemplar a demanda por esse tipo de serviço e que ela necessita ser ampliada.

No âmbito do direito penal, a discussão não passou por maiores avanços. O que percebe-se é um grave desconhecimento acerca do tema, por parte dos profissionais, e um esquecimento seletivo, somado a uma negligência deliberada, por parte das instituições jurídicas, salvo algumas poucas exceções.

Nesse contexto, seguem sendo aplicadas medidas de internação e seguem sendo conduzidos a esses locais os sujeitos com sofrimento mental, ignorando completamente as exigências previstas na Lei da Reforma Psiquiátrica.

O restrito debate sobre a loucura e, mais especificamente, a importância reduzida que o direito penal e a criminologia crítica destinam a esse tema, está amplamente ligado à dificuldade de debruçarem-se minuciosamente sobre os sujeitos com sofrimento mental. Por serem duplamente etiquetados, estes sujeitos demandam uma investigação muitíssimo atenta. Ademais, exigem um trabalho conjunto, desenvolvido a partir da intersecção entre conhecimentos da psicologia e do direito. Com a Lei da Reforma Psiquiátrica vigente há mais de quinze anos, com os hospitais de custódia e as instituições asilares de caráter manicomial superlotados e com uma maior compreensão de que o aprisionamento e segregação desses sujeitos não cumpre qualquer função de cura e de ressocialização, é urgente que esse tema seja pautado com seriedade.

O presente trabalho teve como objetivo principal sistematizar a trajetória da loucura no ocidente, da era clássica aos dias atuais, para, em seguida, identificar como o controle penal incide sobre os sujeitos com sofrimento psíquico e mental em conflito com a lei. Este processo de reunião e organização de material bibliográfico configura-se enquanto a primeira etapa de uma pesquisa a ser posteriormente desenvolvida sobre estes sujeitos.

A metodologia adotada baseou-se na pesquisa em textos teóricos sobre loucura, punição, encarceramento, bem como em uma leitura crítica de textos dogmáticos, de leis penais e da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira. É importante, portanto, situar este estudo em uma área interseccional, em uma esfera de diálogo entre referenciais teóricos, sendo os principais as análises da loucura de Foucault, a doutrina crítica do direito penal brasileiro e a antipsiquiatria. Durante seu curso, também foi estabelecido, sempre que cabível, uma aproximação com a criminologia crítica e com os processos de criminalização e etiquetamento dos sujeitos. É preciso ter em vista que a construção social seletiva do comportamento desviante dos sujeitos criminalizados, como forma de garantir as desigualdades de riqueza e de poder nas sociedades contemporâneas, também reverberam nas pessoas com sofrimento mental.

Mariana Weigert (2015, p. 5), em sua tese de doutorado, já identificou que

[...] a união entre ambos os campos do saber [direito e psicologia] gera um terceiro discurso, algo distinto daquilo que sozinhas produzem as ciências *jus* e as ciências *psi*. Já que não há uma epistemologia própria, nas prática voltadas a esses indivíduos [sujeitos com sofrimento mental em conflito com a lei] não há uma limitação adequada, não há freios, porque também não há uma ciência definida, mas o entrelaçamento entre duas.

Por fim, é cabível um adendo sobre a expressão “pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei” e similares. Estas são utilizadas para referenciar os sujeitos desta pesquisa, que encontram-se em um universo bastante peculiar, entre os conhecimentos do direito e da psiquiatria. São sujeitos que, além de apresentarem sofrimento mental - aos quais são frequentemente atribuídos diagnósticos médicos -, também praticaram uma conduta tipificada como crime na lei penal. Os termos “loucura” e “louco” serão empregados sem qualquer sentido pejorativo e buscando evidenciar a dimensão humana esquecida dentro das categorias nosológicas.

2 A CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Inicialmente, o presente trabalho busca sistematizar os principais aspectos atribuídos à loucura ao longo da história ocidental para, depois, apresentar gradativamente as teorias psiquiátricas e criminológicas que foram imprescindíveis para o desenvolvimento de uma doutrina da medida de segurança. Ainda nesse capítulo será desenvolvido o conceito de periculosidade, principal fundamento da doutrina da medida de segurança, bem como será sintetizada a construção conceitual-normativa deste instituto.

2.1 A história da loucura na idade clássica

Para Foucault (1999, 2014), a ideia de loucura em determinado momento histórico, bem como os mecanismos institucionais criados para lidar com o louco, pode ser apreendida a partir de um conjunto de discursos influenciado por questões culturais, religiosas e por necessidades econômicas.

Durante a Idade Média, dentro de uma concepção cristã, a loucura era percebida enquanto algo sagrado. Assim, as casas de detenção destinadas ao abrigo de loucos eram concebidas como meio para a prática da caridade e para a provação da fé. Na pintura, a loucura fascinava, pois reunia um saber ao qual somente o louco tinha pleno acesso. Ela sinalizava momentos onde toda a sabedoria, toda a razão, seria aniquilada. Assim, o elemento trágico ligava o homem à instância maior do seu destino (FOUCAULT, 1999, 2014).

Por outro lado, surgia uma literatura que reduzia a loucura a uma feição inteiramente moral, fruto do excessivo encantamento do homem por si mesmo. A pretensão da razão conduzia o ser humano ao erro, ao defeito, à ilusão e percebia-se intuitivamente que ela tinha algo a ver com os caminhos da verdade. A filosofia mantinha a loucura em uma relação dialética com a razão, fazendo com que se recusassem e se fundamentassem reciprocamente.

Durante o período renascentista o espaço social reservado aos insanos não era uniformizado. Tornaram-se comuns, além das casas de detenção, as práticas de desterramento, sendo comum expulsar os loucos das cidades, deixando-os soltos nos campos ou entregando-os a barqueiros. Os barcos, denominados naus, que transportavam esses sujeitos de uma cidade para outra, eram presenças rotineiras e passaram a ser, inclusive, objetos da literatura da época. Além do aspecto prático, a navegação também trazia consigo o simbolismo da entrega do louco à incerteza da sorte e a uma existência eternamente errante (FOUCAULT, 1999, 2014).

Nesse sentido, vislumbramos que a Renascença acolhia as expressões da loucura por

meio de uma reflexão crítica, reconhecendo essa manifestação como algo implicado na razão humana. Ou seja, durante o século XVI não era possível ter ou não a certeza de estar louco.

No século XVII, o racionalismo de Descartes passou a encarar a loucura como ausência absoluta da razão e, portanto, como negação da condição humana. Os loucos não tinham nada a comunicar a não ser a linguagem do delírio, assim como sobreviviam no nível da animalidade e estavam sujeitos aos castigos mais brutais. Assim, durante o período clássico,

[...] O gesto que, ao traçar o espaço de internamento, conferiu-lhe um poder de segregação e atribuiu à loucura uma nova pátria, por mais coerente e ordenado que seja esse gesto, não é simples. Ele organiza numa unidade complexa uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias de coação (FOUCAULT, 2014, p. 47).

Na segunda metade do século XVIII, a grande internação recuou, pois não se adaptava às exigências de mercado e não se legitimava perante uma nova consciência humanística e o ideal de liberdade universal do iluminismo. Os loucos demandavam solução distinta daquela destinada a outros grupos marginalizados que pareciam não encontrar espaço próprio.

Com o intuito de sanar essas lacunas, a medicina iniciou sua aproximação com esse universo tão peculiar. Em primeiro lugar, ressignificou positivamente o espaço e a concepção de internamento, identificando-os enquanto sinônimo de tratamento e de possibilidade de cura. A loucura, por sua vez, adquiriu o significante de aprisionamento, de abolição da liberdade no plano psicológico, o que passou a autorizar e a naturalizar a coação física dos indivíduos com sofrimento mental.

A consciência do final do século XVIII libertou os loucos das coações das casas de internamento, mas criou em seu lugar o asilo. A psiquiatria consolidou-se como saber científico ao apreender a loucura como seu objeto de estudo e, assim, sujeitá-la a sua dominação. Nesse sentido, ao lado de outros médicos da época, Pinel iniciou na Europa o movimento da psiquiatria alienista, pautado no conceito de alienação mental, isto é, doença mental sem delírio, e consolidando a especialidade do alienista (CARRARA, 1998).

Esta doutrina foi sintetizada em torno de duas formulações essenciais: a percepção de que o distúrbio mental era uma contradição temporária da razão e a noção de que a alienação mental era um problema de ordem moral. Desse modo, propunha como solução a submissão do alienado ao modelo asilar, no qual seriam identificados os sintomas e aplicado o tratamento

adequado.

Uma das principais características desse novo sistema foi a centralização, na figura do médico, de toda a dinâmica de reconhecimento, tratamento e cura da doença mental. Ou seja, o doente devia se sujeitar ao saber e ao poder do alienista, o único capaz de consertar seu senso moral deturpado e recobrar-lhe a razão.

O discurso alienista legitimou, também, uma exclusão social da loucura perante a racionalidade jurídica, vez que o humanismo delegou aos insanos a necessidade de serem de tutelados. A tutela concentrou a legitimação da internação perante a consciência social ao tempo em que a revestiu da legalidade necessária às garantias de liberdade individual. O homem alienado, portanto, passou a ser reconhecido como louco e incapaz ao mesmo tempo (FOUCAULT, 1999, 2014).

Foucault lembra, na sua *Microfísica do Poder* (2005), que naquela época também se debatia a questão da saúde geral. O poder político assumia para si o objetivo de garantir a saúde dos cidadãos, que era uma necessidade diante do crescimento demográfico e uma estratégia para integrá-los ao processo produtivo. É perceptível que medicina adquiria uma importância central, intermediando a economia da assistência e a política geral de saúde, e assumindo um lugar cada vez mais relevante nas estruturas administrativas e nas relações de poder. Regulamentado, remunerado e altamente prestigiado, esse campo científico passou a reivindicar para si o corpo da loucura. A psiquiatria atribuía à loucura um estatuto médico-social que se adiantava algumas décadas ao movimento de socialização da medicina geral.

Nesse contexto, desenvolve-se o que foi denominado por Foucault (1999, 2014) como homem psicológico, esboçado em algumas doenças classificadas na primeira metade do século XIX. Enquanto a loucura era considerada puro delírio, a interioridade do homem parecia inatingível. Contudo, diante de uma nova concepção, na qual passou a ser reconhecida com um fenômeno sem delírio, os mecanismos que regiam os processos mentais expuseram-se ao conhecimento científico. Ainda que a loucura tivesse perdido os sinais que a tornavam explicitamente reconhecível, a interioridade e a consciência humana despertaram na psiquiatria o interesse por abordá-las objetivamente.

O homem deixava de ser, portanto, a entidade metafísica e moral do iluminismo para ser psicologizado. A busca por uma verdade científica da natureza humana, que distinguisse os indivíduos normais dos anormais (FOUCAULT, 2002), obrigou os alienistas a extravasarem os limites da medicina para avançarem rumo aos problemas colocados pela justiça penal.

De acordo com Carrara (1998), o discurso que associa crime e doença mental já estava presente desde o surgimento da sociedade liberal. Entretanto, foi na era clássica que mesmo concebido como uma ruptura do contrato social e um ataque à sociedade, logo, como um erro, uma atitude irracional: “[...] a sociedade burguesa, liberal, democrática, progressista, representação do próprio paraíso reconquistado [...] não parece aceitar que alguém possa agredi-la em sua consciência”.

No século XIX, entretanto, a justiça penal, apesar de já distinguir as consequências aplicadas aos criminosos e aos loucos, encarava a loucura racional, que não afetava as faculdades intelectivas, como um empecilho nesse tratamento diferenciado. Crimes violentos, sem motivos aparentes, cometidos por pessoas intelectualmente sãs, eram incompreensíveis, pois não refletiam qualquer distúrbio moral. Punham em dúvida a própria humanidade do criminoso¹, tornando-os mais afeitos às ciências biológicas e naturais do que aos assuntos do direito (CARRARA, 1998).

Pinel já havia observado uma mania sem delírio em pacientes que, embora considerados como inteligentes, manifestavam súbita violência física. Sua análise foi rechaçada à época, pois eram justamente a demência ou o delírio que definiam e constituíam o estado de loucura. Pretendendo resolver esse impasse, Esquirol desenvolveu a categoria nosológica da monomania², marcando uma reflexão significativa entre crime e loucura.

Foucault (1999, 2002, 2014) menciona que na experiência clássica a loucura estava envolvida em uma dialética entre ser louco (desprovido de razão) e não ser louco (provido de

¹ A criminologia crítica é uníssona em recusar as concepções de criminoso e criminalidade. Nesse sentido “A criminalidade se revela, principalmente, como um status atribuído a determinados indivíduos mediante um duplo processo: a ‘definição’ legal de crime, que atribui à conduta o caráter criminal e a ‘seleção’ que etiqueta e estigmatiza um autor como criminoso entre todos aqueles que praticam tais condutas. Conseqüentemente [sic], não é possível estudar a criminalidade independentemente desses processos. Por isso, mais apropriado que falar da criminalidade (e do criminosos) é falar da criminalização (e do criminalizado) e esta é uma das várias maneiras de construir a realidade social”. Os termos criminoso e criminalidade serão, portanto, utilizados com essa ressalva. Ver: ANDRADE, Vera Regina Pereira de. Do paradigma etiológico ao paradigma da reação social: mudança e permanência de paradigmas criminológicos na ciência e no senso comum. **Revista Sequência**, v.16, n. 30, 1995, p. 28.

² Em uma primeira fase, Esquirol falava em uma monomania intelectual, definida pelo delírio parcial. A doença manifestava-se apenas em uma ideia, em um momento da vida do indivíduo que mantinha-se coerente e lúcido em todos os outros aspectos. Havia várias monomanias como as religiosas, as eróticas, as suicidas, as homicidas, entre outras. Com essa nosografia, os alienistas argumentavam que os monomaniacos eram doentes mentais, pois, apesar de oculto, o delírio estava presente. Gradativamente, a categoria da monomania foi ampliada para alcançar pacientes que não apresentavam nenhuma perturbação cognitiva, apesar de permanecer a noção de que a enfermidade era parcial. Falava-se em tendências à alienação, e as monomanias foram divididas em instintivas, que atingiam a ordem da vontade e caracterizavam uma culpa sem razão, e racionais (também denominadas loucura moral), que implicavam em desordens do afeto, do sentimento e caracterizavam uma razão sem culpa. Ver: CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998, p. 73-75.

razão). Diante das nosografias da modernidade, as discussões passaram para outra dialética, na qual a loucura incluía a razão. Logo, a polarização deslocava-se para o eixo em que o louco ou agia como louco (determinado pelo núcleo contraditório da sua razão), ou não agia (determinado pelo núcleo não-contraditório da sua razão). Este era o grande dilema que se apresentava à responsabilidade criminal, pois havia dúvidas em como identificar se o louco agiu como louco e, portanto, como inocente, ou se agiu como não-louco e, desse modo, seria considerado culpado.

A questão demandava um projeto mais ambicioso, no qual o discurso médico concentrasse, de forma regulamentada, uma instituição para o controle físico da loucura. Era necessário, também, contar com um instrumento jurídico capaz de conter a loucura criminal, antes ou independentemente da sua interdição civil. Carrara (1998) observa que por meio do conceito amplo de alienação moral “os psiquiatras, na realidade, ‘criminalizavam’ o louco, no sentido de incorporarem à sua figura um novo perfil marcado pela crueldade, indisciplina, amoralidade e periculosidade”. Apesar disso, os alienistas não faziam uma relação explícita entre crime e loucura, e limitavam-se a diferenciar o responsável do irresponsável.

Em meados do século XIX, o conceito de monomania começou a ser questionado, especialmente por se pretender um distúrbio mental parcial. Influenciados pelo pensamento vitalista³, muitos cientistas argumentavam que o ser humano era definido por uma unidade psíquica e no caso de adoecimento da parte, o todo também ficava.

Além disso, com o avanço da psiquiatria no campo neurofisiológico, os estudos sobre o sistema nervoso adquiriram enorme prestígio e as doenças mentais passam a ter, ainda que indiretamente, uma causa nervosa. Os sintomas de tal perturbação, por sua vez, podiam ter caráter físico ou mental, tendo em vista que, conforme a influência vitalista, o homem era uma unidade indissociável.

