



PUC

DEPARTAMENTO DE
DIREITO

O TRATAMENTO PENAL DA LOUCURA NO ORDENAMENTO BRASILEIRO

por

JULIANA MOREIRA STREVA

**ORIENTADORA E COORIENTADORA:
Bethânia Assy e Letícia Paes**

2012.2

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 - CEP 22453-900, RIO
DE JANEIRO - BRASIL

O TRATAMENTO PENAL DA LOUCURA NO ORDENAMENTO BRASILEIRO

por

JULIANA MOREIRA STREVA

Monografia apresentada
ao Departamento de
Direito da Pontifícia
Universidade Católica do
Rio de Janeiro (PUC-Rio)
como requisito parcial
para obtenção do título de
Bacharel em Direito.

Orientadora e
Coorientadora: Bethânia
Assy e Letícia Paes

2012.2

Agradecimentos

Agradeço a minha família por todo amor, carinho e apoio.

Agradeço a todos os loucos artistas, pensadores, escritores que me iluminaram e impulsionaram na exploração deste tema.

Agradeço a todos os integrantes queridos do Núcleo de Direitos Humanos, que muito me ensinaram no direito e na vida e que me deram a oportunidade de vivenciar momentos inesquecíveis.

Agradeço a minha orientadora e coorientadora por todo o auxílio.

Agradeço a você, que está lendo o meu trabalho.

Resumo

O trabalho se propõe à análise crítica do tratamento penal vigente no ordenamento brasileiro destinado aos “loucos”. Para tanto, será realizada uma abordagem multidisciplinar que abrange desde a construção social da loucura, realizada principalmente na Idade Clássica, até o tratamento penal vigente. Assim, serão analisados: i) como que, após a segregação física e a construção das instituições manicomiais, foi realizada a patologização pelas ciências médicas do comportamento desviante, passando o “louco” a ser considerado doente mental; ii) a Luta Antimanicomial e seu fortalecimento no contexto brasileiro pós ditatorial; iii) a criação dos parâmetros internacionais dos direitos humanos das pessoas portadoras de deficiência física; iv) para finalmente enfrentar a problemática legislação das medidas de segurança, como ela está em desacordo com a Constituição e desrespeitando a Lei 10.216 de 2001; v) por fim, será analisado o Anteprojeto do Novo Código Penal e, como todas as incongruências deste instituto penal vêm sendo ignoradas e não devidamente compatibilizadas com os direitos humanos internacionais e com o próprio direito brasileiro.

Palavras-chave: Manicômio judiciário, Loucura, Direitos Humanos, Medida de Segurança, Movimento Antimanicomial.

Sumário

Agradecimentos	03
Resumo	04
Abreviaturas Utilizadas	07
Introdução	08
Capítulo I: Da construção social da loucura e dos locais de exclusão	11
1.1. História ocidental da loucura	12
1.2. A loucura como doença mental	21
1.3. As instituições totais e a criação do manicômio	24
Capítulo II: A proteção dos direitos humanos e o movimento antimanicomial brasileiro	28
2.1. Surgimento do Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil	28
2.2. Previsões do direito internacional de proteção dos direitos humanos quanto à saúde mental	30
2.3. Realidade manicomial: Relatórios de Direitos Humanos	32
2.4. Corte Interamericana de Direitos Humanos e o Caso <i>Ximenes Lopes v. Brasil</i>	34
2.4.1. Fatos do caso	34
2.4.2. Decisão da Corte IDH: a vulnerabilidade, o dever de respeitar o princípio da autonomia e da intimidade do paciente, a medida sujeição como último recurso e a responsabilidade internacional do Estado brasileiro	35
2.4.3. Reparações	38
Capítulo III: O tratamento dos <i>loucos</i> pelo direito penal brasileiro	39
3.1. O surgimento das medidas de segurança	39
3.2. Análise histórica do ordenamento penal brasileiro e a adoção das medidas de segurança	41

3.3. Tratamento dos <i>doentes mentais</i> pelo ordenamento penal brasileiro vigente	44
3.3.1. A inimputabilidade	44
3.3.2. A periculosidade	47
3.3.3. O prazo indeterminado	49
3.3.4. A absolvição da pena e a aplicação do tratamento em manicômio judiciário	53
3.4. A Lei de Reforma Psiquiátrica	55
3.5. Para onde estamos rumando: modificações implementadas e o Anteprojeto do Novo Código Penal	60
3.5.1. Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator	60
3.5.2. O Anteprojeto do Novo Código Penal	61
Conclusão	64
Bibliografia	67

Abreviaturas Utilizadas

art./arts.	Artigo/Artigos
ANCP	Anteprojeto do Novo Código Penal
CADH	Convenção Americana de Direitos Humanos
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
Corte/Corte IDH	Corte Interamericana de Direitos Humanos
Corte EDH	Corte Europeia de Direitos Humanos
CP	Código Penal
CPP	Código de Processo Penal
CRFB	Constituição da República Federativa Brasileira
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OEA	Organização dos Estados Americanos
ONU	Organização das Nações Unidas
PAILI	Programa de Atenção ao Louco Infrator
par.	Parágrafo
p.	Página/Páginas
SUS	Sistema Único de Saúde

Introdução

O presente trabalho buscará a reflexão do problemático e ainda vigente tratamento penal dos considerados “loucos” nos manicômios judiciários. Este tema começou a me instigar há alguns anos, já que muito me incomoda a forma superficial com que era, e ainda é, abordada a medida de segurança, como uma medida protetiva de tratamento dos “loucos” pelo sistema penal. Todavia, é notório que a aplicação do defeituoso sistema penal não gera a ressocialização do punido, especialmente, relacionado ao grupo marginalizado e vulnerável dos considerados “sem razão”. Grupo este que vem sendo historicamente excluído, desvalorizado e silenciado pela sociedade. O tema também muito me motivou pela rica abordagem de disciplinas distintas, como a filosofia, psicologia, sociologia, e, claro, o direito, apesar de este último em muito se silenciar no que concerne ao pensamento crítico de seus dispositivos referentes à “loucura”.

De início, destaco a dificuldade terminológica ao lidar com a “loucura”, pois o indivíduo considerado fora dos padrões de normalidade social é tratado com uma vasta quantidade de expressões, desde “louco”, “insano”, “doido”, “maluco”, por exemplo, ligados a vasta produção artística, intelectual, que representa uma imagem de liberdade não tolerada,¹ e também muitas vezes empregadas com carga pejorativa para valorar o seu comportamento; como também “doente mental”, “pessoa portadora de deficiência mental”, “alienado”, dentre outros termos, utilizados com uma carga médica, patologizante e, supostamente, neutra. Assim, todos estes termos designam o

1 BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ª edição. Rio de Janeiro: GRAAL, 2001. p. 256.

mesmo grupo de pessoas que vêm sendo segregadas do meio social e serão aqui empregados sem qualquer carga pejorativa ou diminutiva.

A problemática mencionada se manifesta desde a exclusão social da loucura, em sua patologização, nas péssimas condições das instituições totais, até na sanção penal ainda vigente defendida como tratamento. No entanto, para não ficarmos escravos das noções estabelecidas e adotadas pelas ciências jurídica e médica, o trabalho não se limitará a uma análise científica da loucura, sob pena de reduzir o debate e a análise crítica de sua posituação. Desta forma, visando desmascarar o discurso ideológico que transformou a loucura em uma ameaça social e também buscando conhecer um pouco do que se filosofou sobre ela,² este trabalho foi dividido em três capítulos.

No primeiro capítulo, será abordado, com a perspectiva teórica foucaultiana e basagliana: como foi realizada a construção social da loucura no ocidente; como esta segregação que veio para substituir o fim da lepra se solidificou na “loucura”, gerando, posteriormente, a patologização desta pela ciência; e, por fim, abordando o modelo da instituição total criado pelo Estado para lidar com esta questão.

No segundo capítulo, serão analisados: o movimento antimanicomial no Brasil; a ineficiência do modelo de tratamento; os parâmetros internacionais sobre o tema, com a análise dos documentos da ONU e da OEA; as denúncias das condições desumanas e degradantes das instituições; e as violações de direitos humanos em um caso concreto que resultou na primeira condenação internacional do Estado brasileiro no Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos.

Após a essencial análise destes pontos, adentraremos com o terceiro capítulo no tratamento penal dado aos considerados “loucos” pelo

2 JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Saúde mental e direito: um diálogo entre a reforma psiquiátrica e o sistema penal*. Brasília, 2003. p. 8.

ordenamento brasileiro. Assim, serão apresentados desde o surgimento das medidas de segurança, com a análise principal da obra de Ferrari; a sua adoção pelo ordenamento brasileiro com o acompanhamento histórico deste, até a análise do ordenamento penal vigente e as suas incongruências, analisando criticamente, assim, os manuais penais brasileiros de Bitencourt, Zaffaroni, Pierangeli, Mirabete e Greco; assim como o desrespeito à Lei nº 10.216 que instituiu a reforma psiquiátrica e os direitos das pessoas “portadoras de deficiência mental”; e, enfim, para onde estamos indo com o possível advento do novo Código Penal.

Capítulo I: Da construção social da loucura e dos locais de exclusão

“Suponho o espírito humano uma vastar concha, o meu fim, Sr. Soares, é ver se posso extrair a pérola, que é a razão; por outros termos, demarquemos definitivamente os limites da razão e da loucura. A razão é o perfeito equilíbrio de todas as faculdades; fora daí insânia, insânia e só insânia”.³

De onde teria vindo a noção cultural e, posteriormente, médica, de que o comportamento que se difere do padrão seria fruto de uma doença localizada na mente de uma pessoa?

Para explicar isso, Ruth Benedict sustenta que cada cultura elege determinadas virtualidades que formariam a “constelação antropológica do homem”.⁴ Por exemplo, a cultura dos Kwakiutl valoriza a exaltação do eu individual, enquanto a dos Zuni seria o diametralmente oposto. Segue ainda exemplificando que a agressão é uma conduta privilegiada em Dobu, reprimida entre os Pueblo. Dessa maneira, cada cultura forma e determina como doença o conjunto de virtualidade antropológicas que ela busca reprimir.⁵

De maneira semelhante, Émile Durkheim entende que são considerados patológicos os fenômenos sociais que se afastam da média, ou por marcarem uma etapa superada de uma evolução anterior, ou por anunciar a próxima fase de um desenvolvimento que mal se esboça. Logo, um fato social só é analisado como normal levando em consideração determinada sociedade em relação a uma fase temporal também determinada.⁶

3 ASSIS, Machado de. *Helena e O alienista*. Três livros e fascículos, 1984. p. 205.

4 FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Edições Tempo Brasileiro Ltda., Rio de Janeiro, 1968. p. 72.

5 Ibid. p. 72.

6 Ibid. p. 72.

Não só Durkheim, mas também psicólogos americanos, conforme expõe Michel Foucault, analisaram que a determinação da natureza da doença é fruto de uma construção cultural, devido ao fato de que “nossa sociedade não quer reconhecer-se no doente que ela persegue ou que encerra; no instante mesmo em que ela diagnostica a doença, exclui o doente”.⁷ Explica Foucault que:

“o louco não é reconhecido como tal pelo fato de a doença tê-lo afastado para as margens do normal, mas sim porque nossa cultura situou-o no ponto de encontro entre o decreto social do internamento e o conhecimento jurídico que discerne a capacidade dos sujeitos de direito”.⁸

No mesmo sentido, Franco Basaglia aponta que o hospital psiquiátrico pode nos ensinar muito sobre a sociedade em que vivemos, na qual o “oprimido é cada vez mais afastado da percepção das causas e dos mecanismos da opressão”.⁹ Assim, é a própria apreciação do meio social que acaba por definir o que se chama doença, sendo o doente “um conceito geral de não-valor que compreende todos os valores negativos possíveis”.¹⁰

Urge, portanto, neste primeiro capítulo, a análise de como foi e por que a cultura ocidental pós renascença realizou o movimento segregador e patologizou determinados comportamentos como doença mental.

1.1. História ocidental da loucura

A história da loucura toma início no final da Idade Média, momento no qual a lepra, principal motivo para exclusão e internações, desaparece do mundo ocidental, fazendo-se necessária uma nova encarnação do mal nos

7 Ibid. p. 74.

8 FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na Idade Clássica*. 8ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2009. p. 133.

9 BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ª edição. Rio de Janeiro: GRAAL, 2001. p. 271.

10 CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. p. 93.

séculos XIV ao XVII.¹¹ Um alto número, para época, de lugares para internamento passaram a ficar vazios devido o desaparecimento da lepra:

“[p]ara um milhão e meio de habitantes no século XII, Inglaterra e Escócia tinham aberto, apenas as duas, 220 leprosários. Mas já no século XIV o vazio começa a se implantar: no momento em que Ricardo III ordena uma perícia sobre o hospital Ripon (em 1342) ali não há mais leprosos, atribuindo ele aos pobres os bens da fundação. O Arcebispo Puisel fundara ao final do século XII um hospital no qual, em 1434, apenas dois lugares tinham sido reservados para os leprosos, caso se pudesse encontrá-los.¹² Em 1348, o grande leprosário de Saint-Alban contém apenas 3 doentes; o hospital de Romenall, em Kent, é abandonado vinte quatro anos mais tarde, por falta de leprosos. Em Chatham, a gafaria de São Bartolomeu, estabelecida em 1078, tinha sido uma das mais importantes da Inglaterra: sob o reinado de Elizabeth, ali são mantidas apenas duas pessoas, e ela é finalmente suprimida em 1627.”¹³

O mesmo movimento ocorreu em Leipzig, Munique, Hamburgo, por exemplo, fazendo com que os leprosários fossem inicialmente ocupados por outras doenças, principalmente as venéreas.¹⁴

O período da renascença foi marcado pelo seu caráter liberador que enfatizou a loucura humana através da inquietude abordada pelo tema da morte.¹⁵ Com a mudança do período da renascença para o clássico, ocorre uma abrupta mudança referente ao tratamento da loucura. Esta tinha apresentado a principal dúvida concernente no século XVI: a ausência de certeza, seja a de se estar sonhando, seja a de ser louco. Já o período clássico abraça-se à razão em busca de fazer desaparecer este perigo antigo tão marcante.¹⁶

Esse movimento segregador da loucura organizou, de forma complexa, uma nova maneira de reagir em face dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade na época. O exercício do trabalho começava a alcançar o status de dignificador do homem. Surge, então, uma nova ética do trabalho que influía em uma obrigação moral com a sociedade e com a lei civil, instaurando uma transcendência ética no trabalho, e condenando,

11 FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na Idade Clássica*. 8ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2009. p. 3.