Outra doutrina que ganhou espaço e que apresentou uma nova conformação do comportamento criminoso foi a da degeneração, pautada na tese de que a hereditariedade era um fator constitutivo de tipos antropológicos desviantes da normalidade e de que grande parte das doenças mentais derivava da má formação do sistema nervoso. Para a psiquiatria fisicalista⁴,

³ O vitalismo foi uma doutrina desenvolvida entre meados do século XVIII e XIX, especialmente por cientistas europeus, que defendia que os fenômenos relativos aos seres vivos seriam controlados por um impulso vital de natureza imaterial, diferente das forças físicas ou interações físico-químicas até então conhecidas. Ver: CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998, p. 79-80.

⁴ O fisicalismo foi uma teoria desenvolvida dentro do positivismo lógico, no início do século XIX, segundo a qual os diversos campos do conhecimento, inclusive as ciências humanas, deviam elevar a física à condição de um

o crime era sinal de degeneração da espécie e não somente uma de uma atitude imoral (CARRARA, 1998). Dada a unidade psíquica entre o aspecto físico e moral, o delito, na maioria dos casos, manifestaria uma anomalia do sistema nervoso.

No entanto, mesmo nessa disciplina, não havia unanimidade sobre a questão. Para o criminoso ser diagnosticado enquanto degenerado ele deveria ser possuidor de uma tendência precoce para o mal, que incluía o sintoma de déficit intelectual. Não sendo possível ou legítimo esse enquadramento, ele passava para a categoria da tendência à alienação, que era também uma espécie de doença mental, porém determinada por causas não-degenerativas. Dessa forma, mantinha-se o dilema sobre sua responsabilidade penal e não se sabia se o seu destino deveria ser a prisão ou asilo (GENIL-PERRIN apud CARRARA, 1998).

De todo modo, a doutrina da degeneração tornava o próprio crime objeto de abordagem psicopatológica, sendo possível alegar que nesse momento houve o esboço de uma primeira criminologia. Em tese, grande parte dos delinquentes era também doente e, portanto, merecedora de tratamento e não de punição. Como menciona Foucault (1999, 2002, 2014), esse movimento da psiquiatria significava mais uma legitimação do sequestro do corpo físico do alienado do que a da abordagem médica propriamente dita.

Essa psiquiatria organicista herdava dos alienistas a estrutura do asilo como forma de assistência aos doentes mentais. No entanto, o internamento perdia sua autoridade como tecnologia única de cura. Especialmente na primeira metade do século XX, observava-se o avanço de terapias físicas como a lobotomia, a eletroconvulsoterapia, a malarioterapia, bem como da psicofarmacoterapia que, após a década de 1950, possibilitou o uso de psicofármacos⁵.

paradigma científico universal, considerando que todos os aspectos da realidade, inclusive estados mentais e afetivos, somente iriam adquirir plena compreensibilidade e concretude se analisado como realidades físicas.

⁵ A lobotomia foi uma técnica de psicocirurgia, idealizada pelo neurologista português Egas Moniz, em 1935. Consistiu em uma intervenção cirúrgica para desligar os lobos frontais direito e esquerdo de todo o encéfalo, visando modificar comportamentos ou curar doenças mentais. Ver: MASIERO, André Luis. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. **História Ciência e Saúde-Manguinhos**, v. 10, n. 2, Rio de Janeiro, 2003. A eletroconvulsoterapia (ECT) foi uma técnica desenvolvida na década de 1930, que consistia na indução de convulsões generalizadas, com duração de 20 a 150 segundos, pela passagem de corrente elétrica pelo cérebro. Costumava ser indicada para pacientes com transtorno depressivo maior, episódios maníacos, esquizofrenia, entre outros transtornos psiquiátricos. Ver: PERIZZOLO, Juliana. [et. al.] Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 2. Porto Alegre, 2003.

A malarioterapia foi desenvolvida em meados de 1917, com o intuito de tratar a sífilis cerebral. Apesar de tal doença ser reconhecida pelo campo da psiquiatria desde o final do século XVIII, foi somente no início do século XX que a medicina provou a sua natureza sifilítica a partir da descoberta da bactéria *Treponema pallidum* no cérebro de paráliticos gerais. Wagner Von Jauregg foi o primeiro médico a observar que a febre podia tratar ou curar doenças mentais. A técnica consistia em inocular no enfermo uma forma benigna de malária a fim de provocar-lhe febres altas, inativando a mencionada bactéria. Ver: GASTAL, Fábio Leite. [et. al.] Tratamento etiológico em psiquiatria: o modelo da neurosífilis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 21, 1999. p. 29-35.

Ademais, a psicanálise também conquistava significativo espaço enquanto recurso terapêutico. Apesar disso, a psiquiatria ampliou seu campo científico e confirmou sua importância política no cenário social. Sua expansão e consolidação foi possível graças aos conceitos e valores⁶ que Pinel esboçou na construção do modelo asilar e que se tornaram um *a priori* da percepção médica da loucura.

O homem psicológico foi, assim, a figura apresentada ao campo do direito penal no final do século XIX e de quem a antropologia criminal apropriou-se para propor um rompimento paradigmático com as formulações do direito penal influenciado pelo iluminismo do século XVIII. E esse será o tema desenvolvido no próximo tópico.

2.2 A criminologia e a dogmática penal

Na transição do século XIX para o século XX, a problemática do crime e do criminoso deixou de ser mera argumentação jurídica para adquirir materialidade. Nesse contexto, à intensa urbanização das sociedades em processo de industrialização atribuiu-se o aumento da criminalidade⁷. Na América, havia evidentes dificuldades de incorporação da mão-de-obra, outrora escravizada, que encontrava-se liberta, e de grandes fluxos migratórios responsáveis por contribuir para o aumento populacional desordenado nas cidades.

Formava-se naquela época o meio delinquencial fechado, efeito da prática prisional que caracterizava o sistema penal desde o final do século XVIII. Essa denominação abarcava o que os longos períodos de reclusão faziam com que o crime, permitindo que ele se organizasse e se profissionalizasse no meio urbano, aumentando os números da reincidência (FOUCAULT, 1996).

Tal fenômeno era um dos fundamentos mais convincentes para que os discursos sociais

⁶ Dentre os principais conceitos e valores desenvolvidos por Pinel, cabe frisar o de culpa, que consistia na necessidade do reconhecê-la e libertar-se dela, o de verdade, baseado no fato de que o louco deveria deixar transparecer a verdade de sua doença e suprimi-la, e o de alienação, no qual o louco readquiriria sua liberdade entregando-a ao querer médico. Ver: FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 10. ed. São Paulo: Perspectiva. 2014.

⁷ Nas primeiras décadas do século XX, a sociologia criminal da Escola de Chicago (EUA) concebia a criminalidade urbana como um fenômeno social. Sua teoria ecológica argumentava que a desorganização social dos grandes núcleos urbanos deteriorava as relações interpessoais, provocava a perda das raízes culturais locais, expunha os desfavorecidos à tentação da proximidade com a riqueza, e impunha o enfraquecimento geral do controle social. No conjunto, a grande cidade era um ambiente criminógeno. A ecologia sócio-criminal identificava zonas privilegiadas para o crime (*ganglands; delinquency areas*) em razão da sua localização geográfica. A abordagem “ecológica” indicava ainda uma proximidade com os esquemas conceituais das ciências naturais. Ver: ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **A ilusão de segurança jurídica: do controle da violência à violência do controle penal**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997, p. 184-185, nota de rodapé.

e jurídicos reivindicassem a modernização das técnicas de controle e repressão social. Carrara (1998) menciona que a reincidência foi um dos fatores que levou a antropologia criminal a afirmar a existência de um tipo natural de criminoso. Ou seja, antes de ser uma especulação filosófica ou científica, a percepção do criminoso como um tipo natural derivou da sua constituição como um tipo social.

A passagem de um século para o outro caracterizou-se, ainda, por uma crise do liberalismo como doutrina e filosofia política e como modo de organização social. O crime refletia a desigualdade entre os homens, pois o tipo social do criminoso possuía uma natureza diferenciada. Os princípios da igualdade jurídica e da liberdade individual não se mostravam compatíveis com uma intervenção social mais enérgica e eficaz, fazendo-se necessária uma ressignificação dessas concepções. O crime passou a ser, desse modo, fundamentalmente, a síntese de um pensamento antiliberal (FOUCAULT, 1996).

Diante desse contexto, a partir da intersecção entre elementos da psiquiatria e da antropologia criminal, constituiu-se a criminologia positivista. Com formulações de cunho biologicista, esta ciência, confrontando os paradigmas jurídicos clássicos⁸, propunha-se a oferecer uma resposta eficiente ao problema da criminalidade, especificamente ao da reincidência. Tal solução encontrava sua síntese no instituto da medida de segurança.

No final do século XIX, a Escola Positiva de Direito Criminal marcava o início da etapa científica da criminologia, que teve como principais referências Cesare Lombroso, Rafael Garofalo e Enrico Ferri. Ainda que Garofalo tenha utilizado, em 1890, a expressão criminologia, referindo-se à antropologia criminal (GAROFALO apud CARRARA, 1998), foi Lombroso quem avançou nesse campo, estabelecendo o crime como fenômeno natural. Suas técnicas baseavam-se na observação de atributos corporais e fenotípicos (especialmente dos

⁸ “Em um sentido genérico, por Escola Clássica costuma designar-se as teorias sobre o Direito Penal, o crime e a pena desenvolvidas em diversos países europeus no século XVIII até meados do século XIX, no âmbito da Filosofia política liberal clássica”.

Para alguns, que concebem que essa escola tenha sido dividida em dois momentos, Cesare Beccaria, com sua obra “Dos delitos e da pena”, publicada em 1764, marcaria o início do período filosófico, e Francesco Carrara (1805-1848) seria o principal sistematizador do período jurídico.

É importante destacar que a Escola Clássica não constitui um bloco homogêneo de concepções, caracterizando-se por uma grande variedade de tendências divergentes e alguns aspectos opostos, que na época de seu auge combateram entre si, como as chamadas “teorias absolutas” da retribuição (Carrara) e as “teorias relativas” da prevenção (Beccaria).

A sua própria denominação enquanto Escola Clássica era, inclusive, estranha ao tempo de seu advento e apogeu, tendo sido cunhada somente em 1880 por Ferri. Ver: ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **A ilusão de segurança jurídica**: do controle da violência à violência do controle penal. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997, p. 45, nota de rodapé.

crânios e características faciais) dos sujeitos em hospitais, prisões e manicômios⁹. Por esse motivo, foi considerado o responsável por consolidar o método experimental na criminologia.

Diferentemente da psiquiatria, mais especificamente da doutrina psiquiátrica da degeneração, que atribuía caráter patológico à variação da espécie que produzia a loucura, Lombroso não compreendia o desvio antropológico que originava o crime como uma enfermidade. O atavismo¹⁰ (atributo da forma humana primitiva) era para ele desencadeado por fatores biológicos determinantes e hereditários, ao passo que o crime era a exteriorização do comportamento primitivo da espécie. Dessas noções derivava o conceito de criminoso nato, ou seja, o sujeito que tinha o crime como algo inerente à sua existência.

Carrara (1998) ressalta que o criminoso nato, o degenerado e o monomaníaco eram categorias que explicavam a diferença manifesta de certos indivíduos por meio da biologia. Na monomania essa diferença dizia respeito a um estado mórbido, no qual o traço natural era apresentado no nível da disfunção neurológica. A degeneração, por sua vez, era uma condição patológica permanente e inata, hereditariamente determinada. Por fim, o criminoso nato encontrava-se em um patamar de inferioridade biológica e não de enfermidade.

Assim, entre os maiores questionamentos aos paradigmas do direito penal liberal localizava-se essa condição do criminoso nato, visto que a regressão evolutiva lhe era inerente, pois tratavam-se de seres estranhos, distintos do homem civilizado, e que tal fator justificava a exclusão social e a negação de quaisquer direitos (CARRARA, 1998).

À exceção do criminoso nato, os demais criminosos apresentavam tendências desencadeadas por causas sociais, podendo ser objeto de “tratamento” (CARRARA, 1998). Disso decorria que as intervenções sugeridas pelos criminólogos positivistas, por meio das medidas de segurança, tinham aplicação universal e atingiam um amplo espectro de sujeitos que apresentavam comportamentos desviantes, não se restringindo aos loucos.

Ademais, o princípio do determinismo biológico, apresentado pela Escola Positiva, chocava-se com a ideia do livre-arbítrio, difundida pela Escola Clássica. Tendo em vista que o criminoso agia por impulsos de sua própria natureza e, portanto, não poderia ser responsabilizado, não era eficiente impor-lhe penas. Por outro lado, não aplicar-lhe nenhum

⁹ Para um maior aprofundamento no método e as análises lombrosianos, ver sua obra “O homem delinquente”.

¹⁰ Atavismo é a herança de caracteres inerentes a antepassados remotos. Essa hereditariedade não manifesta-se através de uma linha direta de ascendente para descendentes, mas como reprodução de certos caracteres próprios de antepassados mais longínquos. Ver: LOMBROSO, Cesare. **O homem delinquente**. São Paulo: Ícone, 2013; ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **A ilusão de segurança jurídica**: do controle da violência à violência do controle penal. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997, p. 64-65.

tipo de sanção seria manter esses indivíduos oferecendo riscos para a sociedade.

Os positivistas, partindo de uma perspectiva de prevenção, defendiam que objetivo da lei penal deveria ser a defesa da sociedade, por meio do combate ao fenômeno social do crime. O foco de análise deveria ser o próprio delincente, não a conduta criminosa em abstrato.

O critério da gravidade do crime não integrava a lógica do sistema proposto e o critério de periculosidade devia ser traçado de maneira individualizada. Segundo Carrara (1998, p. 111), este conceito era uma espécie de “índice de criminalidade virtual ou índice pessoal de expectativa de realização de novos delitos”. Ou seja, os índices de periculosidade e de regenerabilidade indicavam a modalidade de medida a ser aplicada e a sua duração.

A antropologia criminal argumentava que o direito deveria acompanhar as conquistas e os progressos da psiquiatria, bem como deveria abandonar o estudo do crime enquanto sintoma e buscar as suas causas (orgânicas e psicológicas) no próprio criminoso (CARRARA, 1998). O direito penal deveria abandonar as penas de caráter retributivo, submetendo esses sujeitos a outro tipo de controle necessário para a proteção social. Tendo em vista que tais formulações abalaram a tradição penal clássica, iniciou-se um amplo processo de discussão visando conjugar a manutenção da ordem jurídica com as propostas da antropologia criminal de prevenção ao delito.

Muitos criminólogos como Ferri, recorreram às formulações de ordem sociológica, com o intuito de substituir o determinismo biológico pelo determinismo social. Nesta concepção, o delito não resultava somente de uma patologia individual, mas da reunião de diversos fatores criminógenos (antropológicos, físicos e sociais).

Apesar da escolha metodológica de dar enfoque ao modelo ferriano, cabe ressaltar que ele é cronologicamente contemporâneo ao de outros autores como Binding, Listz e Rocco. A existência concomitante¹¹ dessas produções teóricas simboliza exemplarmente a convivência híbrida, para além da Itália, entre o positivismo criminológico e o positivismo jurídico, e a sua disputa pela hegemonia na ciência penal (ANDRADE, 1997).

¹¹ Apesar de desenvolverem-se entre o final do século XIX e o início do século XX, os modelos de ciência penal propostos por Ferri, Binding, Listz e Rocco polemizaram entre si. Rocco criticou a obra “Sociologia Criminal”, de Ferri e subscreveu o caráter dogmático de Binding e Liszt. Ferri, por sua vez, em sua obra “Princípios do Direito Criminal”, elaborou uma severa crítica ao tecnicismo jurídico alemão e italiano, simbolizado nas figuras de Liszt e Rocco. Por outro lado, na Alemanha, Binding e Liszt, apesar de suas convergências na formulação de um modelo dogmático, divergiam entre si em outros pontos. Para alguns, essas teorias concomitantes e heterogêneas foram vulgarmente denominadas de Escolas Ecléticas. Ver: ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **A ilusão de segurança jurídica**: do controle da violência à violência do controle penal. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997, p. 76, nota de rodapé.

Nesse sentido, construiu-se por parte dessas correntes uma contraposição ao positivismo criminológico. Carrara (1998) menciona que a aproximação do conceito de atavismo ao de degeneração, apresentado pela psiquiatria, contribuiu para uma nova percepção dos criminosos como tipos degenerados, sendo as diferenças apenas questões de variação gradativa individual. De certo modo, pode-se dizer que os estigmas lombrosianos cederam lugar para uma rotulação criminosa de ordem psicológica e psiquiátrica e que a criminologia positivista buscou sua legitimação científica no terreno consolidado da psiquiatria.