12 HOBSON, John Morrisson. *Some early and later Houses of Pity*, p. 12 e 13. Apud Ibid. p. 5.

13 MERCIER, A. *Leper Houses and Medieval Hospitals*, p. 19. Apud Ibid. p. 5.

14 Ibid. p. 6 e 7.

15 Ibid. p. 16.

consequentemente, a ociosidade, em busca de superar os problemas econômicos.¹⁷

É de se destacar ainda que foi durante a época clássica que o corpo passou a ser analisado como objeto e alvo de poder – objeto este que se manipula, se modela e se treina.¹⁸ O corpo passa, então, a ser adestrado, transformando-se em dócil, manipulável, utilizável, compatível com o novo modelo de produção.¹⁹ A “mecânica do poder” desarticula e recompõe os corpos humanos, tornando-os submissos e preparados para o seu papel social – que é o trabalho, a produtividade, visando superar a crise.²⁰

Para tanto, foi feita a divisão fundamental entre a razão e a loucura, o bem e o mal, baseada na moral racional ilustrada pela máxima de René Descartes “penso, logo existo”. A causa da loucura era entendida como um tipo de imoralidade, seja pelo excesso seja pelo desvio.

Essa moral estabelecida foi fortemente criticada por Friedrich Nietzsche que aponta que toda moral é contrária à liberdade, o *laissez aller*, e é tirânica sobre a natureza e a razão. Esclarece ainda que a moral possui como essência uma prolongada coação.²¹ Ainda, Franco Basaglia destaca que os conceitos do “bem” e do “mal” passaram a ser vistos não apenas como uma norma ética, mas também social e até mesmo científica, repondo-se a todo o momento na forma de modelos.²² A sociedade organizou-se através desta divisão radical entre os que têm e os que não têm, “da qual resulta a subdivisão mistificadora entre o bom e o mau, o são e o doente, o respeitável e o não-respeitável.”²³ No

16 Ibid. p. 47.

17 FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na Idade Clássica*. 8ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2009. p. 55, 56, 71 e 73.

18 FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 33ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 117.

19 Ibid. p. 118.

20 Ibid. p. 119.

21 NIETZSCHE, Friedrich. *Além do bem e do mal: prelúdio a uma filosofia do futuro*. Porto Alegre, RS: LP&M, 2008. p. 110 e 111.

22 BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ª edição. Rio de Janeiro: GRAAL, 2001. p. 181.

23 BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ª edição. Rio

mesmo sentido, Foucault defende que o controle dos elementos significativos do comportamento deriva de uma coerção ininterrupta, constante; nomeando os métodos de controle das operações do corpo de “disciplina”.²⁴

No decorrer da era clássica houve a generalização do exercício da disciplina.²⁵ A aplicação do exercício da disciplina ocorre através de uma vigilância hierarquizada, o que acarretou na formação das chamadas sociedades disciplinares que visavam um adestramento, uma transformação dos corpos em dóceis e produtivos, que precederam a estruturação das grandes formas de confinamento.²⁶

Com o desenvolvimento das técnicas de vigilância, ocorreu o que o Foucault nomeia de “física do poder”, ou seja, um domínio sobre o corpo que se estabelece em conformidade com os espaços, graus, feixes, sem fazer uso direto, em princípio, da força ou da violência.²⁷

Assim, a disciplina representou uma maneira específica de punir que consistia em penalizar tudo o que era inadequado à regra, tudo o que se afastava dela.²⁸ Este controle foi considerado, portanto, normalizante, vinculado a uma vigilância que possibilitava qualificar o indivíduo, classificá-lo, para depois puni-lo.²⁹

É evidente que o capitalismo manteve como elemento constante a miséria da maior parte da população mundial. Assim, o controle exercido é suportado principalmente pelas camadas mais pobres, que se transformam em uma linguagem numérica de cifras, em indivíduos “dividuais”.³⁰

de Janeiro: GRAAL, 2001. p. 101.

24 FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 33ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 118.

25 Ibid. p.173.

26 DELEUZE, Gilles. *Conversações, 1925-1995*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p. 219. Ibid. p. 143 e 148.

27 Ibid. p. 148

28 Ibid. p. 149.

29 Ibid. p. 154.

30 DELEUZE, Gilles. *Conversações, 1925-1995*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p. 221 e 224.

Cabe frisar que esta moral, fundada na disciplina e exercida pela prolongada “coação”, não foi responsável apenas em dividir abstratamente o bem e o mal, como também em promover a separação física destes, criando espaços de internamento, nos quais haveria a redenção dos loucos aos “pecados contra a carne e às faltas contra a razão”.³¹ Logo, a loucura é vista como a ausência da razão moral e da razão ética, se aproximando da ideia do pecado. Ela desenvolveu, por séculos, um parentesco entre desatino e culpabilidade, ainda hoje experimentada e, teoricamente, descoberta pelo médico como a verdadeira natureza do “doente”.³²

No mesmo sentido expôs Carl Gustav Jung, apontando a crença popular de que a loucura era derivada de um espírito do mal e doente, o que justificava, na época, o emprego de métodos de tratamentos como o exorcismo.³³ Foucault também indica que muito se afirmou que o louco era um “possuído”, até o advento da medicina positiva.³⁴

Com a ampliação das instituições de internação, o médico retorna o seu poder perdido ao exorcista, e passa a ser ordenador “não só da vida (psíquica) do paciente, mas também o agente da ordem social, da moral dominante”.³⁵

Foucault esclarece que a era clássica não inaugurou a história da “racionalização utilitária do detalhe na contabilidade moral e no controle público”, mas que a acelerou e forneceu um terreno propício para o seu desenvolvimento.³⁶ Com este novo prisma, os corpos não dóceis foram associados aos ociosos. Esses que não se adequavam a tal mecânica do poder foram, conseqüentemente, tidos como marginais à ordem e considerados como

31 FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na Idade Clássica*. 8ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2009. p. 87.

32 Ibid. p. 87.

33 JUNG, Carl Gustav. *Psicogênese das doenças mentais*. 3ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 143.

34 FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro Ltda., 1968. p. 75

35 PESSOTTI, Isaias. *O século dos manicômios*. Rio de Janeiro, Editora 34, 1996. p. 128.

36 FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 33ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 120.

perturbadores do espaço social, associados com a pobreza, aos miseráveis, aos vagabundos.

A estigmatização de determinados grupos permitiu e ainda permite que conflitos e problemas sociais fossem atribuídos aos “outros”, os que margeiam a sociedade. Há, assim, uma inversão, como expõe Jock Young, da realidade causal, pois, em vez de identificarmos os problemas sociais como núcleo básico de violações da ordem social, ocorre o contrário. A resposta simplista e invertida de como acabar com os problemas sociais se consubstanciou no confinamento dos grupos marginais desviantes, frutos dos problemas sociais, e não em enfrentar os próprios problemas.³⁷

O século XVII apresentou os indícios da onda maciça de internamentos, passando a ser abordado como assunto de polícia.³⁸ Assim, a crise e o consequente aumento do número de pobres fizeram com que as casas de internamento retomassem a sua real significação, que é a econômica. A era clássica traçou essa linha divisória entre o trabalho e a ociosidade, substituindo assim o vazio que o fim da lepra havia deixado na grande exclusão.³⁹

Cabe destacar que o mercado de trabalho como fator excludente não se limitou à época clássica. Segundo Jock Young, ocorreu um processo de exclusão social ao longo dos anos oitenta, devido, principalmente, à separação dos mercados de trabalho e ao aumento maciço do desemprego. Estes fatores acarretaram também na ociosidade.⁴⁰ É nítido, portanto, que esta divisão do trabalho e a percepção da ociosidade, causadora de grande exclusão social, permanece ainda ativa e constante nos dias de hoje.

Além desta relação com a economia, Roy Porter aponta outra implicação econômica, a formação do “comércio da loucura” centrado no

37 YOUNG, Jock. *A sociedade excludente: exclusão social, criminalidade e diferença na modernidade recente*. Rio de Janeiro: Revan, 2002. p. 165.

38 FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na Idade Clássica*. 8ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2009. p. 63.

39 Ibid. p. 67, 72 e 78.

40 YOUNG, Jock. *A sociedade excludente: exclusão social, criminalidade e diferença na*

manicômio particular e no abrupto crescimento deste.⁴¹ Essa implicação também foi apontada pelo Conselho Federal de Psicologia brasileiro, em 2001, que afirmou que ainda existiam os que tiravam proveito com a ordem manicomial e por isso, a defendia e patrocinava.⁴²

Durante o século XIX o internamento não era uma temática particular referente ao conflito de um indivíduo com a sua família, mas era considerado assunto de ordem pública.⁴³ Ocorreu, por exemplo, uma mudança radical de tratamento de procedimentos “mágicos”, como a feitiçaria, comum à época, e de outras práticas supersticiosas. Estas passaram a ser desprovidas de sentido e conteúdo, e viraram objeto de repressão, através do Édito de 1682 que previa que “toda pessoa que se ocupe com adivinhações deverá abandonar o Reino imediatamente”, e também que toda prática supersticiosa deverá ser punida exemplarmente.⁴⁴

Neste período foram criadas inúmeras casas de internamento por toda Europa, havendo milhares de internações referentes aos comportamentos desviantes. Como dado ilustrativo deste grande movimento segregador, um em cada cem habitantes na cidade de Paris foi confinado em alguma das casas de internamento.⁴⁵ Ainda, estavam internados seis mil cidadãos parisienses, ou seja, 1% de sua população, no único Hospital Geral de Paris.⁴⁶

A Igreja também participou do movimento, reafirmando o seu caráter moral e ético da época. Ela passou a reformar suas instituições hospitalares, antigamente utilizadas como leprosários, recebendo assim o seu substituto. O

modernidade recente. Rio de Janeiro: Revan, 2002. p. 23 e 28.

41 PORTER, Roy. *Uma história social da loucura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990. p. 213.

42 SILVA, Marcus Vinicius. *A Instituição Sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, Comissão Nacional de Direitos Humanos, 2001. p. 6.

43 FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na Idade Clássica*. 8ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2009. p. 83 e 92.

44 DELAMARE. *Traité de la Police*, I, p. 562. Apud Ibid. p. 96.

45 Ibid. p. 48.

46 Ibid. p. 55.

fato de se criar casas de internamento nos antigos leprosários, foi prática muito comum na época.⁴⁷

Logo, fica evidente que o internamento não teve coerência médica, psicológica ou psiquiátrica, mas apenas a unidade institucional do caráter de “polícia”.⁴⁸ A loucura foi investida no mundo social e lhe foi atribuída rapidamente, em menos de cinquenta anos em toda a extensão europeia, um domínio limitado e excludente.⁴⁹ Desta forma, é fundamental enfatizar que a internação que atualmente atribuímos à finalidade de um tratamento médico, ou pelo menos a maioria prefere assim supor, foi empregada historicamente com preocupações muito distintas. Em uma sociedade que se formava um modelo de produção, a internação foi empregada pelo imperativo do trabalho, através da punição dos ociosos, inicialmente também em *workhouses*, sem que houvesse qualquer relação com a teórica benevolência da suposta doença.⁵⁰

O banimento da loucura substituiu, portanto, o vazio que os portadores da lepra deixaram. Todavia, cabe a distinção de que a internação dos leprosos se baseava em uma doença visível, já o novo emblema do mal atribuído na época clássica não era visivelmente notável, mas de secreta e subjetiva identificação, relacionado posteriormente com o conhecimento científico.⁵¹

O indivíduo foi dormir na época renascentista e acordou metamorfoseado na era clássica em um monstro horrível à sociedade. Não se trata aqui de um enorme inseto, como abordado por Franz Kafka em *A metamorfose*, mas de um louco que representava um perigo à ordem social, um problema de ordem pública, uma questão de polícia. Este louco, assim como um inseto asqueroso, foi visto como um ser estranho, intrigante, inconcebível, misterioso, incapaz de empatia, sinistro, amedrontador, resumindo impossível

47 Ibid. p. 51 e 52.

48 Ibid. p. 103.

49 Ibid. p. 104.

50 Ibid. p. 63.

51 Ibid. p. 105 e 107.

enxergar a ele como igual – definição de uma pessoa “louca” dada por Manfred Bleuler, psiquiatra suíço.⁵²

Respondemos à falta de adequação social, por um longo período, com a internação involuntária, com o aprisionamento dos loucos, vagabundos e ociosos.⁵³ Contudo, a partir de 1770 começa a haver um recuo da prática crescente do internamento. Isto, devido ao período de recessão que implicou em profunda crise econômica europeia.⁵⁴

Neste momento, toda a política de repressão e internamento foi questionada, demonstrando que se fazia necessária uma reforma urgente deste modelo. As críticas ao modelo do internamento surgiram devido ao fato deste incidir sobre o mercado de mão de obra barata.⁵⁵ A pobreza passa a ser enxergada como essencial para a riqueza. Com essa alteração de perspectiva, passa a haver o entendimento de que a pobreza não devia mais ser internada, mas sim posta em liberdade. Faz-se necessária, portanto, a distinção entre o pobre - possível mão de obra barata para o mercado em crise - e do pobre com comportamento que foge dos padrões sociais – inadequado à demanda de produção, passa a ser considerado doente.⁵⁶

Devido a esse movimento, a loucura passou a assumir uma categoria independente e distinta das demais figuras que também foram objetos de internamento. Sendo ela a última a sair do período do confinamento.⁵⁷

52 PORTER, Roy. *Uma história social da loucura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990. p. 31 e 32.

53 GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Editora Perspectiva, n. 91. p. 247.

54 FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na Idade Clássica*. 8ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2009. p. 403.

55 Ibid. p. 407.

56 Ibid. p. 410 e 413.

57 FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na Idade Clássica*. 8ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2009. p. 414.

1.2. A loucura como doença mental

A psiquiatria, antes de ser uma especialidade da medicina, se institucionalizou como domínio particular da proteção social, ou seja, como higiene do corpo social.⁵⁸ Cabe destacar, como aponta Foucault, que a primeira revista considerada especializada em psiquiatria foram os *Annales d'hygiène publique*, evidenciando o seu caráter inicial higienista.⁵⁹

Em 1801, Philippe Pinel publicou o Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental, inaugurando a psiquiatria como uma especialidade médica e o alienismo como primeiro modelo de medicina mental.⁶⁰ Neste *traité*, Pinel definiu loucura como o “desarranjo das funções mentais, notadamente as intelectuais”.⁶¹ A causalidade desta doença não pára de aumentar em uma multiplicidade sem organização,⁶² conforme expõe Sauvages:

“A perdição de nosso espírito provém de nos entregarmos cegamente a nossos desejos, de não sabermos refrear nossas paixões, nem moderá-las. Daí esses delírios amorosos, essas antipatias, esses gostos depravados, essa melancolia causada pelo desgosto, esses arroubos produzidos em nós por uma recusa, esses excessos no beber, no comer, esses incômodos, esses vícios corporais que causam a loucura, a pior de todas as doenças”.⁶³

A doença vista como patologia mental foi considerada a “alteração intrínseca da personalidade, desorganização interna de suas estruturas, desvio progressivo de seu desenvolvimento”.⁶⁴ Tentou-se, assim, definir a doença

58 FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo, Martins Fontes, 2001. p. 148.

59 Ibid. p. 148.

60 RAMÔA, Marise de Leão; MOTTA, Maria Euchares de Senna. *A desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica*: um estudo sobre o projeto Caps ad.. Rio de Janeiro, 2005. p. 76.