Ainda que a teoria da degeneração favorecesse, em certa medida, uma intervenção psiquiátrica precoce¹², ela também apontava no sentido de que nem todas as patologias mentais tinham causas hereditárias e de que nem sempre a degeneração resultava em indivíduos criminosos, podendo variar entre todos os graus descritos nas classificações. Essas questões contrapunham-se à tendência do discurso criminológico e dissipavam uma das maiores ameaças às garantias jurídicas: a afronta ao princípio da legalidade. Em tese, afastavam do discurso criminológico a pretensão de uma intervenção antecipada do Estado sobre a liberdade dos cidadãos com base em um diagnóstico de estigmas necessariamente criminógenos.

Contudo, a questão não formava consenso geral. Criminologia e direito enfrentavam uma ambiguidade que se refletia no destino dos então classificados como criminosos degenerados ou fronteirços. Obscurecida a diferença entre são e louco, não se sabia ao certo qual deveria ser o seu tratamento legal, lavando-os a cair em um vazio institucional -que logo seria preenchido pelo manicômio judiciário e pela a medida de segurança (CARRARA, 1998).

No final do século XIX, a criminologia, que já estava bastante consolidada sob as bases de uma ciência positiva e autônoma, provocou um importante deslocamento do eixo paradigmático de todo direito penal tradicional. Como qualquer ciência, abrigava diferentes correntes sobre o delito e a pena que, no entanto, desaguavam no ponto comum da prevenção criminal. Pareceu inegável que o direito penal devesse agregar um sentido positivo às penas e atuar de forma mais eficaz, e entendemos que foi por meio desta ideia que os diálogos entre juristas e criminólogos tornaram-se possíveis e necessários.

A noção de prevenção não só foi o ponto central do desenvolvimento da doutrina da medida de segurança, como também foi a responsável por antecipar uma nova abordagem sobre os limites e finalidades de todo o sistema penal. A prevenção¹³ criminal incorporou-se ao

¹² Ver item 1.1.

¹³ Ferri sistematiza em sua obra “Princípios de Direito Criminal” como existe a criminalidade e contra ela uma defesa social. Para a parte do estudo do crime como fato individual atribui-se uma defesa preventiva. Ver:

sistema punitivo por meio de uma finalidade correccional estabelecida à própria pena e a outras medidas de caráter punitivo como, por exemplo, à medida de segurança de internação.

Imprescindível ressaltar que, seguindo Zaffaroni e Pierangeli (2004), entendemos que todo direito penal de periculosidade é um direito penal do autor, que não proíbe o ato em si, mas uma forma de ser do agente. Nesse sentido, o ato criminoso não é considerado fruto de uma escolha racional, mas mero sintoma de uma personalidade reprovável e perigosa. Independentemente do fundamento, o direito penal do autor é uma aberração no direito penal, porque sendo o direito uma disciplina que regula condutas, não se pode admitir, jamais, que se penalize o ser de uma pessoa, apenas o seu agir.

A partir da compreensão de que o sistema unitário (vicariante) fundamentava-se em falsos dilemas, surgiram os sistemas pluralistas (duplo binário), buscando soluções conciliatórias entre as duas posições. Estes combinavam as ideias incompatíveis da pena e da medida de segurança: “Trata-se de um desdobramento esquizofrênico do direito penal, no qual uma parte trata o homem como uma pessoa que deve ser castigada e a outra como uma coisa perigosa que deve ser neutralizada (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2004, p. 118)”.

Independentemente dessa inconsistência, o preventivismo incorporou-se ao sistema punitivo e tem sido utilizado para justificar práticas de intensificação e de ampliação do controle penal, bem como para fundamentar o sistema da medida de segurança.

2.3 O conceito de periculosidade

Até o final do século XIX, os postulados do direito penal da Escola Clássica predominaram na prática jurídica europeia. Mas em meados daquele mesmo século, o discurso tradicional começou a se deparar com questionamentos levantados pelo positivismo criminológico. A expressão mais fiel deste pensamento era a noção de periculosidade criminal, que, em síntese, consistia no fato de o crime ser a manifestação de um grave desajustamento às normas e aos interesses sociais.

A construção do mito do homem perigoso pautou-se em concepções do preventivismo criminal como a única forma de a sociedade relacionar-se com a loucura e com os desajustamentos do indivíduo. O atributo científico da criminologia etiológica foi essencial para

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **A ilusão de segurança jurídica**: do controle da violência à violência do controle penal. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997, p. 77.

legitimação de uma moral que se apropriou do delinquente e do louco enquanto expressões máximas do desvio e da anormalidade¹⁴.

No final do século XIX, o caráter exclusivamente punitivo das sanções penais não respondia integralmente às questões levantadas pela criminologia positivista e pela psiquiatria. Era preciso que o direito promettesse ressocialização, tratamento e cura dentro de um mecanismo de dominação e exclusão. Isto posto, começou a ser desenvolvida a ideia de periculosidade criminal, que passou a fundamentar e que buscou legitimar a imposição das medidas de segurança.

Ao longo do século XX formaram-se duas correntes doutrinárias, sendo que uma apreendia que a periculosidade era aplicável somente a determinada categoria de delinquente, os inimputáveis, e que a outra considerava-a enquanto o único pressuposto da sanção criminal. Para esse segundo grupo, somente a periculosidade justificava a imposição de sanção, pois a finalidade desta era a defesa social e o delito por si só não estava incluído nessa relação (ANÍBAL BRUNO, 1977). A conclusão lógica de tal conceito é que os delinquentes não perigosos estavam excluídos do seu alcance e que, mesmo não havendo delito, mas presente a periculosidade, a aplicação da medida de segurança estava legitimada.

Cabe aqui o adendo que que ainda nos dias hoje a teoria da periculosidade não encontra-se pacificada entre os doutrinadores. Pensamos que assiste razão a Zaffaroni (2004) quando afirma que as medidas de segurança pré-delituais (anteriores a prática do delito) são inadmissíveis por afronta ao princípio da legalidade. Se a lei previsse condutas reveladoras de periculosidade, estaria criando novas figuras típicas diante do sistema penal, dando-lhes apenas outro nome.

Essas situações passariam a demandar a imposição de sanção, com um conteúdo restritivo de direitos semelhante às penas. Entendemos também que as medidas de segurança pós-delituais (posteriores a prática do delito) implicam sempre em penalidade diante da privação forçada de bens jurídicos, ainda que se tente justificá-las como tratamento.

Em que pesem as dificuldades para sua definição, a periculosidade integrou-se aos ordenamentos jurídicos contemporâneos, fundamentando a necessidade da medida de

¹⁴ Em seu curso sobre os anormais, ministrado no Collège de France, de janeiro a março de 1975, Foucault dá continuidade às análises acerca do poder disciplinar, do poder de normalização, do biopoder. É partindo de fontes teológicas, jurídicas e médicas que o autor aborda minuciosamente o problema desses indivíduos considerados perigosos e que no século XIX eram denominados anormais. Ver: FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

segurança. A lei penal brasileira seguiu essa orientação e retomaremos esse ponto no segundo capítulo deste trabalho. Antes, porém, entendemos igualmente importante acompanharmos a construção doutrinária e normativa da medida de segurança.

2.4 A construção conceitual-normativa de medida de segurança

A racionalidade da Escola Clássica do direito penal pautava-se na aplicação de uma pena que derivava abstratamente da subsunção de determinado fato à norma incriminadora, intermediada por um juízo de culpabilidade¹⁵. Com o advento da criminologia positivista, a problemática deslocou-se para a dinâmica entre a periculosidade e a defesa social, surgindo como uma análise dessa o instituto da medida de segurança.

Antes da construção doutrinária da medida de segurança, já existiam fragmentos normativos cujo conteúdo se diferenciava das sanções penais em razão de circunstâncias especiais relativas às pessoas a quem se dirigiam. Esses regulamentos surgiram de exigências de ordem prática, baseadas no entendimento de que certos indivíduos, considerados incapazes de responsabilização perante o direito penal, não podiam ser deixados em liberdade sem que representassem uma ameaça aos interesses de segurança social (FOUCAULT, 1999, 2014).

Tais medidas preventivas surgiram para atender situações de difícil solução prática à época por parte do direito. Conforme o raciocínio jurídico, não havia pena sem culpa, sem liberdade de escolha moral e, não sendo possível aplicar pena aos loucos, estes eram submetidos a outras providências de prevenção criminal. Importante destacar que fora do quadro de alienação mental, havia outros estados em que o discernimento apresentava-se comprometido. Para estes, contudo, o direito clássico oferecia a solução de uma responsabilidade mitigada, de uma aplicação de pena diminuída.

Parece-nos que postulados do positivismo criminológico não foram suficientes para superar integralmente a estrutura dogmática anterior, pois a ideia de pena sem culpabilidade não era facilmente assimilável. Autores como Ferri, Rocco, Liszt e Binding, enfatizavam a necessidade serem criadas providências de emenda e segregação em relação ao estado perigoso para alcançar o objetivo da defesa social. A construção da doutrina das medidas de segurança inspirou-se nesses autores, pautando-se nos debates acerca dos sistemas normativos pluralistas,

¹⁵ “Para os sistemas tradicionais das ciências criminais (teoria do direito penal e teoria criminológica), a noção de sujeito (responsável) decorre da constatação de sua capacidade de compreensão e de escolha: conhecimento da ilegalidade da conduta e dos seus efeitos; opção livre e consciente pelo ilícito”. Ver: CARVALHO, Salo de. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 501.

no qual constaria penas e medidas de segurança, e unicista, que mostrava-se resistente ao novo instituto (ANÍBAL BRUNO, 1977).

Em meados da década de 1920, os tradicionalistas só admitiam as medidas de segurança para os inimputáveis, enquanto os criminólogos positivistas entendiam que pena e medida de segurança eram aspectos da mesma sanção penal. Já os ecléticos demandavam que a pena fosse complementada pela medida de segurança.

Ao final, como síntese dessas discussões, aprovou-se a terceira proposta. Segundo Aníbal Bruno (1977), o congresso mais relevante para o tema da medida de segurança foi a conferência de Roma, de 1928. Tal importância não se deveu tanto à originalidade, mas à sistematização da matéria, baseada no projeto de Código Penal de Rocco.

Em meados da década de 1930, no Rio de Janeiro, aconteceu a I Conferência Brasileira de Criminologia em torno do projeto Sá Pereira de Código Criminal brasileiro. Nessa circunstância, concluiu-se que as medidas de segurança não afetavam as garantias das liberdades individuais, mas, ainda assim, só aceitaram as de caráter pós-delitual (ANÍBAL BRUNO, 1977).

Em linhas gerais, podemos dizer que este foi o percurso das primeiras discussões doutrinárias em torno da medida de segurança, que na incorporação progressiva do instituto aos ordenamentos jurídicos de quase todos os países, inclusive do Brasil. Avançando para uma segunda etapa desse tópico, rumo ao percurso legislativo do referido instituto, destacamos que os primeiros esboços de medidas preventivas surgiram de forma esporádica. Como anteriormente mencionado, Foucault trabalha algumas dessas medidas ao longo de sua História da Loucura (1999, 2014).

Entretanto, essas medidas preventivas de defesa social começam a adquirir *status* de sanção penal no final do século XIX e início do século XX, com os Códigos Penais francês, inglês e norueguês. (ANÍBAL BRUNO, 1977). Destaca-se aqui o trabalho de Carl Stooss que sistematizou verdadeiramente as medidas de segurança no seu projeto de Código Penal unitário. Tal delineamento inspirou vários projetos legislativos posteriores e incentivou o debate doutrinário sobre o novo instituto. A grande inovação de Stooss foi atribuir às medidas um caráter jurisdicional amplo, reconhecendo que estas podiam ser aplicadas juntamente com as penas ou em sua substituição e, inclusive, aos imputáveis.

O projeto Rocco, que resultou no Código Penal italiano de 1939, seguiu a mesma tendência dualista de Stooss. Inspirado no princípio clássico da responsabilidade moral, traçou

fortes limites entre pena e medida de segurança, o que deu organicidade ao instituto. Este resultava da periculosidade, mas só devia ser aplicado pelos juízes diante do cometimento de crimes ou atos a eles equiparados pela lei. Para Aníbal Bruno (1977), o projeto Rocco foi um modelo para outras legislações, uma vez que, a partir do Código Penal italiano de 1939, as medidas de segurança foram incluídas em quase todos os Códigos Penais modernos.

Os projetos de códigos positivistas, por sua vez, possuíam natureza unicista e deram outro tratamento ao instituto. Estabeleceram uma fórmula única da sanção penal, sem diferenciar pena e medida de segurança, pois pretendiam que o conceito de periculosidade prevalecesse sobre o de responsabilidade moral (ANÍBAL BRUNO, 1977)¹⁶.

Para os unicistas, a corrente dualista abrigava uma contradição, tendo em vista que os postulados clássicos e positivistas eram absolutamente inconciliáveis e, portanto, seria impossível fazer conviver, sem prejuízo da lógica, a liberdade moral e o determinismo biopsicológico. Entretanto, como já trabalhado, os criminólogos positivistas acabaram por flexibilizar suas teorias e quase todos os sistemas legislativos acolheram o dualismo.

No Brasil, antes do Código Penal de 1940, não era possível falar em um sistema de medidas de segurança, uma vez que, quando previam algumas medidas preventivas – pena reduzida, internamento em instituições totais¹⁷ -, as leis penais anteriores faziam de forma completamente esparsa.

O projeto brasileiro Sá Pereira, baseado no Código Rocco, apresentou o esboço da primeira sistematização das medidas de segurança. Assim, como também outrora trabalhamos, adotou o critério da periculosidade como pressuposto das medidas de segurança, recepcionando somente a periculosidade pós-delitual, bem como estabeleceu detalhadamente os critérios para a averiguação do estado perigoso (ANÍBAL BRUNO, 1977).

Em 1938, Alcântara Machado elaborou um programa que serviria de base para o Código Penal de 1940. Machado apresentou uma esquematização mais sofisticada das medidas de segurança: o sistema foi informado e unificado pelo critério da periculosidade criminal, sem deixar de sujeitar-se às exigências da política criminal, constituindo-se, dessa forma, sobre a base dualista da pena e da medida de segurança.

Embora o Brasil tivesse adotado uma postura eclética, excluindo a possibilidade da substituição integral do sistema de penas, o Código de 1940 ainda abrigava muitos aspectos do

¹⁶ Ver item 1.2.

¹⁷ Ver: GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

pensamento criminológico positivista. Isso se observava, principalmente, no pressuposto da periculosidade que, sendo ela presumida ou avaliada, sempre autorizava a aplicação de medida de segurança.

Quanto à verificação desse potencial perigoso, era preciso considerar se a personalidade do indivíduo e seus antecedentes, os motivos e as circunstâncias do crime autorizavam a presunção de que ele viria ou tornaria a delinquir. Isto posto, ainda que o indivíduo tivesse sua capacidade cognitiva e volitiva preservada, poderia ser submetido a uma medida de segurança.

No Código Penal de 1940 estava, portanto, prevista a possibilidade de imposição da medida de segurança independentemente da (in)imputabilidade, sendo possível a aplicação conjunta e sucessiva da pena e da medida de segurança (CARVALHO, 2015). Merece ainda registro que aos inimputáveis era autorizada a aplicação provisória de medidas de segurança na fase de instrução processual. Quanto às espécies de medida de segurança, estas dividiam-se em patrimoniais e pessoais, sendo que as últimas subdividiam-se em detentivas e não-detentivas.

Seguindo a linha cronológica da legislação, não poderíamos deixar de citar o Código Penal de 1969 que, embora tenha sido revogado ainda na *vacatio legis*, havia revogado o duplo binário para os agentes de responsabilidade diminuída, adotando o sistema vicariante. Chegou também a dar um passo significativo ao suprimir a presunção absoluta de periculosidade dos inimputáveis, permitindo que não fossem submetidos à internação nos casos não comprovados.

Com a reforma do Código Penal de 1940, em grande parte pela Lei nº 7.209/84, a sistematização das medidas de segurança adquiriu o contorno atual e o capítulo seguinte está dedicado a este sistema.

3 OS LOUCOS INFRATORES NO DIREITO BRASILEIRO

Preliminarmente, neste segundo capítulo, cabe-nos mencionar que, no Brasil, o manicômio judiciário antecedeu a própria regulamentação da medida de segurança. Ou seja, a necessidade social de manter os loucos criminosos em instituições típicas do controle penal já se manifestava antes de consolidar-se um entendimento doutrinário.