61 SILVA, Marcus Vinicius. *A Instituição Sinistra*: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, Comissão Nacional de Direitos Humanos, 2001. p. 14 e 15.

62 FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na Idade Clássica*. 8ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2009. p. 224.

63 SAUVAGES, *Nosologie méthodique*, VII, p. 12. Ibid. p. 226.

64 FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Edições Tempo Brasileiro Ltda., Rio de Janeiro, 1968. p. 14.

mental como “perturbações da personalidade”.⁶⁵ Logo, paradoxalmente, a personalidade torna-se a base de desenvolvimento da doença (realidade) ao mesmo tempo em que é o critério que permite julgá-la (medida da doença).⁶⁶

O termo doença que anteriormente só era aplicado para patologias orgânicas (doenças do corpo), passa a ter significação igual para a patologia mental (“doença do espírito”), que, evidentemente, exige métodos de análise diferenciados.⁶⁷ Conforme defende Foucault:

“Não se pode, então admitir prontamente nem um paralelismo abstrato, nem uma unidade maciça entre os fenômenos da patologia mental e os da orgânica; é impossível transpor de uma para outra os esquemas de abstrações, os critérios de normalidade ou a definição do indivíduo doente.”⁶⁸

A medicina árabe, a da Idade Média ou até mesmo a pós-cartesiana não admitiam essa distinção entre as doenças do espírito e a do corpo, pois a doença referia-se ao ser humano em sua totalidade. A organização de uma psicopatologia que considera a doença mental implica na organização de todo um novo sistema de práticas que dizem respeito a incapacidade civil do doente mental, a inimputabilidade penal, definição de critérios de cura, ou seja, “todo um conjunto que define numa cultura dada a vida concreta do louco”.⁶⁹

Com a patologização da loucura como doença mental, o internamento passa a ter o fundamento de tratamento de caráter médico. Este movimento se espalhou por toda Europa: Pinel na França, Tuke na Inglaterra e na Alemanha Wagnitz e Riel. Cabe destacar que eles não romperam com a prática já mencionada do internamento, mas sim a estreitaram em torno da loucura.⁷⁰

Posteriormente, Sigmund Freud introduziu a noção “dinâmica” com a qual, conforme explica Basaglia, costuma-se pensar que superou o velho modelo da doença mental como patologia do cérebro, já que foi constatado que

65 Ibid. p. 14.

66 Ibid. p. 15.

67 Ibid. p. 17.

68 Ibid. p. 20.

69 Ibid. p. 90.

70 FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Edições Tempo Brasileiro Ltda., Rio de Janeiro, 1968. p. 81.

as neuroses, e provavelmente as principais psicoses também, não se “desenvolviam sobre substrato de qualquer lesão demonstrável”.⁷¹

Assim, na maior parte dos casos, a hipótese de lesão cerebral é irrelevante, já que o distúrbio só adquire o sentido de doença devido à dinâmica social de determinado momento e espaço.⁷² Construiu-se, então, a doença que a sociedade excluía por não querer com ela identificar-se. Sendo assim, a patologização apenas uma casca superficial da operação da qual a loucura se insere no sistema dos valores e repressões morais da contemporaneidade, que traz o resultado estigmatizante da perda do valor social do indivíduo considerado louco.⁷³

A ciência médica, “ao definir a loucura como patologia e difundir a imagem da doença como um processo individual e não como, também, uma consequência de uma situação sócio-econômica definida”,⁷⁴ retira a dimensão social da análise da loucura e a neutraliza no campo da ciência como verdade-essência. No mesmo sentido, critica Foucault:

“As disciplinas veicularão um discurso que será o da regra, não da regra jurídica derivada da soberania, mas o da regra “natural”, quer dizer, da norma; definirão um código que não será o da lei mas o da normalização; referir-se-ão a um horizonte teórico que não pode ser de maneira alguma o edifício do direito mas o domínio das ciências humanas; a sua jurisprudência será a de um saber clínico.”⁷⁵

Formou-se, portanto, a sociedade de normalização, na qual a exclusão deixou de ser vista com o caráter político-social, passando a ser fundamentada no poder-saber da ciência médica que apresentava a “verdade” e “essência” do louco.

71 BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ª edição. Rio de Janeiro: GRAAL, 2001. p. 260.

72 Ibid. p. 262.

73 Ibid. p. 107. FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Edições Tempo Brasileiro Ltda., Rio de Janeiro, 1968. p. 83 e 84.

74 RAMÔA, Marise de Leão; MOTTA, Maria Euchares de Senna. *A desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica: um estudo sobre o projeto Caps ad.* Rio de Janeiro, 2005. p. 23.

1.3. As instituições totais e a criação do manicômio

Com o surgimento do fenômeno da loucura, perturbadora da ordem social, e de sua patologização, houve também o surgimento dos locais de internação e exclusão destes indivíduos, os “novos leprosários”, conforme explicitado nos tópicos anteriores.

O manicômio é uma espécie de instituição total que veio a ser mais frequente a partir do século XIX, sendo denominado este como “século dos manicômios” por Pessotti, e se caracteriza pela função de acolher doentes mentais e dar-lhes tratamento médico sistemático e especializado, para uma suposta cura e docilização dos corpos.⁷⁶

Os primeiros estabelecimentos destinados aos loucos aparecem no século XV, inicialmente em Saragossa, Espanha, e depois na Itália. Os loucos foram submetidos, após o período da exclusão-pela-exclusão, ao tratamento inspirado, em grande parte, na medicina árabe.⁷⁷ Já no Brasil, o primeiro hospital psiquiátrico foi o Hospício D. Pedro II localizado no Rio de Janeiro, instaurado por este como ato que marcou a sua maioridade, ironicamente a sua capacidade.⁷⁸

Em um primeiro momento da época clássica, o internamento do louco juntamente com outros grupos não partia do pressuposto da relação da loucura com uma doença, mas das relações da própria sociedade, sem qualquer fundamento médico.⁷⁹ Todavia, este asilo fundado por Pinel para o internamento, em um segundo momento histórico, tampouco representou a

75 FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 8ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 5.

76 SILVA, Marcus Vinicius. *A Instituição Sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, Comissão Nacional de Direitos Humanos, 2001. p. 16, 17 e 18.

77 FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Edições Tempo Brasileiro Ltda., Rio de Janeiro, 1968. p. 78.

78 SILVA, Marcus Vinicius. *A Instituição Sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, Comissão Nacional de Direitos Humanos, 2001. p. 20.

79 FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Edições Tempo Brasileiro Ltda., Rio de

“medicalização de um espaço de exclusão”, mas sim um regime moral que emprega técnica tanto com o caráter de precaução social, como de estratégia médica.⁸⁰

Essas instituições de confinamento apresentam um “caráter total simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico”.⁸¹ Elas são chamadas de instituições totais e apresentam como estrutura uma divisão interna básica entre o grupo controlado, ou seja, os internados, e a equipe de supervisão controladora, que, no caso do manicômio, seria composta de uma equipe multidisciplinar.⁸² Assim, ela é caracterizada pela subdivisão das funções entre os que controlam - os detentores de poder, que estabelecem uma relação de opressão, e, conforme aponta Basaglia, muitas vezes de violência - com os que são controlados - os não detentores do poder.⁸³

Erving Goffman destaca como fator fundamental desta forma de internação o tempo no que concerne a readaptação no retorno ao convívio social. Ele considera que se a estadia no internato for muito longa, há a probabilidade de que ocorra o “desculturamento” do internado, ou seja, devido ao longo período de isolamento, ele se tornaria temporariamente incapaz de se reinserir e suportar alguns aspectos da vida social.⁸⁴ Além do fator tempo, as instituições totais representam outra forma de mortificação, como explica Goffman:

“a partir da admissão, ocorre uma espécie de exposição contaminadora. No mundo externo, o indivíduo pode manter objetos que se ligam aos seus sentimentos do eu – por exemplo, seu corpo, suas ações imediatas, seus pensamentos e alguns de seus bens – fora de contato com coisas estranhas e contaminadoras. No entanto, nas instituições totais esses territórios do eu são violados; a fronteira que o indivíduo

Janeiro, 1968. p. 79.

80 FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Edições Tempo Brasileiro Ltda., Rio de Janeiro, 1968. p. 83.

81 GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Editora Perspectiva, n. 91. p. 16.

82 Ibid. p. 18.

83 BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ª edição. Rio de Janeiro: GRAAL, 2001. p. 101.

84 GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Editora Perspectiva, n. 91. p. 23.

estabelece entre seu ser e o ambiente é invadido e as encarnações do eu são profanadas.”⁸⁵

Assim, o manicômio é uma forma do gênero das instituições totais que constituem a máquina carcerária. É sustentado, desde o seu surgimento, a utilidade desta forma de confinamento devido ao fato de que a privação da liberdade do indivíduo exerceria um papel técnico positivo, ou seja, o de ressocializar o indivíduo, de transformá-lo para o retorno social. Todavia, esta transformação não ocorre na prática, mas sim desencadeia um processo de mortificação e degradação da identidade e individualidade do interno.

Foucault explica que este modelo de aparelho carcerário se fundou em três esquemas: i) o político-moral, que implica no isolamento individual e na hierarquização deste; ii) o técnico-médico, ou seja, o de cura e de normalização do indivíduo desviante; iii) o econômico da força, originário das *workhouses* que aplicavam o modelo do trabalho obrigatório⁸⁶. Cabe ressaltar que, no desenvolver do sistema penitenciário, ocorreu uma fusão entre o primeiro grande esquema com o segundo, que representa a aplicação da pena de privação da liberdade para uma suposta reforma do indivíduo e que também implicaria em sua cura e normalização – que é o manicômio judiciário.

Desde a instauração do primeiro hospício, esta instituição se estabeleceu como inóspita, perigosa e violenta, em função de seu mandato social de excluir os loucos em nome da ordem social, sob o véu de sua teórica função terapêutica.⁸⁷ Isto ocorre com o silenciamento do paciente pelas próprias forças do jogo, já que “o internado [...] é o objeto de uma violência institucional que atua em todos os níveis, já que qualquer ação contestadora sua será definida dentro dos limites da doença.”⁸⁸

85 Ibid. p. 31.

86 FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 33ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 208.

87 SILVA, Marcus Vinicius. *A Instituição Sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, Comissão Nacional de Direitos Humanos, 2001. p. 5.

88 BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ª edição. Rio

Desta forma, explica Basaglia, ex diretor do Hospício Público de Gorizia, Itália, que o espaço de internação manicomial foi desenvolvido com o suposto fim de tornar o doente inofensivo e curá-lo ao mesmo tempo, contudo, na prática, aparece como um local gerador do completo aniquilamento de sua individualidade, como palco de sua absoluta objetivação.⁸⁹ Assim, a instituição psiquiátrica não apresenta paradoxos apenas em relação a um tratamento ou técnica em particular, mas sim problemas em toda a sua organização hospitalar.⁹⁰

Diante deste problema sistêmico da instituição psiquiátrica e consequente, da instituição manicomial, cabe a reflexão trazida em um Manifesto da “Revolução Surrealista” de 1925, dirigido aos diretores dos manicômios com as seguintes palavras: “amanhã, na hora da visita, quando, sem o auxílio de qualquer léxico, tentardes comunicar-vos com esses homens, possais vós lembrar, e o reconhecer, que sobre eles não tendes mais do que uma única superioridade: a força.”⁹¹ Desta forma, este modelo manicomial passou a ser fortemente criticado por diversos seguimentos sociais, que formaram no Brasil o chamado Movimento Antimanicomial.

de Janeiro: GRAAL, 2001. p. 112.

89 Ibid. p. 114. RAMÓA, Marise de Leão; MOTTA, Maria Euchares de Senna. *A desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica: um estudo sobre o projeto Caps ad.*. Rio de Janeiro, 2005. p. 87.

90 BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ª edição. Rio de Janeiro: GRAAL, 2001. p. 122.

91 Ibid. p. 113 e 114.

Capítulo II: A proteção dos direitos humanos e o movimento antimanicomial brasileiro

Após a construção social e, posteriormente, médica da loucura e a sua consequente segregação e exclusão, começam a haver frequentes denúncias de violações de direitos humanos em todas as partes do país e do mundo dentro destas instituições totais. Eis que surgem, então, os movimentos sociais que questionam os métodos e estruturas repressivas e de exclusão aplicadas pela instituição psiquiátrica.

2.1. Surgimento do Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil

A luta brasileira de reforma manicomial vem desde o início do século XX, na presidência de Rodrigues Alves. Neste governo foi promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados e, em 1926, a Liga Brasileira de Higiene Mental.⁹²

Todavia, foi no período da ditadura militar que houve um assustador aumento da máquina psiquiátrica, logicamente, já que esta configura um instrumento repressor social, conforme já exposto no primeiro capítulo.⁹³ Entre os anos 1964 e 1982, o número de manicômios cresceu em mais de 500% no Brasil.⁹⁴ Enquanto a população brasileira teve um aumento de 82% entre as décadas de 50 e 70, a população internada em manicômios teve um aumento de 213% no mesmo período, demonstrando que este aparelho segue acompanhando o poder disciplinar.⁹⁵

92 SILVA, Marcus Vinicius. *A Instituição Sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, Comissão Nacional de Direitos Humanos, 2001. p. 21.

93 Ibid. p. 9.

94 Ibid. p. 9.

95 Ibid. p. 22 e 23.

Diante dessa situação, inicia-se o processo de constituição do Movimento da Luta Antimanicomial no final da década de 70, apresentando denúncias à realidade manicomial e suas práticas de tutela e de desrespeito aos direitos humanos conjuntamente com o retorno lento e gradual do regime democrático.⁹⁶

Conforme expõe Basaglia, as denúncias referentes aos manicômios como sistema de poder visam principalmente dois objetivos: o de romper com a série de estruturas que se fundam na “verdade evidente por si”, que tem o caráter científico, sobre a qual se baseia a ideologia do viver cotidiano; e, de outro lado, o de denunciar e evidenciar o mundo da instituição psiquiátrica como um lugar de violência e exploração do homem pelo homem, que tem como base a ideia de tornar inofensivos os excluídos.⁹⁷

Desta forma, o movimento antimanicomial teria como objetivo a afirmação da cidadania da pessoa considerada louca, tendo como um dos seus princípios norteadores o da singularidade.⁹⁸ Logo, diferentemente da clínica psiquiátrica, a clínica antimanicomial teria como base o convite ao sujeito a sustentar a sua diferença ao invés de excluí-lo do seio social, tentando combater os diversos dispositivos de exclusão existentes.⁹⁹