Em um segundo momento será detalhado neste estudo o sistema de determinação, de aplicação e de execução do instituto da medida na legislação brasileira, mais especificamente nas leis penais. Ao fim deste capítulo haverá, ainda, uma discussão acerca do discurso da psiquiatria forense na doutrina da medida de segurança, bem como sua constituição enquanto campo de saber. Apesar de pretensamente científica, ao longo deste trabalho identificou seu caráter moralizante e normalizador.

3.1 O manicômio judiciário enquanto instituição que antecede a regulamentação da medida de segurança no Brasil

No final do século XIX, era prática habitual enviar os criminosos violentos e agressivos aos hospícios. Contudo, a confusão entre loucura e crime, provocada pelo determinismo biopsicológico, contida nas categorias de degeneração e de criminoso nato, colocava-se no campo da prática psiquiátrica como uma anomalia. Os loucos degenerados eram um encargo insuportável para os hospícios comuns, vez que não podiam ser contidos e tratados pelos mesmos meios que a doença mental dos não-criminosos (FOUCAULT, 1999, 2002, 2014).

Desse modo, grande parte da psiquiatria brasileira demandou pela criação de uma instituição própria para abrigar essa loucura: um hospício com características prisionais capaz de responder à necessidade de custódia dos loucos criminosos. Logo nas primeiras décadas do século XX foi editado um decreto que priorizava a construção de manicômios judiciários nos estados ou ao menos a separação de pavilhões dentro dos hospícios públicos.

Na década de 1920, foi inaugurado o primeiro manicômio judiciário nos fundos da Casa de Correção do Rio de Janeiro, em um contexto que a psiquiatria da época era bastante direcionada para a etiologia do crime e influenciada pela tradição lombrosiana (CARRARA, 1998).

Observamos que o Brasil, por mais que referenciasse suas experiências com os manicômios judiciários estrangeiros, instituiu um controle penal sobre a loucura extremamente

peculiar, a partir de movimentos e ideologias bastante próprios. Antes mesmo da consolidação da doutrina da medida de segurança dentro e fora do país, o discurso da psiquiatria brasileira já se orientava no sentido de que o destino dos loucos infratores era o hospital-prisão. Essa compreensão, amparada pela jurídica, também consolidou-se na percepção social.

Pensamos que tal compreensão permanece arraigada, obstaculizando as proposições que recomendam tratamento aos pacientes judiciários na rede pública de assistência em saúde mental brasileira. Essa concepção parece, também, persistir nas consciências jurídica e médica, que resistem em acolher as diretrizes da Reforma Psiquiátrica no campo do controle penal da loucura.

3.2 O sistema de determinação, de aplicação e de execução da medida de segurança na legislação brasileira

A Lei nº 7.209, de 1984, realizou uma extensa reforma na parte geral do Código Penal de 1940, reduzindo a regulamentação do instituto da medida de segurança de vinte e sete para quatro artigos de lei e seus parágrafos. Em que pese o sentido progressista dessa redução, pensamos que ela não pode ser atribuída ao amadurecimento e ao aprofundamento das reflexões acerca da temática. Essa mudança correu por razões utilitárias diante da evidência de que, na prática, o instituto demonstrou não ter alcançado as aspirações idealizadas por seus defensores.

3.2.1 A reforma da Lei nº 7.209/84 no Código Penal brasileiro

Embora o Código de 1940 tenha recusado a substituição integral do sistema de penas pelo de medidas de segurança, acabou incorporando muitos dos postulados apresentados pelo positivismo criminológico, especialmente no que tange à discussão acerca da periculosidade¹⁸. Além dos inimputáveis e dos indivíduos com responsabilidade diminuída, a medida de segurança alcançava ainda os imputáveis, quando presentes certas circunstâncias do crime.

Ademais, mesmo havendo refutado as medidas de segurança pré-delituais, a legislação brasileira admitia a sua aplicação nos casos de crime impossível e tentativa frustrada¹⁹, desde

¹⁸ Ver item 1.3.

¹⁹ Fala-se em crime impossível quando, por ineficácia absoluta do meio escolhido pelo agente, ou por absoluta impropriedade do objeto contra o qual sua conduta se dirige, torna-se impossível a consumação do delito. Por sua vez, fala-se em crime tentado **quando** a execução do conjunto de atos necessários para constituir o crime, embora suficientes, não produzam o resultado esperado por motivos alheios à vontade do agente. Ver: BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de novembro de 1940. **Institui o Código Penal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848.htm. Acesso em: 25 de julho de 2017.

que presente o estado perigoso. Permitia, ainda, a aplicação provisória de medidas de segurança aos inimputáveis, ébrios habituais e toxicômanos.

Como já trabalhado no capítulo anterior, essas previsões demonstravam uma tendência em aplicar o conceito de periculosidade de forma ampla, tal como idealizado pelas formulações da criminologia positivista. O estado perigoso era característico de uma personalidade desajustada por condicionamentos biopsicossociais, não se relacionando apenas com a capacidade cognitiva do indivíduo, mas com todo um conjunto de sintomas entre os quais a prática de crime era apenas um indicativo.

O legislador-reformador de 1984 passou a distinguir insanos e criminosos e, para tanto, reservou a internação somente aos primeiros, excluindo os imputáveis do campo de aplicação da medida de segurança. Na própria exposição de motivos da lei reformadora consta que

[...] A medida de segurança, de caráter meramente preventivo e assistencial, ficará reservada aos inimputáveis. Isso, em resumo, significa: culpabilidade – pena; periculosidade – medida de segurança. Ao réu perigoso e culpável não há razão para aplicar o que tem sido, na prática, uma fração de pena eufemisticamente denominada “medida de segurança” (BRASIL, 1984).

Tal decisão fundou-se no fato de que este instituto não demonstrou ser eficiente aos criminosos que não manifestavam transtornos mentais.

3.2.2 *O fundamento, o pressuposto e os efeitos jurídicos da imposição da medida de segurança*

Após a reforma provocada pela Lei nº 7.209/84, o *caput* do artigo 26, do Código Penal brasileiro, definindo a inimputabilidade psíquica, estabeleceu que é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato.

O direito penal brasileiro trabalha hoje com distintas respostas jurídicas aos autores de condutas consideradas ilícitas - ao imputável, aplica-se uma pena; ao semi-imputável, aplica-se uma pena reduzida ou uma medida de segurança; ao inimputável psíquico, uma medida de medida de segurança; e ao inimputável etário, uma medida socioeducativa.

Com o intuito de contemplar as particularidades do sujeito psicologicamente inimputável,

o direito brasileiro desenvolveu um estatuto jurídico bastante peculiar, no qual a incapacidade psíquica atinge diretamente a culpabilidade, um dos elementos configuradores do delito. Nos termos do Código Penal de 1940, a doença mental e o desenvolvimento mental retardado ou incompleto são causas de exclusão da culpabilidade, razão pela qual as condutas praticadas por pessoas com estas condicionantes não podem ser caracterizadas como criminosas. A inexistência de crime acarreta, conseqüentemente, a impossibilidade de aplicação de pena.

Reconhecida a inimputabilidade, ainda que o caso seja processado no juízo criminal, o Código de Processo Penal hoje vigente determina que o réu seja absolvido. Trata-se de uma absolvição imprópria, pois, apesar de afirmada a inexistência do crime, o autor do fato é submetido coercitivamente à medida de segurança - situação que demarca sua sujeição a uma instituição manicomial responsável pela execução da decisão judicial.

A classificação do autor da conduta considerada ilícita como imputável ou inimputável e a conseqüente definição da resposta jurídica cabível decorrem de uma opção político-criminal que decidiu por fragmentar o sistema de responsabilidade criminal. Para Juarez Cirino dos Santos,

[...] o Estado pretende cumprir a tarefa de proteger a comunidade e o cidadão contra fatos puníveis utilizando instrumentos legais alternativos: a) penas criminais, fundadas na culpabilidade do autor; b) medidas de segurança, fundadas na periculosidade do autor [...]. Ao contrário da natureza retributiva das penas criminais, fundadas na culpabilidade do fato passado, as medidas de segurança, concebidas como instrumento de proteção social e de terapia individual - ou como medidas de natureza preventiva e assistencial, segundo a interpretação paralela do Legislador -, são fundadas na periculosidade de autores inimputáveis de fatos definidos como crimes, com o objetivo de prevenir a prática de fatos puníveis futuros (2007, p. 639).

Para o direito penal clássico, a noção de sujeito responsável decorre da constatação de sua capacidade de compreensão e da sua liberdade de ação. Tais elementos são imprescindíveis para a atribuição de culpabilidade e a conseqüente imposição da pena. Ou seja, ausente a culpabilidade, inexistente delito e, portanto, a pena torna-se inaplicável. Apesar de a fundamentação da sanção penal ter sido alterada no decorrer da história do direito moderno, o caráter retributivo permanece como um aspecto central que identifica a forma jurídica da pena.

O sujeito potencialmente perigoso, por sua vez, seria aquele que, diferentemente do culpável, não possui condições mínimas de discernir a situação em que está envolvido, sendo impossível avaliar a ilicitude do seu ato e, conseqüentemente, agir em conformidade com a lei. Em virtude da ausência de condições cognitivas para direcionar sua vontade, a aplicação de

uma pena com caráter retributivo passa a ser inadequada. Dessa maneira, a pena é substituída pela medida de segurança e a finalidade retributiva da sanção penal é substituída, teoricamente, pela orientação de tratamento do paciente.

O reconhecimento do estado de periculosidade²⁰ produz, dentro da lógica das leis penais vigentes, significativos efeitos sancionatórios. Em razão de a periculosidade ser entendida como um estado ou atributo inerente ao sujeito, a resposta jurídica não pode ser determinada com base em suposições e em estimativas. Enquanto a pena, conforme dispõe o artigo 59 do Código Penal, é fixada por meio de um extenso procedimento judicial e sua execução é expressamente limitada no tempo (artigo 75), a finalidade curativa do tratamento realizado no cumprimento da medida de segurança impede estabelecer prazos de duração.

Segundo os fundamentos normativos que sustentam a aplicação e execução dessas medidas, existe uma justificativa lógica para esta impossibilidade de definir o tempo da resposta jurídica ao ato previsto como delito praticado pelo inimputável. Se este indivíduo é portador de uma doença, a duração do tratamento deverá ser estabelecida conforme a resposta positiva ou negativa que o paciente apresentar durante o procedimento terapêutico.

Assim, sendo a medida de intervenção adequada e a resposta do paciente positiva, o resultado é a diminuição ou controle do impulso delitivo com o consequente diagnóstico de cessação de periculosidade. Do contrário, se inadequados, mantém-se o estado perigoso, sendo necessário o prolongamento da internação.

A indefinição do limite máximo da medida de segurança - situação que, inclusive, legitima, a possibilidade de perpetuidade da sanção²¹ - não inibe, porém, a determinação de um prazo mínimo. A previsão legal deste limite para a execução do instituto demonstra a presença, ainda que implícita, de um viés retributivo na medida de segurança, visto que mesmo ocorrendo a cessação da periculosidade antes deste prazo, o paciente deve necessariamente permanecer submetido ao controle penal.

²⁰ Ver item 1.3.

²¹ A mencionada abertura legal para a perpetuidade ocorre não apenas no Código Penal, mas, sobretudo, pela injustificável omissão constitucional no que tange ao limite das medidas de segurança. Nesse sentido, é necessário o uso do direito comparado para suprir essas lacunas. Este procedimento orientará inúmeras críticas ao sistema brasileiro e permitirá projetar interpretações que confirmam um mínimo de garantia aos sujeitos com sofrimento psíquico em conflito com a lei. Isto porque, em face do caráter aflitivo das medidas de segurança, é fundamental que os direitos e as garantias dos imputáveis sejam ampliados aos inimputáveis, especialmente após a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001), que impõe aos Poderes constituídos o dever de criar mecanismos de desinstitucionalização e de abolição das instituições com características asilares. Ver: CARVALHO, Salo de. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 503-504

3.2.3 Os sistemas e as espécies de medidas de segurança

Ao longo do século XX, como já trabalhado anteriormente²², houve uma intensa contraposição entre o sistema unitário (vicariante) e o sistema pluralista (duplo binário). Em vigor na legislação penal brasileira até 1984, o sistema do duplo binário previa a possibilidade de imposição da medida de segurança independentemente da inimputabilidade. Assim, reconhecido o potencial perigoso pela lei ou pela autoridade judicial²³, seriam aplicáveis pena e medida de segurança conjunta e sucessivamente, mesmo ao imputável e ao semi-imputável.

Reale Jr., Dotti Andreucci e Pitombo (apud CARVALHO, 2015, p. 505) ao justificarem a substituição do sistema dualista pelo sistema unitário afirmam que

[...]o Código Penal de 1940, tendo eleito a dupla via, incorreu em manifesto erro porquanto primeiro para os imputáveis e semi-imputáveis, nas palavras de Antolisei, impõe a uma pessoa, necessitada de cura e de educação, as constrangedoras condições do cárcere, que só agravam a periculosidade que, depois, piorada, se buscará cancelar, tudo para conciliar ou superar a oposição entre culpabilidade e periculosidade.

A aplicação conjunta da pena e da medida de segurança no sistema anterior, segundo a crítica de Bitencourt (2011, p. 781), configurou flagrante lesão ao princípio do *ne bis in idem*, “pois, por mais que se diga que o fundamento e os fins de uma e outra são distintos, na realidade, é o mesmo indivíduo que suporta as duas consequências pelo mesmo fato praticado”. De modo mais pragmático, Fragoso (2006, p. 496), ao analisar a realidade empírica da aplicação do direito penal pelo sistema de administração da justiça criminal, demonstrou que

[...] a falência do sistema [do duplo binário] se deve ao fato de nunca ter sido possível distinguir, na execução, a pena privativa de liberdade, da custódia de segurança. Deve-se também à precariedade do juízo de periculosidade, bem como a inexistência de estabelecimentos e de pessoal técnico.

²² Ver item 1.2.

²³ O revogado artigo 78 do Código Penal de 1940 determinava que seriam considerados perigosos os imputáveis, os semi-imputáveis, os condenados por crime cometido em estado de embriaguez habitual, os reincidentes em crimes dolosos, e os condenados por crime cometidos em grupos. Além disso, conforme o artigo 77 do mesmo diploma legal, poderia ser reconhecida a periculosidade do indivíduo pelo julgador nas seguintes hipóteses: a) se os antecedentes e a personalidade, os motivos determinantes e as circunstâncias do fato, os meios empregados e os modos de execução, e a intensidade do dolo ou o grau da culpa, autorizassem a suposição de que o sujeito viria ou tornaria a delinquir; e b) se, na prática do fato, fosse revelada torpeza, perversão, malvadez, cupidez ou insensibilidade moral. Ver: CARVALHO, Salo de. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 504-505.

Superado o sistema do duplo binário, a reforma da parte geral do Código de 1984 instituiu o sistema vicariante, distinguindo a resposta jurídica entre penas ou medidas de segurança. Mesmo nos casos de semi-imputabilidade, nos quais havia previsão legal autorizando a aplicação de ambos os institutos, o julgador deve optar, prioritariamente, pela pena reduzida (parágrafo único, artigo 26, do Código Penal) e em casos excepcionais substituí-la pela medida de segurança, (artigo 98).

Avançando no presente trabalho, o Código Penal, em seu artigo 96, prevê como espécies de medida de segurança a internação psiquiátrica e o tratamento ambulatorial. A primeira determina o cumprimento da medida de segurança em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico que, na prática, correspondem ao manicômios judiciários com características asilares e segregacionistas similares às penitenciárias.

Esta forma dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico é, inclusive, reforçada, pela própria Lei de Execução Penal (Lei n. 7.210/1984), que além de reservar um diminuto espaço para a descrição estrutural desses espaços, remete explicitamente ao modelo carcerário. Segundo Bitencourt (2011), a mudança de nomenclatura ocasionada pela na reforma do Código em 1984 em nada alterou a realidade do sistema de sanção aos inimputáveis, pois as características manicomialis continuam presentes no sistema atual.

A segunda modalidade de medida de segurança é a que submete o paciente ao tratamento ambulatorial. Ela tem como principal característica a imposição do acompanhamento médico-psiquiátrico sem a obrigatoriedade de que o paciente permaneça recluso na instituição. Conforme consta na exposição de motivos do Código Penal, o tratamento ambulatorial é considerado uma medida restritiva distinta da medida detentiva de internação.