Apresenta-se assim, a necessidade do movimento de não apenas realizar pequenas reformas, mas sim rupturas essenciais na estrutura psiquiátrica, abrangendo o conceito de doença mental, a noção de desrazão desumanizadora, a periculosidade do louco - que será abordada no próximo capítulo -, ou seja, todos os princípios da instituição asilar ainda hoje presente em velhas e novas instituições de serviços.¹⁰⁰

96 Ibid. p. 9 e 23.

97 BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª edição. Rio de Janeiro: GRAAL, 2001. p. 271.

98 RAMÔA, Marise de Leão; MOTTA, Maria Euchares de Senna. *A desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica*: um estudo sobre o projeto Caps ad.. Rio de Janeiro, 2005. p. 20

99 Ibid. p. 21.

100 Ibid. p. 27.

2.2. Previsões do direito internacional de proteção dos direitos humanos quanto à saúde mental

Diante da demanda de mudanças radicais nas instituições psiquiátricas e no atendimento referente à saúde mental em diferentes partes do mundo, foram estabelecidos parâmetros mínimos no cenário internacional de proteção dos direitos humanos.

A Organização das Nações Unidas editou em 1991 os Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental.¹⁰¹ A ONU esclarece que estes princípios são aplicáveis às pessoas com doenças mentais que tenham infringido o direito penal, que estejam sob investigação ou processo criminal e determina que todas as pessoas têm o direito ao melhor tratamento de saúde mental possível. Estabelece ainda que este tratamento deve fazer parte do sistema de saúde e de cuidado social, no caso brasileiro, o SUS. Determina também que todo paciente deve ter o direito de ser tratado, em regra, na comunidade onde reside, próximo de seus amigos e parentes. Os princípios buscam que não haja distinção, exclusão ou preferência que nulifique ou desequilibre o igual gozo dos direitos, salvo as medidas especiais que visam unicamente proteger os direitos das pessoas com doença mental. Expressa ainda que toda pessoa com doença mental deve poder exercer os seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais.

Em 1993, ocorreu uma Conferência Mundial de Direitos Humanos em Viena, na qual foi enfatizado que as pessoas com deficiências mentais ou físicas são protegidas pelos direitos humanos internacionais e que os Estados deveriam estabelecer mecanismos e leis internas para efetivar estes direitos. Esta reunião ficou conhecida como a Declaração de Viena.¹⁰²

101 ONU. Assembleia Geral. *Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental*. A/RES/46/119, 75ª reunião de plenário, 17 de dezembro de 1991.

102 ONU. Conferência Mundial de Direitos Humanos, Viena. Declaração de Viena e Programa de Ação, 14-25 de junho de 1993. UN DOC A/CONF.157/24, par. 63.

Em 2001, a Assembleia Geral da ONU demonstrou, novamente, a preocupação em enfrentar a desvantagem e proteger a vulnerabilidade de seiscentos milhões de pessoas com deficiência no mundo, apontando para a necessidade de se avançar na elaboração de instrumentos internacionais referentes ao tema.¹⁰³ Cabe enfatizar ainda que a ONU divulgou em três Relatórios Especiais de Direitos Humanos e Deficientes, que as pessoas portadoras de deficiências mentais vivenciam algumas das condições de vida mais duras que existem em qualquer sociedade.¹⁰⁴

Já no âmbito da Organização dos Estados Americanos, merece destaque a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, inserida no ordenamento brasileiro através do Decreto nº 3.956 de 8 de outubro de 2001. Ela conceitua o termo “deficiência” como uma restrição física, mental ou sensorial, permanente ou transitória, que de alguma forma limite a capacidade de exercer atividades essenciais da vida diária, reconhecendo que ela pode ter sido causada ou ainda agravada pelo ambiente econômico ou social.¹⁰⁵ Desta forma, a Convenção Interamericana não restringe a “deficiência” ao campo unicamente científico, contudo, expressa a amplitude do termo ao ambiente social e econômico, fatores essenciais para a identificação de determinado comportamento como patológico, conforme analisado no capítulo anterior.

103 ONU. Assembleia Geral. Res. 56/119, 28 de novembro de 2001, UN Doc. A/C.3/56/L.67/Rev.1, par. 1.

104 ONU. Comissão de Direitos Humanos. Subcomissão de Prevenção de Discriminação e Proteção das minorias. *Principles, Guidelines, and Guarantees for the Protection of Persons Detained on Grounds of Mental Ill-Health or Suffering from Mental Disorder*. UN Doc. No. E/CN.4/Sub.2/1983/17.

105 OEA. *Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência*. Adotada no vigésimo nono período ordinário das sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos, entrou em vigor no dia 14 de setembro de 2001. Art. I.1.

Vale enfatizar que o seu conteúdo não pode ser interpretado de maneira a restringir ou permitir que os Estados-Partes, como o Brasil, limitem o gozo dos direitos das pessoas portadoras de deficiência.¹⁰⁶

A Convenção conceitua a discriminação às pessoas portadoras de deficiência como toda “diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência [...] que tenha o efeito ou propósito de impedir ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício por parte das pessoas portadoras de deficiência de seus direitos humanos e suas liberdades fundamentais”.¹⁰⁷ No mesmo sentido dos princípios da ONU, não será considerada discriminatória a diferenciação ou preferência adotada para promover a sua integração social ou o seu desenvolvimento. Para alcançar a sua finalidade, a Convenção atribui o dever ao Estado-Parte de adotar medidas de caráter legislativo, social, educacional, trabalhista, ou de qualquer outra natureza, no intuito necessário de eliminar a discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência e de possibilitar a sua plena integração social.¹⁰⁸

Assim, estes instrumentos buscam reconhecer e reafirmar a obrigação dos Estados em proteger especialmente os direitos deste grupo que vem ainda sendo segregado e discriminado.

2.3. Realidade manicomial: Relatórios de Direitos Humanos

Apesar dos parâmetros internacionais promoverem um tratamento digno e sem discriminação às pessoas portadoras de doença mental, a realidade em muito se distancia do mínimo estabelecido. Em 2000, ocorreu a primeira Caravana Nacional de Direitos Humanos realizada pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara de Deputados que apresentou uma amostra da realidade manicomial do país. Nesta amostra constam as seguintes informações:

106 Ibid. Art. VII.

107 Ibid. Art. I.2.a.

108 Ibid. Art. III.

“[f]oram constatadas as mais graves práticas de violação aos direitos humanos dos internos nas instituições visitadas, dentre as quais destacamos pacientes presos e isolados em celas fortes, abandono, maus tratos, descuido, a prática de neurocirurgia (esteotaxia – cirurgia para modificar comportamento) e uso abusivo de eletroconvulsoterapia (eletrochoques).”¹⁰⁹

Em 2001, dezenas de mortes ocorridas em hospitais psiquiátricos foram denunciadas e narradas. Por exemplo, em 1995, Lourdes Maria Viveiros Inácio faleceu depois de ter sido submetida a uma eletroconvulsoterapia, no Centro Hospital Psiquiátrico de Barbacena (MG); em 1997, Adailton dos Santos Arruda morreu asfixiado no Hospital Juliano Moreira, em Salvador, Bahia; em 1999, Davi Pereira da Silva morreu carbonizado, amarrado e trancado em um quarto da Clínica Izabel, de Goiânia; em 2001, Maria de Fátima Santos Domingues faleceu após sofrer queimaduras durante internação no Hospital Municipal de Campo Limpo (SP); entre inúmeras outras vítimas.¹¹⁰

Na mesma direção, em 2002, foram denunciadas, através do Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos em parceria com *Global Exchange*, diversas irregularidades referentes aos hospitais psiquiátricos brasileiros, que se constituíram como lugares violentos, de silenciamento, humilhação, segregação, enfim, em desrespeito dos direitos humanos.¹¹¹ Neste Relatório foi divulgado que a vistoria de 2002 feita pelo Programa de Avaliação dos Serviços Hospitalares em Psiquiatria em 252 estabelecimentos hospitalares brasileiros apontava para as mais flagrantes violações de direitos humanos e a graves incompetências técnicas, que iam desde a banho de mangueira nos pátios até a inexistência de programas terapêuticos.¹¹²

109 Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos em parceria com Global Exchange. *Uma luta histórica: pela transformação de uma assistência psiquiátrica perversa e desumana*: Conselho Federal de Psicologia. Direitos Humanos no Brasil, 2002. p. 133.