Reforça Fragoso (2006, p. 500) que

[...] a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico aplica-se obrigatoriamente aos inimputáveis, que tenham sido absolvidos com base no art. 26, CP, e que tenham praticado um fato em que a Lei define como crime, punido com a pena de reclusão. Aplica-se também, facultativamente, aos inimputáveis que tenham praticado fato previsto como crime, punido, porém como pena de detenção, bem como aos semi-imputáveis.

Percebemos que o critério para a definição da espécie da medida de segurança está estabelecido no *caput* do artigo 97, do Código Penal, e tem como base a previsão genérica da gravidade do ilícito. Assim, o regime ambulatorial é aplicado subsidiariamente ao de internação

nos casos em que a conduta praticada pelo inimputável tenha como previsão a pena detentiva.

De qualquer modo, a previsão abstrata da reclusão ou da detenção como critério único de definição da espécie de medida de segurança a ser cumprida não parece adequar-se ao princípio constitucional que determina ao julgador a necessidade da individualização da sanção. Em relação às penas, a fixação do regime ou a possibilidade de substituição por pena restritiva de direitos independe da espécie de privação de liberdade prevista em lei.

Dessa forma, o tipo de regime (aberto, semiaberto ou fechado) e a espécie da sanção penal (privativa de liberdade, restritiva de direito ou multa) estão vinculados aos critérios judiciais expostos motivadamente na sentença. A definição das espécies de medida de segurança a partir de um critério abstrato está, portanto, em desacordo com os princípios que orientam a aplicação das sanções como um todo.

Ademais, esse critério tende a obstaculizar uma utilização excepcional da internação, em virtude de seu caráter evidentemente aflitivo que, na prática, pouco se diferencia das formas carcerárias de pena. Fragoso (2006) reforça que o juiz deve, sempre que possível, preferir o tratamento ambulatorial em detrimento da internação psiquiátrica, uma vez que os manicômios judiciários e seu aspecto totalizante contribuem para o agravamento da situação mental do paciente.

3.2.4 O caráter punitivo e os critérios de aplicação judicial da medida de segurança

Na década de 1970, uma das principais denúncias pela criminologia crítica e pela crítica do direito penal à medida de segurança baseou-se na presença de um viés marcadamente punitivo em sua doutrina. A denúncia sobre a incapacidade das instituições totais cumprirem minimamente suas finalidades declaradas - ressocializar o imputável e reduzir a periculosidade do inimputável - desencadeou um amplo processo de desconstrução dos mitos fundantes do sistema punitivo.

Entre esses mitos, cabe ressaltarmos o da ausência de perspectiva retributiva nas medidas de segurança. Para Cirino dos Santos esta crise deriva da inconsistência dos métodos científicos de prever o comportamento futuro e da incapacidade da medida de transformar condutas sociais em condutas ajustadas. Ou seja, para o autor,

[...] a crise das medidas de segurança estacionárias é a crise da prognose de periculosidade e da eficácia da internação para transformar condutas ilegais de

inimputáveis em condutas legais de imputáveis. A inconsistência desses pressupostos explica a convicção generalizada sobre a necessidade de redução radical das medidas de segurança estacionárias (2007, p. 641).

Diante desse contexto, Zaffaroni e Batista (et al., 2011, p. 67) propõem uma reanálise da dogmática das medidas de segurança, tomando como pressuposto sua natureza penal e sem atribuir-lhe eufemismos. Conforme sustentam, se a reforma do Código Penal em 1984 representou um avanço ao retirar do texto legal as hipóteses de presunção de periculosidade pré-delitual, restringindo a imposição de medidas de segurança aos inimputáveis e semi-imputáveis, “[...] alguns passos poderiam ser dados incorporando-se à construção dogmática as importantes contribuições da Lei 10.216/01, sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais”.

O advento da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001) inegavelmente modificou o estatuto jurídico e a lógica de tratamento dos portadores de sofrimento psíquico no Brasil. Este diploma não apenas determina que sejam implementadas políticas públicas de desinstitucionalização, como também fixa enquanto premissa o respeito à autonomia dos usuários do sistema de saúde mental e a mudança na linguagem referente às práticas de internação e às instituições manicomiais.

Desse modo, como será posteriormente trabalhado, enfatizamos que Reforma Psiquiátrica abriu importantes caminhos para a superação de toda a lógica que orienta a doutrina das medidas de segurança. No momento, porém, importa para nós reforçar que a distinção entre pena e medida de segurança é puramente formal e que, materialmente, a segunda pode ser ainda mais lesiva à liberdade do indivíduo (FRAGOSO, 2006).

No que tange aos critérios de aplicação das medidas de segurança, diferentemente da complexa estrutura de determinação da pena, eles são relativamente simples. Contudo, isto não significa maior garantia em termos de eficácia da tutela dos direitos fundamentais dos portadores de sofrimento psíquico contra eventuais abusos e excessos.

Ao contrário, a inexistência de um procedimento objetivo para a determinação, por exemplo, do tempo mínimo e máximo da medida de segurança, cria uma lacuna na qual as lógicas punitiva e manicomial oportunamente se inserem. Ademais, os tribunais são ainda bastante resistentes em reconhecer o impacto da Lei da Reforma Psiquiátrica no sistema de medidas de segurança.

O procedimento de aplicação da espécie de medida de segurança é, conforme

trabalhamos, predeterminado legislativamente pelo tipo de pena privativa de liberdade imposto ao delito, situação que, em tese, designaria a internação psiquiátrica aos fatos mais graves. Todavia, o critério da gravidade do delito é apenas hipotético, porque não há, na legislação penal, uma plena correspondência entre a quantidade e a espécie de pena com a gravidade do delito.

Em princípio, parece-nos haver a preponderância da internação, tendo em vista que o artigo 97 da norma penal estabelece que, se o agente for inimputável, o julgador aplicará a internação, mas se o “o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá submetê-lo a tratamento ambulatorial”. Todavia, a orientação doutrinária e jurisprudencial parece, de maneira acertada, estar seguido no sentido de limitar a aplicação da internação aos casos de reclusão.

Superada a etapa que estabelece a espécie de medida adequada ao caso concreto, o segundo momento da sua aplicação é o da determinação do fator temporal. No parágrafo primeiro do artigo 97 do Código Penal consta que a medida de segurança, independentemente de sua espécie, possui prazo indeterminado e existirá enquanto estiver presente o estado perigoso do agente. Por sua vez, o prazo mínimo encontra-se determinado, devendo ser de um a três anos.

Uma primeira questão a ser enfrentada diz respeito ao tempo máximo da medida de segurança. No momento da análise dos princípios constitucionais configuradores das sanções penais no direito brasileiro, foi afirmada a necessidade de compatibilização entre tratamento jurídico das penas propriamente ditas e das medidas de segurança.

O caráter nitidamente sancionatório e punitivo destas impõe que o texto constitucional seja interpretado amplamente, devendo artigo 5º, inciso XLVII, alínea b, da Constituição Federal de 1988, que veda a perpetuidade da pena, alcançar, também, as medidas de segurança. Diante de tal situação, Bitencourt (2011) argumenta que a vigência por prazo indeterminado da medida de segurança sequer foi recepcionada pelo texto constitucional.

Nesse sentido, parece estar consolidado que o prazo máximo da medida de segurança é também o de trinta anos. Ademais, a dogmática nacional, buscando diminuir o nível de desproporcionalidade entre o tempo de internação e o dano causado, tem até avançado no sentido de adequar o limite da medida de segurança àquele correspondente ao máximo de pena abstratamente cominado no tipo penal imputado ao portador de sofrimento psíquico autor do ilícito (BITENCOURT, 2011).

Seguindo nessa linha, Amilton Bueno de Carvalho (apud CARVALHO, 2015) conclui que a conformação constitucional do procedimento de aplicação da medida de segurança ocorreria com a adequação do seu limite máximo à pena que seria aplicável no caso concreto. Para tanto, o julgador, na sentença absolutória imprópria, realizaria uma dosimetria análoga à da pena – com a devida exclusão das circunstâncias relacionadas à culpabilidade – estabelecimento o horizonte sancionatório máximo. Tal procedimento seria adequado, inclusive, para fins de orientação dos prazos prescricionais e de definição dos direitos inerentes à execução das medidas de segurança.

Ainda em relação à questão dos limites das medidas, passemos a analisar o sentido e os critérios de seu tempo mínimo. Dispõe o Código Penal que na sentença absolutória imprópria deve ser fixado o prazo mínimo da medida de segurança, que não poderá ser inferior a um ou superior a três anos. Tal determinação, entretanto, parece contraditória e, como já mencionamos, carrega consigo traços nitidamente retributivos.

Se o fundamento da medida de segurança é a periculosidade e o objetivo do tratamento é sua cessação, findo o estado de perigo, independentemente a qual tempo isso ocorra, não se faz mais necessária a aplicação desse tipo de resposta jurídica. A solução mais adequada seria, portanto, a não definição de um tempo mínimo, inclusive por inexistirem na doutrina e na jurisprudência critérios adequados que orientem essa quantificação.

Mariana Weigert (2015) traz que a prática do delito turva a compreensão da extensão do sofrimento psíquico e das formas de cuidado com seus portadores. Apesar da absolvição imprópria e do reconhecimento da incapacidade do indivíduo, é o cometimento do crime que permanece como um dado estanque em sua biografia.

3.3 O discurso da psiquiatria forense na doutrina da medida de segurança

Acobertado por tecnologias que lhe reforçam o aspecto de cientificidade, o discurso da psiquiatria forense estabeleceu um paralelo com diversas concepções oriundas da medicina alienista - noções de loucura e tratamento moral, do manicômio enquanto um espaço terapêutico, da incapacidade jurídica do doente mental. Tais concepções foram retomadas e ganharam contornos próprios, atinentes às características híbridas dessa anormalidade sintetizadas no louco infrator e seu tratamento preventivo, no manicômio judiciário como um espaço de segurança e prevenção criminal, na atribuição de inimputabilidade penal.

Foucault (2002) menciona que o campo da psiquiatria forense começou a ser delineado

durante o século XIX, quando os julgadores passaram a determinar arbitrariamente que alguns tipos de criminosos cumprissem pena em hospitais psiquiátricos. Nessa época, a psiquiatria ainda não identificava o criminoso enquanto objeto de uma apreciação especializada e sua interface com a justiça criminal era esparsa e limitada ao seu próprio domínio teórico-científico.

A psiquiatria forense surgiu objetivando preencher essa lacuna intermediária, elaborando, para tanto, um novo discurso específico para a loucura criminal. Assim, ela delimitou uma área de domínio, entre os discursos jurídico e psiquiátrico, voltada para a normalização dos indivíduos, e não para a prevenção do crime ou para a cura da doença mental.

Segundo Foucault (2002), esse campo pretensamente científico trabalha sob uma perspectiva absolutamente moral de distinção entre o indivíduo normal e o anormal. Seu discurso concentra-se em um poder controlador e normalizador que, inclusive, está disperso na consciência social e que pode ser acessado na ideia de segurança social.

O principal reflexo contemporâneo da psiquiatria forense parece-nos estar concentrado no exame psiquiátrico. O discurso do perito médico adquire poder na medida em que transforma o delito em criminalidade e o autor do crime em delinquente, bem como cria a figura do médico com atributos de julgador. Ou seja, o delito abstrato transforma-se em ação individual, do mesmo modo que a maneira de ser desse indivíduo é traduzida nos motivos, nas causas e nas origens do crime, e que, ao final, tornam-se puníveis (FOUCAULT, 2002).

A perícia psiquiátrica dedica-se a demonstrar que o indivíduo já possuía um potencial criminoso antes mesmo de cometer qualquer ilícito. Suas características são tomadas como causas, motivos e provas de um comportamento moralmente desviante, bem como seus defeitos passam a ser penalizáveis. “Não é mais um sujeito jurídico que os magistrados, os Jurados, têm diante de si, mas um objeto: o objeto de uma tecnologia e de um saber de reparação, de readaptação, de reinserção, de correção (FOUCAULT, 2011, p. 26-27)”.

O psiquiatra forense é quem passa a ter a capacidade de identificar se há no indivíduo traços de um infrator em potencial. No exercício do seu saber, o perito possui poder julgador, vez que o exame pode garantir cientificamente seu discurso. Para Foucault (2002), o saber forense não tem verdadeiro valor de conhecimento - distanciando-se, assim, da psiquiatria tradicional - porque se limita a reproduzir enunciados infantilizados em torno de conteúdos moralizantes. O seu poder, no entanto, está no discurso que transforma o sujeito de direito em objeto de uma tecnologia de segregação e correção.

Acreditamos que este seja o verdadeiro fundamento da periculosidade. Ela não pode ser

uma categoria autenticamente jurídica porque não opera no mesmo nível de abstração das suas construções formais, bem como não pode ser exclusivamente médica, pois as suas finalidades correcionais estão muito mais próximas de estratégias de controle do que de estratégias terapêuticas.

Diante disso, nos parece que a psiquiatria forense relaciona-se muito mais com a manutenção de um determinada moral social e que encontrou no exame forense

[...] uma prática que diz respeito aos anormais, que faz intervir certo poder de normalização e que tende, pouco a pouco, por sua força própria, pelos efeitos de junção que ele proporciona entre o médico e o judiciário, a transformar tanto o poder judiciário como o saber psiquiátrico, a se constituir como instância de controle do anormal (FOUCAULT, 2002, p. 52).

Essa tentativa de conciliar enunciados típicos do controle social com os do controle penal resulta em graves inconsistências teóricas e metodológicas que, como vimos, refletem-se em contradições legais. Tendo em vista que tais contradições envolvem uma série de problemáticas na essência da medida de segurança, se faz necessária a tomada de uma postura ativa e crítica que busque a superação desse instituto por meio da elaboração de novos paradigmas científicos e no plano de um verdadeiro Estado Democrático de Direito.

4 UMA NOVA SENSIBILIDADE JURÍDICA AOS SUJEITOS COM SOFRIMENTO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

No primeiro capítulo deste trabalho, acompanhamos em linhas gerais as experiências que se formaram em torno da loucura desde a Renascença até o final do século XIX. A partir da segunda metade do século XVIII, iniciou-se um processo de objetivação da loucura e esta, que até então, era reconhecida como delírio, como ausência de razão, passou a ser interpretada como uma condição passível de extrema violência e agressividade, ainda que não transparecesse qualquer perturbação da inteligência. Nesse sentido, Pinel e outros alienistas desenvolveram os conceitos de mania sem delírio, de alienação e, posteriormente, de monomania.

Este foi o passo decisivo para uma profunda transformação da experiência da loucura. Ela tornou-se, perante o olhar médico, objeto de apreensão de algo que é inerente a natureza humana e que apresenta-se na forma de uma profunda deturpação do sentido moral. Assim, o louco moral não conseguia se adaptar à pressão exercida por uma sociedade em transformação.

Sendo esses sujeitos momentaneamente alienados passíveis de cura, os alienistas do século XVIII acreditavam serem cabíveis tratamentos de cunho moral, pautado no isolamento e na rigidez da rotina (asilo), bem como concentrado no saber e autoridade médicos. As formulações alienistas correspondiam perfeitamente às necessidades sociais excludentes da época: o asilo tornava-se o lugar social da loucura, pois era onde poderia ocorrer o tratamento moral.

Essa dinâmica, conforme já detalhamos, se prestou mais ao controle jurídico e moral dos sujeitos com sofrimento psíquico do que propriamente ao conhecimento médico científico. Observamos, também, que o modelo alienista confirmou e expandiu a especialidade da psiquiatria ao longo de todo o século XIX.

4.1 Os movimentos reformistas da psiquiatria contemporânea

A partir do século XIX, concebidas as premissas alienistas, o tratamento da loucura ocorreria dentro da instituição asilar. Esse modelo, entretanto, não limitou-se a uma estrutura física de isolamento, mas especialmente a existência de uma relação médico-paciente caracterizada pela submissão da loucura ao poder do conhecimento científico presente no discurso psiquiátrico.

Desde o início, o tratamento asilar provocou críticas no curso do processo constitutivo da psiquiatria (DESVIAT, 1999), o que levou a um primeiro modelo de reforma. Tendo em vista que um dos elementos do tratamento moral era envolver os alienados na lógica produtiva da sociedade industrial, alguns críticos entendiam que tal prática não encontrava condições adequadas no espaço fechado do asilo. Se a alienação justificava a restrição de liberdade, era preciso devolver certa liberdade aos insanos para promover-lhes a cura e para reintegrá-los.

Em meados do século XIX, surgiu como uma proposta institucional alternativa as colônias agrícolas. Contudo, conforme destaca Amarante (1998), esses espaços serviram apenas para reafirmar e ampliar a importância social e política da psiquiatria, neutralizando parte das críticas ao hospício tradicional. O modelo não questionou os problemas que envolviam o poder da ciência psiquiátrica sobre o corpo do louco e, na prática, não significaram uma superação do paradigma asilar

No cenário pós-Segunda Guerra, a experiência do nazi-facismo criou um ambiente de repulsa ao totalitarismo e à repressão. Os movimentos sociais reclamavam a reorganização das instituições e dos serviços de assistência. Era também um momento de experimentação no campo da medicina mental, representado pela expansão da psicanálise rumo às instituições psiquiátricas, pela formulação dos psicotrópicos, que trazia grandes expectativas, e pelo fato de a doença mental tornar-se assunto da saúde pública.

De acordo com Desviat (1999), os movimentos de reforma psiquiátrica diferenciaram-se com base nas características sociopolíticas de cada país, na intensidade e radicalidade dos debates levantados acerca do sistema sanitário e funcionamento dos manicômios. Assim, as experiências exitosas de reforma foram aquelas que pautaram-se na divisão territorial em zonas de assistência, na continuidade do atendimento e na integração entre prevenção, tratamento e reabilitação.

A segunda etapa dos movimentos reformistas envolveu uma discussão político-ideológica mais radical, no sentido de transformar ou extinguir os manicômios. De um lado, houve movimentos que restringiram suas críticas ao interior da instituição, buscando transformá-la em uma espaço terapêutico, como foi o caso da psicoterapia institucional, na França, e das comunidades terapêuticas, na Inglaterra. De outro, movimentos como a antipsiquiatria e as experiências de Franco Basaglia, na Itália, romperam com as propostas anteriores, questionando o próprio dispositivo médico-psiquiátrico, bem como as terapêuticas relacionadas a ele e as instituições asilares (AMARANTE, 1998).

A psicoterapia institucional foi o fundamento teórico da psiquiatria de setor francesa. Ela buscou na psicanálise uma nova prática terapêutica nos hospitais psiquiátricos, pois entendia que não era o aspecto físico do hospital que fazia dele um manicômio, mas sim as pessoas que cuidavam dos internos. Desse modo, todos (médicos, demais profissionais e doentes) deveriam envolver-se no processo terapêutico de forma que o hospital como um todo exercesse o papel de um “analista”.

Porém, a possibilidade de uma psicoterapia institucional dividia opiniões. Para alguns psicanalistas, era “impossível tratar um indivíduo inserido numa instituição doentia (FLEMING apud AMARANTE, 1998, p. 33)”. Essa forma de psicoterapia foi acusada de se restringir ao espaço do asilo e de não promover uma reflexão mais ampla sobre a função social da psiquiatria. Não questionou o saber psiquiátrico como forma de exercício de poder e defendeu o asilo como o lugar próprio dos pacientes. (BIRMAN, 1992).

As críticas não foram suficientes para deslegitimar tal prática, tanto que sua aplicação confirmou-se na França do pós-Guerra (DESVIAT, 1999). A partir de 1945, iniciou-se a fase da psiquiatria de setor, que teve à sua frente os principais teóricos da psicoterapia institucional. O movimento contou com uma geração de psiquiatras vistos como progressistas e que consideravam necessário modificar as formas de atendimento.

A psiquiatria de setor foi essencialmente um movimento de contestação ao aspecto centralizador do espaço físico do asilo, uma vez que partia do princípio de que era preciso levar a psiquiatria à população, por meio da descentralização territorial da assistência em pequenas zonas, que ofereceriam uma multiplicidade de serviços. Isso permitiria uma aproximação com os usuários - ao mesmo tempo em que garantiria suas referências comunitárias -, bem como contribuiria para que os programas de prevenção e pós-cura fossem melhor elaborados diante do conhecimento das demandas.

Em 1960, a psiquiatria de setor foi adotada como política oficial na França. Bonnafé, um dos seus idealizadores, afirmava que o movimento era uma revolução em relação ao modelo da psiquiatria clássica, e não uma simples reforma nas instituições. Contudo, na prática, o movimento apenas promoveu novas formas de institucionalização, pois acreditava que um médico habilidoso seria o suficiente para solucionar as problemáticas totalizantes (DESVIAT, 1999).

As propostas de implantação de um sistema de saúde pública nesses moldes não prosperaram, e a setorização da psiquiatria restou como um fato isolado no panorama

centralizado da saúde geral. O subsídio público aos hospitais impediu o desenvolvimento dos serviços territoriais, fortalecendo ainda mais as instituições asilares (AMARANTE, 1998).

Em 1959, surgiu na Inglaterra a experiência das comunidades terapêuticas, que sinalizaram, em alguns aspectos, um contraponto com o paradigma asilar. O movimento teve em sua liderança Maxwell Jones e tinha como principal objetivo desconstruir o aspecto segregador da instituição. O hospital deveria ser uma comunidade participativa onde todos executassem as tarefas necessárias – assim a primeira iniciativa de Jones foi o revigoramento da terapêutica ativa²⁴.

O processo terapêutico também passou a ser concebido como uma tarefa conjunta dos psiquiatras e dos outros profissionais técnicos, do próprio paciente, da família e da comunidade. O contato com o meio externo era um dos destaques do movimento e incentivou o desenvolvimento de uma concepção de que muitos pacientes poderiam ser tratados fora da estrutura do internamento.

Basaglia (1985) por sua vez, teceu críticas importantes às comunidades terapêuticas, fundamentadas em sua vivência enquanto diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália. Segundo ele, a comunidade criava um mundo artificial que não correspondia à realidade da vida em sociedade, especialmente pela destruição do princípio da autoridade. Ademais, cada segmento técnico havia cristalizado seu papel na dinâmica do tratamento e dificilmente estaria disposto a romper com essa estrutura (AMARANTE, 1998).

Nesse sentido, as comunidades terapêuticas, ainda que tenham buscado a interação com o meio externo, não chegaram a questionar a estrutura asilar. Apesar dessa limitação, influenciaram a reforma sanitária inglesa a criar serviços que não implicassem na restrição de liberdade dos pacientes, como os hospitais-dia. (AMARANTE, 1998). Ainda que não almejassem fechar os hospitais psiquiátricos, tal política enfatizou o papel parcial destas instituições totalizantes, estimulando serviços residenciais locais.

Nos Estados Unidos, a política comunitária iniciou-se oficialmente em 1963, por meio de um decreto do presidente Kennedy, após um censo realizado em 1955. Essa consulta

²⁴ A terapêutica ativa, conhecida também como terapia ocupacional, foi idealizada por Herman Simon, na década de 1920. O médico observou que pacientes crônicos beneficiavam-se com atividades laborativas. Amarante observa que o sentido desse envolvimento com o trabalho da instituição relacionava-se, ainda que indiretamente, com o período marcado pela escassez de mão-de-obra no pós Segunda Guerra. Além de se complementar com as necessidades econômicas, a retomada dessa terapêutica também recuperou o mito alienista de que o trabalho era um caminho de cura. Ver: BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Orgs.), **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rekume-Duramá, 1992, p. 84.

possibilitou a constatação de que a assistência psiquiátrica do país demandava reformas urgentes: era necessária a redução dos hospitais psiquiátricos²⁵. Seguindo esta orientação, foi determinada a criação de centros de saúde mental comunitária de caráter gratuito (DESVIAT, 1999).

O modelo teórico da psiquiatria preventiva, que partia de categorias epidemiológicas e de saúde pública, foi a base dessa política. Gerald Caplan trabalhava que o distúrbio mental era produto do desequilíbrio entre fatores positivos - subsídios, que estavam na rede de suportes contínuos e necessários a todos os indivíduos - e fatores negativos - riscos, que relacionavam-se com hábitos de vida, acontecimentos sociais, fatores psicológicos, agentes infecciosos e ambientais. Ele considerava que alguns indivíduos e grupos populacionais tornavam-se mais vulneráveis a desenvolver distúrbios mentais por estarem mais expostos aos fatores de risco e, por esse motivo, os serviços de prevenção primária deveriam priorizá-los.

Alguns fatores de risco exerciam influência contínua sobre a personalidade do sujeito, enquanto outros sobrevinham de forma repentina e pontual, ocasionando uma grande perda de subsídios e o desencadeamento de uma crise, que demandava recursos especiais por parte dos operadores do sistema a fim de evitar a hospitalização. A técnica da intervenção em crise consistia basicamente em ações preventivas que detectassem grupos de alto risco e em atividades terapêuticas que favorecem uma resposta rápida para que posteriormente o paciente buscasse soluções mais aprofundadas para o seu distúrbio (DESVIAT, 1999).

Amarante (1998) menciona que, apesar de o preventivismo propor uma mudança paradigmática ao deslocar o objeto da psiquiatria tradicional do tratamento da doença para a promoção da saúde mental, o modelo manteve a lógica de profilaxia já trazida pelos alienistas. Se todas as doenças mentais podiam ser detectadas precocemente é porque se manifestavam sob a forma de desvio, de marginalidade e não pertenciam à esfera da interioridade humana. Ao assumir que havia pessoas e grupos de risco, o modelo preventivista justificava uma verdadeira “caçada” às pessoas “suspeitas”.

A psiquiatria preventivista desenvolveu vários dispositivos de desinstitucionalização²⁶,

²⁵ O tratamento comunitário estava presente na sociedade norte-americana desde o início do século XX. Em 1909, a Associação Nacional de Saúde Mental se posicionou contra a internação e a favor do atendimento comunitário, criando um movimento que ficou conhecido como Movimento de Higiene Mental. Contudo, este movimento não provocou mudanças significativas no modelo psiquiátrico. Ver: DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 57.

²⁶ No início da década de sessenta, a sociologia norte-americana desenvolveu a noção de institucionalização. De forma genérica, este conceito pode ser compreendido como o efeito de uma série de condicionamentos alienantes introjetados pelos participantes das instituições totais. Goffman definiu suas características principais: “O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três

que, na prática, restringiram-se a um movimento de mera desospitalização, já que o objetivo era limitado a diminuição do número de internações por meio da oferta de serviços extra-hospitalares. A captação de pacientes, por sua vez, aumentava a demanda por atendimentos e acabava retroalimentando o sistema hospitalar. Para Amarante (1998, p. 41) o preventivismo significou “um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais”.

Observa-se que, apesar desses movimentos reformistas se proporem a operar mudanças profundas, suas práticas limitaram-se a meras reformulações de técnicas terapêuticas e de redução da hospitalização. Com isso, preservaram a concepção de doença mental, núcleo estruturante da psiquiatria tradicional, que encara a loucura a partir de uma óptica cientificista e que mantém o protagonismo do discurso alienista.

Este discurso só foi de fato desestabilizado com as formulações da antipsiquiatria inglesa, no contexto da contracultura²⁷, que marcou a década de 1960. David Cooper, criticava o cientificismo da psiquiatria por tentar explicar e provar a doença mental por meio de princípios importados das ciências naturais. Nesse mesmo sentido, Ronald Laing apontava a falsa identidade entre loucura e doença mental, e problematizava o conceito de esquizofrenia, sinalizando que havia um caráter social na subjetividade que lhe originava (MUNIERA, 1979). Por outro lado, sua teoria também foi criticada por recair em uma explicação causal (AMARANTE, 1998).

A antipsiquiatria contestou as nosografias e denunciou a instituição asilar, propondo um novo modelo terapêutico que contrariava a hierarquia e a disciplina do hospital. Trabalhava com uma divisão em grupos, valorizando a análise do discurso do delírio, e utilizava técnicas como o psicodrama e a regressão, opondo-se radicalmente ao uso de tratamentos químicos e físicos. A maior contribuição do movimento foi, portanto, resignificar o conceito de desinstitucionalização, atribuindo-lhe a desconstrução de toda a tradição de saberes da psiquiatria clássica.

esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigada a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição”. Ver: GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1996, p. 17-18.

²⁷ A contracultura foi um movimento libertário de contestação que surgiu na década de 1960, nos Estados Unidos, caracterizado por romper radicalmente com comportamentos próprios da cultura dominante.

No entanto, não bastava deslegitimar a doença: era preciso desconstruir todo o processo que reduzia a loucura à doença mental. Partindo desta compreensão, Basaglia, no início da década de 1960, como diretor do Hospital de Gorizia, aboliu as práticas violentas e coercitivas e adotou o método da comunidade terapêutica, inspirado no modelo inglês.

Compreendendo que o problema concentrava-se nos processos de objetivação da loucura, identificou as limitações das comunidades terapêuticas e de qualquer instituição asilar, pois nestas jamais seria possível a recuperação da subjetividade dos pacientes tendo em vista sua própria lógica de funcionamento. Era necessário que a sociedade se comprometesse pela exclusão da loucura outrora articulada. Assim, a experiência e atuação de Basaglia pautou-se em eixos como a dependência entre psiquiatria e justiça, a origem de classe das pessoas internadas, e a não-neutralidade da ciência (AMARANTE, 1998).

Em 1968, encaminhou ao governo local um requerimento para fechar o Hospital de Gorizia. Com a recusa do pedido, os médicos deram alta coletiva aos internados e demitiram-se em massa. O fato ganhou visibilidade e repercutiu em toda a Itália, mobilizando opiniões e discussões em torno da questão.

Em 1971, à frente da direção do Hospital de Trieste, Basaglia iniciou o processo de desmontagem do aparato manicomial. Nessa empreitada conseguiu que a administração local oferecesse subsídio em dinheiro aos pacientes em alta, inaugurou a primeira cooperativa de trabalho dos pacientes, fechou o primeiro pavilhão – transformando-o, sem seguida, em laboratório de atividades culturais -, criou os primeiros grupos-apartamento²⁸ em unidades cedidas pelo governo, e construiu sete centros autônomos de saúde mental que funcionavam em regime de tempo integral.

A Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), que organizou suas atividades em 1973, possuía características autenticamente políticas, contando com o apoio de forças sindicais, políticas e sociais. Seu objetivo era “[...] construir bases sociais cada vez mais amplas para a viabilização da reforma psiquiátrica na tradição basagliana, em todo o território italiano (AMARANTE, 1998, p. 50)”. Assim, o movimento buscava levar discussões sobre a temática para toda a sociedade, pois considerava impossível uma mudança na assistência aos pacientes com sofrimento mental sem a alteração substancial da percepção sobre o estatuto de cidadania

²⁸ Grupos-apartamento eram locais para os quais eram encaminhados, na qualidade de “hóspedes”, os pacientes do Hospital de Trieste em alta que não possuíam recursos financeiros ou vínculo familiar. Essas unidades foram inicialmente construídas em espaços cedidos pelo governo italiano, nas décadas de 1960 e 1970, durante o movimento iniciado por Franco Basaglia.

desses sujeitos.

As repercussões das experiências narradas e da PDI criaram condições favoráveis para que o Partido Radical propusesse um *referendum* com o objetivo de consultar a sociedade italiana acerca da substituição da antiquada legislação psiquiátrica de 1904. Aprovada em 13 de maio de 1978, a Lei Basaglia, (Lei nº 180), consolidou a extinção dos hospitais psiquiátricos e regulamentou uma nova rede de assistência.

Para o próprio Basaglia, entretanto, a PDI não poderia desmobilizar-se com a aprovação da referida lei. Ao definir a doença mental, a psiquiatria complementa-se com o discurso jurídico para outorgar ao paciente a condição de não-cidadão, de alguém que deixa de ser sujeito de direito. Isto posto, uma verdadeira reforma psiquiátrica deveria envolver-se em um trabalho prático de construção da cidadania dos sujeitos com sofrimento psíquico e a desinstitucionalização aparece enquanto um processo ético no sentido em que busca promover e consolidar esse projeto.

Avançando no desenvolvimento dessas críticas, acredita-se, também, que a desinstitucionalização do tratamento do paciente psiquiátrico abalou a concepção de loucura formulada pelos discursos do campo da medicina e do direito. No século XVIII, a psiquiatria clássica apresentou ao direito um doente mental e foi correspondida com a internação deste em uma instituição asilar. No mesmo sentido, ao final do século XIX, a psiquiatria apresentou o louco criminoso, que foi destinado ao manicômio judiciário. Atualmente, após a atuação dos movimentos reformistas, com a iminência de o discurso psiquiátrico abandonar a doutrina asilar, as leis, em especial, brasileiras, articulam-se no sentido de uma ampliação do controle penal.

4.2 A construção da reforma psiquiátrica brasileira

O projeto de psiquiatria preventiva apresentado pelo Presidente Kennedy, em 1963, influenciou diretamente a adoção do modelo por entidades internacionais ligadas à Organização Mundial de Saúde, como a Organização Pan-Americana de Saúde, sendo conseqüentemente incorporado por vários países da América Latina. Desse modo, o Brasil passou a conviver com um modelo de assistência dissociado: de um lado, a tradição da prática asilar, de outro, um discurso preventivista adotado oficialmente pelo governo.

Até meados do século XX, os hospitais psiquiátricos eram predominantemente públicos, mas durante a ditadura militar a política sanitária brasileira passou por um intenso processo de

privatização. Este período também foi marcado por práticas preventivistas de verdadeira “caça aos suspeitos”, o que ajudava a aumentar a demanda por leitos.

No final da década de 1970, em um cenário de profundas contradições, emergiram os primeiros movimentos civis em torno de uma proposta de reforma psiquiátrica. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) destacou-se no cenário nacional e, nos anos seguintes, definiu as diretrizes do movimento reformista brasileiro (AMARANTE, 1998).

O mote para a organização do MTSM foi a chamada Crise da DINSAM. A Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão vinculado ao Ministério da Saúde e responsável pela formulação das políticas públicas de saúde mental, desde 1957, não realizava concursos públicos para suprir seu quadro de pessoal. Além disso, aumentava a quantidade de denúncias sobre a situação de precariedade dos hospitais e sobre as agressões sofridas pelos pacientes.

Em abril de 1978, os quatro hospitais do estado do Rio de Janeiro aderiram a uma greve que resultou na demissão de inúmeros profissionais e estagiários, e na consequente articulação junto ao MTSM. Este tornou-se uma liderança para a regularização da situação dos profissionais do setor e também pelas críticas ao modelo manicomial. No mesmo ano, o movimento participou do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria e, juntamente com outras organizações médicas, constituiu uma frente ampla a favor de mudanças para a categoria.

A visita de líderes dos movimentos reformistas para o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, em 1978, e para o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979, favoreceu o amadurecimento crítico do MTSM e foi decisiva para que a discussão sobre o modelo manicomial ganhasse espaço e adquirisse características nacionais.

Após o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1979, o MTSM assumiu uma forte identidade política, voltando-se para questões que extravasavam as reivindicações trabalhistas. Por ser contrário à institucionalização das práticas psiquiátricas, decidiu também seguir como uma frente não institucionalizada, mantendo as características de um verdadeiro movimento social, desvinculado de entidades corporativas ou governamentais.

Nos congressos que se seguiram nos anos de 1980, o MTSM participou de discussões sobre as problemáticas do modelo manicomial, bem como consolidou diretrizes e frentes de luta contra as violações de direito que ocorriam nas instituições asilares e contra o processo de privatização da medicina. Iniciou, também, uma ampla discussão acerca dos direitos dos pacientes psiquiátricos.

Em 1986, realizou-se em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, um importante

marco para o processo de construção do SUS. O encontro também ficou marcado por uma postura inovadora, pois não se restringiu à participação dos técnicos e profissionais da saúde, abrindo espaço para a participação de outros setores sociais. Durante esse evento, houve uma intensa mobilização pela organização de uma primeira conferência de saúde mental, que tinha sua concretização vinculada a aprovação da DINSAM.

Apesar da direção deste órgão contar com a participação de grupos contrários aos projetos do MTSM - entre eles algumas universidades e a própria Associação Brasileira de Psiquiatria -, em junho de 1987 aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental. O movimento assumiu a liderança deste evento, que sedimentou uma reflexão doutrinária de enfretamento ao modelo manicomial e que resultou em recomendações importantes sobre o engajamento dos trabalhadores e da sociedade civil no combate à psiquiatrização do espaço social, a necessidade da participação popular na elaboração e implementação das políticas de saúde mental e a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais.

O II Congresso Nacional do MTSM, em 1987, contou com a intensa participação de usuários e familiares, bem como de associações civis e lideranças municipais. A mobilização concentrou-se na dimensão antimanicomial da reforma psiquiátrica expressada no lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Pela primeira vez o movimento ganhou as ruas, consolidando o envolvimento dos novos atores sociais e agrupando-se em torno do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Esse congresso consolidou uma nova etapa da reforma psiquiátrica brasileira. As associações de usuários e familiares permitiram que a luta antimanicomial se aproximasse de forma efetiva das comunidades por meio de eventos culturais e práticas sociais, bem como tiveram participação ativa na construção de novos modelos de cuidado, formulando as primeiras alternativas concretas de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

Em 1987, instalou-se em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, em 1989, em Santos, o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial. Os dois modelos de referência funcionavam como suporte ao atendimento hospitalar. Prestavam assistência por meio de equipes multidisciplinares, oferecendo serviços como psicoterapia, terapia ocupacional, oficinas, até abrigo nos períodos diurno e noturno. O projeto contou com o suporte do Ministério da Saúde, que encampou o novo modelo, regulamentando o financiamento e a implantação de serviços similares.

Ainda em 1989, o deputado federal Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores, de Minas Gerais, apresentou à Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 3.657/89. O texto regulamentava os direitos dos portadores de transtorno mental e assegurava a extinção progressiva dos manicômios na medida em que se efetivassem os novos programas assistenciais. Inspirados nessa iniciativa, vários estados aprovaram suas próprias leis de diretrizes antimanicomiais.

A aprovação inicial pela Câmara dos Deputados provocou muita polêmica e uma das maiores forças opositoras estava ligada aos interesses econômicos dos proprietários dos hospitais privados. Durante seus doze anos de tramitação, o PL sofreu várias alterações por meio de emendas do Senado Federal. Contrariando o espírito da reforma, o último substitutivo previa destinação de recursos públicos para a construção de novos hospitais psiquiátricos nas regiões onde não houvesse ainda uma estrutura alternativa adequada. Contudo, a previsão foi suprimida na Câmara, indicando um avanço verdadeiramente antimanicomial.

Outra questão sensível era o tema da internação involuntária. O PL previa que qualquer internação fosse precedida de laudo médico circunstanciado. No caso de internação involuntária, o Ministério Público poderia, de ofício, a requerimento da família ou representante legal, designar equipe revisora multiprofissional a fim de opinar sobre a manutenção ou cessação da mesma. O dispositivo punha ao alcance do paciente internado um recurso institucional que lhe garantia o direito a uma segunda avaliação. Por ocasião da redação final, a regra foi retirada do projeto, implicando perda considerável ao direito de liberdade do cidadão.

Ao final, o projeto foi aprovado por unanimidade pelo plenário no Congresso Nacional e a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, ficou também conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica brasileira.

A aprovação dessa Lei foi uma enorme vitória, tendo em vista que a partir desse momento a Política Nacional de Saúde Mental assumiu contornos antimanicomiais e desde então tem buscado mecanismos para a consolidação da reforma. A implementação da rede de serviços substitutivos em um país com as dimensões do Brasil demanda grandes investimentos e muito empenho político. Ainda que os avanços dos últimos anos sejam evidentes, o sistema está longe de alcançar um nível satisfatório.

Acreditamos que desde 2010 o movimento reformista encontra-se em uma nova fase. Trata-se de uma etapa marcada pelos retrocessos gerados pela crise progressiva de 2008, caracterizada pelo avanço das políticas neoliberais e pela recessão econômica mundial, bem

como pelo desinvestimento nas políticas sociais em geral, especialmente no Serviço Único de Saúde (VASCONCELOS, 2016).

Um exemplo desse retrocesso diz respeito às investidas sobre as populações vulneráveis nas grandes cidades. Usuários de drogas e pessoas em situação de rua têm sido alvos frequentes de práticas ditas assistenciais, mas que não passam de políticas higienistas e moralizantes que são garantidas pela força policial. A questão é complexa e o momento exige atenção para que toda a luta por um novo modelo de atenção psicossocial não se perca em promessas políticas que almejam recuperar processos de institucionalização manicomial.

4.3 O impacto da Lei da Reforma Psiquiátrica no sistema penal

A Lei nº 10.216/2001, como já detalhamos anteriormente²⁹, vedou expressamente a internação de pacientes em instituições com características asilares, remetendo à necessidade de que todos os seus direitos sejam respeitados. Além disso, estabeleceu que o regime de internação deve oferecer assistência integral, incluindo serviços médicos, psicológicos, ocupacionais, de assistência social e de lazer (artigo 4º, parágrafo terceiro).

Neste dispositivo, está, portanto sintetizado o núcleo da reforma psiquiátrica: ao afirmar que a internação não pode ser feita em instituições asilares, ela proíbe também todas as implicações da doutrina alienista, tendo em vista que, como discorrido nos capítulos anteriores, o modelo asilar vai muito além do internamento no espaço físico totalizante.

O objetivo da reforma psiquiátrica não foi a extinção da internação, mas a desconstrução da ideia de que este recurso terapêutico dentro dos moldes asilares é prioritário. Hoje, no Brasil, a internação psiquiátrica deve ser feita preferencialmente em hospitais gerais e somente pelo tempo necessário à contensão da crise.

O referido texto estabelece que qualquer internação deve ser precedida de laudo médico indicativo e circunstanciado. Prevê ainda as espécies de internações - voluntária, involuntária, que pode ser solicitada por terceiro, e compulsória, que deve ser determinada pela Justiça (artigo 6º).

Ele consolidou um aspecto importante para a construção da cidadania dos sujeitos com sofrimento psíquico, tendo em vista que desautoriza intervenções arbitrárias, do tipo preventivista, pelo poder público. A conquista deve-se em grande parte aos movimentos

²⁹ Ver item 3.2.

antimanicomiais que se empenharam no aprofundamento da discussão sobre o estatuto jurídico dos pacientes. A supressão indiscriminada de sua capacidade, e a conseqüente submissão a um regime de tutela, estavam intimamente ligadas à legitimação do asilo enquanto espaço assistencial.

Por outro lado, a referência à internação compulsória determinada genericamente pela justiça e de acordo com a legislação, parece normalizar a internação ordenada pelo juízo criminal, ainda que esta não motive a prática terapêutica (artigo 9º). É neste impasse que parece estar situada a discussão em torno do alcance penal da Lei da Reforma Psiquiátrica.

Ao longo do processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira, os movimentos sociais não discutiram abertamente acerca estatuto penal dos loucos infratores ainda que os hospitais de custódia estivessem indiretamente contidos no lema da luta antimanicomial.

Alguns elementos conjunturais parecem ter facilitado a restrita importância atribuída a esse debate. Em primeiro lugar, o movimento de reforma psiquiátrica, assim como o próprio MTSM, organizou-se ainda durante a ditadura civil-militar brasileira. Ou seja, o cenário era de ameaça e medo, não favorecendo enfrentamentos ideológicos diretos. Tanto é que as primeiras grandes mobilizações possuíam um teor corporativo e reivindicatório, sem adotar um caráter de embate com o governo militar. Somente após uma razoável conquista de espaço é que as questões de cunho político explícito puderam ser levantadas.

Nesse sentido, discutir a situação do louco infrator significava, também, questionar a lógica do sistema penal em um período no qual a menor divergência de pensamento era criminalizada. Se já não havia possibilidade de uma discussão pública e ampla sobre as injustiças que acometiam a prisão de qualquer indivíduo, quem dirá dos indivíduos já estigmatizados.

Em tempos de abertura democrática, o MTSM participou deste processo e combinou à reforma sanitária as suas reivindicações no campo da saúde mental. A aproximação destas duas discussões aparece-nos como mais um pretenso motivo para que o movimento se distanciasse do debate específico sobre os manicômios judiciários.

Estes abrigavam uma minoria populacional em termos comparativos com os grandes hospícios, além de estarem mais próximos da política penitenciária do que das reformas sanitárias. Cabe ressaltar que nem as construções teóricas da reforma psiquiátrica internacional aprofundaram essa reflexão, tendo em vista que, o próprio preventivismo, ao propor uma intervenção nos “loucos suspeitos”, não foi além das proposições da criminologia positivista.

A reflexão sobre o controle penal dos pacientes mentais não foi amadurecida pelo discurso da reforma psiquiátrica, pela doutrina jurídica, ou pela consciência social. A própria Lei nº 10.216/2001 reflete essa realidade: da mesma forma que o lema da luta antimanicomial subentendia, mas não abarcava explicitamente a questão dos manicômios judiciários, esse texto normativo também infere, mas não enfrenta abertamente a relação da loucura com sistema penal.

Existe uma extensa discussão doutrinária sobre o conflito aparente entre a Lei da Reforma Psiquiátrica e a Lei de Execução Penal no que tange ao fato de a primeira ter derogado os dispositivos que regem o processo de execução da medida de segurança de internação. Alguns autores como Jacobina (2008, p. 104) entendem que a Lei da Reforma não estabelece qualquer exceção à aplicação dos seus princípios gerais, tendo em vista que ela não excepciona os sujeitos com sofrimento mental em conflito com a lei e que não há qualquer suporte constitucional para promover tal discriminação.

Por outro lado, há o argumento de que o referido diploma legal não derroga explicitamente a Lei de Execução Penal, levando a um conflito aparente de normas no tempo. Jacobina (2008) constrói uma solução jurídica favorável aos pacientes judiciários:

O primeiro passo seria ir à Lei Complementar n. 95, de 28 de fevereiro de 1998, que regulamenta o art. 59, parágrafo único, da Constituição Federal e determina que “a cláusula de revogação deverá enumerar, expressamente, as leis ou disposições legais revogadas” (art. 9º, com redação dada pela Lei Complementar n. 107/2001). Ocorre que a Lei Complementar n. 107/2001 é de 26 de abril de 2001, tendo entrado em vigor nessa data, enquanto a Lei de Reforma Psiquiátrica é de 6 de abril do mesmo ano. Sendo-lhe anterior, não estaria obrigada a seguir seus ditames. Note-se que a redação original desse artigo na Lei Complementar n. 95/1998 (em vigor no momento da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica) determinava apenas que *sendo necessário* a lei nova explicitasse quais dispositivos estava expressamente revogando (grifo do autor).

Jacobina (2008) reconhece que essa seria uma discussão de formalidades. Por tratar de matéria de técnica legislativa, a Lei Complementar não obriga o intérprete e o operador da lei, mas o seu redator. A regra de hermenêutica a ser utilizada é a Lei de Introdução ao Código Civil de onde se depreende que a incompatibilidade lógica da lei anterior com a lei posterior implica revogação, ainda que não haja cláusula expressa nesse sentido.

Apesar da sólida construção, a derrogação da LEP em matéria de medida de segurança não se firmou e as medidas de internação seguem sendo equivocadamente aplicadas e executadas. O posicionamento pela revogação de tal medida ainda é minoritário e o

entendimento de que sua execução deve pautar-se nas diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica ainda é recente.

Felizmente, parece haver um avanço nesse entendimento ao logo dos anos. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio da Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010, estabeleceu em seu artigo 17 que

O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

Igualmente, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), em 30 de julho de 2010, editou a Resolução nº 4, que dispõe sobre as diretrizes nacionais de atenção aos pacientes judiciários e execução da medida de segurança. A referida resolução prevê que

Art. 1º - O CNPCP, como órgão responsável pelo aprimoramento da política criminal, recomenda a adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança.

§ 1º - Devem ser observados na execução da medida de segurança os princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de tratamento e cuidado em saúde mental que deve acontecer de modo antimanicomial, em serviços substitutivos em meio aberto;

[...] Art. 4º - Em caso de internação, mediante o laudo médico circunstanciado, deve ela ocorrer na rede de saúde municipal com acompanhamento do programa especializado de atenção ao paciente judiciário;

Parágrafo único - Recomenda-se às autoridades responsáveis que evitem tanto quanto possível a internação em manicômio.

Ambas as resoluções enfatizam o aspecto antimanicomial da política de desinstitucionalização. No entanto, é necessária uma abordagem cautelosa deste mecanismo, sendo prudente enfatizar que a efetividade desses regulamentos depende da suficiência dos recursos extra-hospitalares e do desenvolvimento de programas de assistência ao paciente judiciário, dispensando-se, assim, a aplicação de qualquer espécie de medida de segurança.

Este instituto, essencialmente, impõe a institucionalização ao paciente. Por exemplo, o tratamento ambulatorial pode converter-se a qualquer tempo em medida detentiva de internação se o juiz da execução entender que esta modificação é necessária para fins “curativos” (artigo 97, parágrafo quarto, do Código Penal). Além disso, se durante o período de um ano após a liberação ou desinternação o juízo se convencer da persistência da periculosidade, poderá

restabelecer a condição anterior de internamento (artigo 97, parágrafo terceiro). Ou seja, enquanto a medida de segurança estiver sendo executada ou enquanto durar a liberação condicional, o paciente estará sempre ameaçado de retornar ao manicômio - mesmo que esteja sendo assistido por programas da rede de serviços extra-hospitalares.

Assim, apesar de a Lei da Reforma Psiquiátrica prever que um dos principais direitos da pessoa com sofrimento mental é ser tratada no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde (artigo 2º), a persistência da aplicação da medida viola continuamente esse dispositivo, tendo em vista que, diante de um juízo de periculosidade, este se imporá acima de qualquer modelo terapêutico de interesse do paciente. O próprio HCTP é legalmente um estabelecimento penal (Título IV, Capítulo VI, da Lei de Execução Penal) e, em princípio, não estaria sob responsabilidade direta das autoridades sanitárias.

Há alguns anos, firmou-se o entendimento nacional de que tanto o HCTP como todas as unidades prisionais deveriam ser contemplados pelo SUS. Criou-se o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), por meio da Portaria Interministerial nº 1.777/2003, assinada pelos Ministérios da Saúde e da Justiça. Dentre outras ações, a portaria estabeleceu a formação de uma equipe mínima de saúde em cada unidade e a facilitação do acesso à rede de saúde pública, bem como mencionou que os HCTPs seriam objeto de norma própria, tendo em vista sua especialidade (artigo 8º, parágrafo terceiro).

Contudo, as peculiaridades destas instituições permanecem sendo um empecilho para que a atenção em saúde chegue aos pacientes judiciários de forma minimamente satisfatória. O hibridismo desses estabelecimentos demanda que todas as ações sejam pautadas em um programa especializado de atenção e que as melhorias não estejam reféns de uma política voluntarista.

Avançando para além de alterações pontuais, observa-se que, apesar de no Brasil ainda não estar consolidada uma construção doutrinária e legislativa capaz de substituir o sistema das medidas de segurança, tem emergido o interesse por esta reflexão, tanto no campo jurídico como nos campos da sociologia, da antropologia, da política e da bioética.

Nesse sentido, surgiram sérios projetos contra hegemônicos, merecendo destaque o

PAILI³⁰, em Goiás, e o PAI-PJ³¹, em Minas Gerais, que se pautam numa crítica sólida à doutrina da medida de segurança ainda vigente e que se apresentam como alternativas reais ao modelo manicomial. Ambas as experiências orientam-se no sentido de pensar alternativas à internação dos pacientes e de resgate à sua subjetividade, bem como de estabelecer uma nova relação com o sistema de justiça, construindo espaços de diálogo com os juízos criminais e de execução penal.

Ainda que representem significativos avanços práticos, esses projetos não devem representar o fim da luta antimanicomial. Essas novas experiências de atenção são importantes, pois lhes garantem uma condição humana de assistência e meios efetivos de integração social, bem como são relevantes como agentes de uma nova sensibilidade social. No entanto, o maior avanço é a desestigmatização desses sujeitos, o abandono do etiquetamento baseado em concepções do positivismo criminológico.

O sujeito com sofrimento psíquico não deve ser objeto de controle penal, mas sim ser amparado por políticas de saúde pública, de responsabilidade conjunta de toda a sociedade. Reconhece-se que os estigmas da loucura estão arraigados na sociedade brasileira, principalmente quando se trata da loucura criminalizada, mas uma reforma psiquiátrica plena necessita avançar progressivamente na crítica a essas etiquetas.

Como menciona Alessandro Baratta (2002, p. 214), há dois tipos de racionalidade que concorrem em projetos de reforma penal:

A razão tecnológica não consegue atuar senão sobre aquelas contradições do sistema que parecem suscetíveis de serem resolvidas no interior do sistema mesmo, levando a ideologia penal aos níveis mais avançados e humanitários e tentando melhorar e integrar as ferramentas da política criminal atual.

A razão crítica descobre a racionalidade funcional das contradições do sistema, mas não as considera como se fossem suscetíveis de serem resolvidas no interior do sistema, através de aperfeiçoamentos ideológicos e melhoramentos técnicos.

³⁰ O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), está sediado em Goiânia e em processo de expansão para todo o estado de Goiás. Foi instituído em 2000, pelo promotor de justiça Haroldo Caetano. Organiza-se a partir de convênio de cooperação técnica e operacional entre as Secretarias de Saúde e Justiça, Tribunal de Justiça e Ministério Público de Goiás. Ver: GOIÁS. **Termo de convênio de cooperação técnica e operacional referente à implementação do programa de Atenção Integral ao Louco Infrator**, de 26 de outubro de 2006. Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça.

³¹ O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) está vinculado institucionalmente à estrutura do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Ver: MINAS GERAIS. Resolução nº 633, de 4 de maio de 2010. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do projeto Novos Rumos, no âmbito do Tribunal de Justiça, e sua implementação em todas as comarcas do Estado de Minas Gerais.**

O instituto da medida de segurança deve ser avaliado por uma razão crítica. Dentro ou fora do manicômio judiciário, não há modelo de assistência que possa verdadeiramente libertá-lo enquanto estiver submetido a qualquer forma de controle adotada pelo sistema penal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou sistematizar, ainda que de maneira limitada, o controle penal da loucura. Para tanto, retomou-se construções próprias da idade clássica, com a História da Loucura de Foucault, do positivismo criminológico e da psiquiatria tradicional para verificar como elas são reproduzidas no presente. Inicialmente, foi recuperada a trajetória europeia e norte americana para observar como as construções teóricas nessas localidades são absorvidas e moldadas à realidade brasileira.

Ainda no primeiro capítulo, desenvolveu-se o conceito de periculosidade adotado pela doutrina da medida de segurança, bem como, partindo de tal concepção, operou-se a sistematização do conceito da medida e indicou sua construção normativa. A medida de segurança é, portanto, um sistema constitutivo, tendo em vista que o processo de institucionalização não se restringe ao aspecto físico e espacial da internação e aplica-se a qualquer indivíduo potencialmente perigoso.

No Brasil, a medida de segurança foi incorporada ao Código Penal de 1940, configurando o marco institucional de uma disciplina própria dos loucos infratores. Contudo, identificou-se que, na prática, a internação penal já acontecia nos manicômios judiciais brasileiros antes mesmo dessa consolidação legal e doutrinária. Esse mostrou-se um traço bastante revelador sobre a sensibilidade político-sanitária do Brasil, que inclusive foi o primeiro país da América Latina a construir um manicômio judiciário e que ainda hoje é resistente em abrigar pacientes em conflito com a lei na rede de atenção psicossocial e nos hospitais gerais.

O instituto da medida de segurança chegou ao Brasil com os sincretismos das Escolas Ecléticas. Somou-se a essas particularidades, a postura do legislador brasileiro, que manteve a indeterminação temporal, em homenagem à sua finalidade terapêutica, mas tentou atribuir-lhe exigências características da aplicação da sanção penal, bem como dar-lhe contornos de prática retributiva. Essas incompatibilidades lógico-normativas aglomeradas em um mesmo instituto cercou a medida de segurança de contradições insanáveis.

Com todas as problemáticas existentes, a percepção jurídica e social sobre a injustiça da medida de segurança, em geral, limita-se à questão da indeterminação de seu patamar máximo e pouco se fala, por exemplo, sobre a gravidade de uma determinação mínima

estabelecida abstratamente em lei. Os efeitos de um ou de três anos de internação manicomial são igualmente graves, especialmente considerando a realidade precária dos hospitais de custódia e das alas de tratamento psiquiátrico.

Mesmo no caso de esforços contrários à aplicação da medida de segurança, eles geralmente são seletivos à internação e o enfoque do discurso antimanicomial, de forma indireta, parece acabar legitimando a medida de segurança na forma de tratamento ambulatorial pelo fato desta ser cumprida em meio aberto. Nesse sentido, é necessário retomar a análise a partir da razão crítica de Baratta, compreendendo a medida de segurança enquanto defesa social e não enquanto tratamento.

Os movimentos reformistas da psiquiatria contemporânea proporcionaram um amadurecimento teórico bastante significativo sobre a questão da institucionalização. Entre eles merece destaque a experiência italiana, tomada como referência pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira. Em décadas de ativismos político e teórico, o movimento passou pela reflexão mais ampla acerca do processo de institucionalização e pelas estratégias específicas de uma luta antimanicomial. No Brasil, todo esse processo resultou na Lei nº 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

Ao longo da restrita produção deste trabalho, observou-se que os movimentos antimanicomiais não priorizaram as discussões acerca dos manicômios judiciários e da medida de segurança, bem como tais temáticas não foram explicitamente contempladas pela Lei da Reforma.

Pensa-se na possibilidade de que pautas aparentemente mais urgentes - a redemocratização do país após um longo período de ditadura civil-militar, a reforma sanitária e o fato de os manicômios “comuns” concentrarem maioria quantitativa de pacientes em situação de violações graves de direitos – tenham demandado maior atenção dos movimentos sociais naquelas circunstâncias. Sendo plausível ou não essa justificativa, é fato que mesmo após dezesseis anos da vigência da referida lei não se estabeleceu um consenso sobre o seu alcance no campo do controle penal.

Mencionou-se que, apesar dessa ausência de disciplina própria e consistente sobre o tema, desenvolveram-se o PAILI e o PAI-PJ, duas significativas experiências de assistência aos pacientes em conflito com a lei que trabalham a partir do marco da reforma. Ambos os programas resgatam a dimensão da subjetividade desses indivíduos e buscam a articulação junto a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Contudo, as conquistas do movimento antimanicomial, as quais ainda estão em processo de consolidação, parecem encontrar-se ameaçadas por graves retrocessos gerados especialmente pela crise progressiva induzida pelas políticas neoliberais. Entre eles destacam-se o desinvestimento nas políticas sociais em geral, especialmente no SUS, o resgate da internação provisória (Lei nº 12.403/2011) como legitimação de uma prática higienista e de limpeza urbana dos usuários de drogas e das pessoas em situação de rua, a proliferação de comunidades terapêuticas de natureza privada, e a crise política brasileira como um todo.

Percebeu-se que novas versões de preventivismo jurídico e psiquiátrico integram-se para justificar a expansão do controle penal sobre esses sujeitos. As práticas asilares que envolviam a loucura moral do século XVIII são muito semelhantes, por exemplo, às que almejam limpar a cidade, internando usuários de drogas e pessoas em situação de rua. Ou seja, as políticas criminal e penitenciária brasileiras estão divididas entre discursos que ora aderem às diretrizes da reforma psiquiátrica ora adotam um modelo de internação pautado no preventivismo.

O legislativo depara-se com a mesma contradição - entre décadas de luta pela reforma psiquiátrica e a recente promulgação de leis que autorizam a internação provisória. No judiciário, salvo algumas exceções, a tendência tem sido pela limitação temporal das medidas de segurança sem, contanto, avançar na recepção da Lei da Reforma Psiquiátrica no campo penal.

Ao final deste trabalho restou evidente que a subjetividade do indivíduo com sofrimento mental não é contemplada nas atuais práticas judiciárias. Diante desses apontamentos, inexistente a possibilidade de resgatar qualquer coerência interna ao sistema das medidas de segurança.

Embora a sensibilização do executivo, do judiciário, do legislativo e da sociedade - durante e após as reivindicações do movimento antimanicomial e da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica - seja necessária, ela não é suficiente para dissolver as contradições inerentes a esse instituto. Da mesma forma, não acredita-se em uma legitimação externa, tendo em vista que a doutrina da medida de segurança implica um olhar objetivador da loucura, que desconsidera o louco infrator enquanto sujeito autônomo e de direitos.

Pensar sobre o controle penal da loucura é, em sua essência, questionar tradições doutrinárias e rótulos que encontram-se arraigados no imaginário social, sem ter, entretanto,

uma resposta pronta para todas as problemáticas identificadas. É necessário pensar em alternativas terapêuticas que encontrem suporte em políticas públicas para os sujeitos com sofrimento mental em conflito com a lei, especialmente no SUS e na RAPS, assim como na atuação conjunta da comunidade.

Contudo, acredita-se ser primordial e urgente o desenvolvimento de uma teoria consistente e minuciosa sobre o tema, que segue ainda sendo bastante negligenciado tanto pelas ciências *psi* como pelas ciências *ius*. O objetivo deste modesto trabalho consistiu em sistematizar parte das principais teorias que relacionam-se aos debates em torno dos sujeitos com sofrimento psíquico em conflito com a lei para, a partir deste ponto, avançar rumo a novos estudos e pesquisas sobre a temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **A ilusão de segurança jurídica: do controle da violência à violência do controle penal**. 1. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997.

_____. Do paradigma etiológico ao paradigma da reação social: mudança e permanência de paradigmas criminológicos na ciência e no senso comum. **Revista Sequência**, v. 16, n. 30, 1995.

BARATTA, Alessandro. **Criminologia crítica e crítica do direito penal: introdução à Sociologia do Direito Penal**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada: Relato de um hospital psiquiátrico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. Entrevista com Franco Basaglia. In: MUNIERA, Bernardo (Org.). **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. Rio de Janeiro: Salvat Editora do Brasil, 1979.

BIRMAN, Joel. A cidadania treloucada: In: BEZERRA, Benilton; AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Duramá, 1992.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: Parte Geral**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Institui o Código Penal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm. Acesso em: 25 de julho de 2017.

_____. Lei n. 7.209, de 11 de julho de 1984. **Altera Dispositivos do Decreto-Lei n. 2.848 de 7 de dezembro de 1941 – Código Penal e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7209.htm. Acesso em: 25 de julho de 2017.

_____. Exposição de motivos da nova parte geral do Código Penal. Lei n. 7.209, de 11 de julho de 1984. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7209-11-julho-1984-356852-exposicao-demotivos-148879-pl.html>. Acesso em 25 de julho de 2017.

_____. Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. **Institui a Lei de Execução Penal.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm. Acesso em: 25 de julho de 2017.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 de julho de 2017.

_____. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 25 de julho de 2017.

_____. Lei n. 12.403, de 4 de maio de 2011. **Altera dispositivos do Decreto-Lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal, relativos à prisão processual, fiança, liberdade provisória, demais medidas cautelares, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112403.htm. Acesso em: 25 de julho de 2017.

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

CARVALHO, Salo de. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro.** 2. ed. Saraiva, 2015.

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

FOUCAULT, Michel. A evolução da noção de “indivíduo perigoso” na psiquiatria legal do século XIX. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos & Escritos**, v. V, Rio de Janeiro/ São Paulo: Forense Universitária, 2006.

_____. **História da loucura na idade clássica.** 10. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.

_____. _____. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

_____. **Microfísica do poder.** 21. ed. São Paulo: Paz na Terra, 2005.

_____. **Os anormais:** curso no Collège de France (1974-1975). 1. ed. São Paulo: Martins

Fontes, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de direito penal: parte geral**. 17. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

GOIÁS. **Termo de convênio de cooperação técnica e operacional referente à implementação do programa de Atenção Integral ao Louco Infrator**, de 26 de outubro de 2006. Secretaria de Estado da Saúde e já Justiça. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/10/docs/paili_livreto_edicao_bloqueada.pdf. Acesso em: 25 de julho de 2017.

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

LOMBROSO, Cesare. **O homem delinquente**. São Paulo: Ícone, 2013.

MINAS GERAIS. Resolução n. 633, de 4 de maio de 2010. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do projeto Novos Rumos, no âmbito do Tribunal de Justiça, e sua implementação em todas as comarcas do Estado de Minas Gerais**. Disponível em: www.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/re06332010.PDF. Acesso em 25 de julho de 2017.

SANTOS, Juarez Cirino dos. **Direito Penal: parte geral**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. 1. ed. Campinas: Papel Social, 2016.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **Entre silêncios e invisibilidades: os sujeitos em cumprimento de medida de segurança nos manicômios judiciais brasileiros**. Tese de doutorado apresentada no curso de Pós- graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. **Direito Penal brasileiro I**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal brasileiro: parte geral**. 5^a ed. rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.