110 Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos em parceria com Global Exchange. *Uma luta histórica: pela transformação de uma assistência psiquiátrica perversa e desumana*: Conselho Federal de Psicologia. Direitos Humanos no Brasil, 2002. p. 133.

111 Ibid. p. 131.

112 Ibid. p. 137.

2.4. Corte Interamericana de Direitos Humanos e o Caso *Ximenes Lopes v. Brasil*

As violações de direitos humanos eram (e são) tão gritantes que resultaram na primeira condenação internacional do Estado brasileiro no caso *Ximenes Lopes v. Brasil* julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos com a sentença de 4 de julho de 2006.

A Corte IDH faz parte do Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos da OEA e tem competência contenciosa para condenar Estados que fazem parte da Convenção Americana de Direitos Humanos e que reconheceram a cláusula facultativa de jurisdição obrigatória da Corte.

O Brasil ratificou a CADH em 25 de setembro de 1992 e reconheceu a competência contenciosa da Corte em 10 de dezembro de 1998, tendo, portanto, a Corte IDH competência para analisar a demanda.¹¹³

Em 22 de novembro de 1999, a irmã de Damião, Irene Ximenes Lopes, apresentou o caso perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos contra o Brasil, que foi levado, posteriormente, à Corte IDH.¹¹⁴

2.4.1. Fatos do caso

Damião Ximenes Lopes foi internado na Casa de Repouso Guararapes, no Município de Sobral, Estado do Ceará, no dia 2 de outubro de 1999. Em seu histórico médico havia a única observação de que o paciente se encontrava “calmo, desorientado, [...] confuso”.¹¹⁵ No dia 4 de outubro de 1999, às 9 horas da manhã, sua mãe foi visitá-lo e o encontrou sangrando, com hematomas, roupa rasgada, sujo e cheirando a excremento, com as mãos amarradas para trás, com dificuldade para respirar, agonizante, gritando e

113 CORTE IDH. *Ximenes Lopes v. Brasil*. Mérito, reparação e custas. Sentença de 04 de julho de 2006, par. 4.

114 Ibid, par. 5.

115 Ibid, par. 112.6.

pedindo socorro à polícia.¹¹⁶ Às 11h30 do mesmo dia, Damião Ximenes faleceu em circunstâncias violentas, sem ser assistido por médico algum no momento de sua morte.¹¹⁷

Foram comprovadas, no caso, que as condições de confinamento nesta Casa de Repouso eram desumanas e degradantes, não havendo também atenção médica efetiva, já que sequer tinha consultório médico e frequentemente faltava medicação adequada aos pacientes.¹¹⁸ Isso tudo sem contar com o contexto de violência contra os pacientes, não sendo o senhor Damião Ximenes Lopes o primeiro a falecer nestas condições.¹¹⁹

2.4.2. Decisão da Corte IDH: a vulnerabilidade, o dever de respeitar o princípio da autonomia e da intimidade do paciente, a medida sujeição como último recurso

A Corte destacou, antes mesmo de adentrar na análise dos artigos que consagram os direitos materiais do caso, a atenção especial que os Estados devem às pessoas com deficiências mentais, em razão de sua particular vulnerabilidade.¹²⁰ Assim, toda pessoa com deficiência é titular de especial proteção, em virtude dos deveres especiais do Estado, cujo cumprimento é necessário para atender as obrigações gerais de respeito e garantia dos direitos humanos.¹²¹ Como não havia precedentes sobre saúde mental da própria Corte IDH, ela cita o que já foi declarado pela Corte Europeia de Direitos Humanos sobre o tema:

“em especial com respeito a pessoas que necessitam de tratamento psiquiátrico, a Corte observa que o Estado tem a obrigação de assegurar a seus cidadãos seu direito à integridade física, de acordo com o artigo 8 da Convenção. [...] Tais instituições [...] necessitam não só de uma licença, mas também de uma supervisão competente e de forma regular, a fim de averiguar se o confinamento e o tratamento médico se justificam.”¹²²

116 Ibid, par. 112.9.

117 Ibid, par. 112.11.

118 Ibid, par. 112.57.

119 Ibid, par. 112.58.

120 Ibid, par. 10 1.

121 Ibid, par. 103.

122 Ibid, par. 102. Corte EDH, *Case of Storck v. Germany*, Aplicação no. 61603/00, julgamento

A Corte destaca ainda que é um dever do Estado adotar, conforme a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadores de Deficiência, as medidas de caráter “legislativo, social, educativo, trabalhista ou de qualquer outra natureza, necessárias para eliminar toda discriminação relacionada com as deficiências mentais e propiciar a plena integração dessas pessoas à sociedade”.¹²³

Entende, assim, que as pessoas portadoras de deficiência internadas em instituições psiquiátricas ou nelas submetidas ao tratamento são especialmente vulneráveis à tortura ou outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante. Isto, devido ao fato de que a vulnerabilidade delas é agravada pelo “alto grau de intimidade que caracteriza o tratamento das doenças psiquiátricas, que torna essas pessoas mais suscetíveis a tratamentos abusivos quando submetidas à internação”.¹²⁴ Logo, os Estados têm o dever de “supervisionar e garantir que em toda instituição psiquiátrica, pública ou privada, seja preservado o direito dos pacientes de receberem tratamento digno, humano e profissional e de serem protegidos contra a exploração, o abuso e degradação”.¹²⁵

Ao analisar conjuntamente os direitos à integridade, consagrado no art. 5º da CADH, à vida, art. 4º da CADH, e o de respeitar os direitos, art. 1.1 da CADH, a Corte determina que todo tratamento de saúde destinado às pessoas consideradas portadoras de deficiência mental deve ter como finalidade principal o bem-estar do paciente e o respeito a sua dignidade, que se traduz com a adoção de princípios como o de respeito à intimidade e à autonomia referente ao tratamento psiquiátrico.¹²⁶

de 16 de junho de 2005, p. 103.

123 CORTE IDH. *Ximenes Lopes v. Brasil*. Mérito, reparação e custas. Sentença de 04 de julho de 2006, par. 105.

124 Ibid, par. 106.

125 Ibid, par. 108.

126 Ibid, par. 130.

Consagrou também a importante noção de que a deficiência mental não deve ser entendida como uma incapacidade de que a pessoa consiga se determinar, devendo, portanto, haver a presunção de que a pessoa portadora de deficiência mental é capaz de expressar a sua vontade, a qual deve ser respeitada pelos médicos e demais autoridades.¹²⁷

A Corte desenvolve, assim, o conceito de “sujeição” que seria qualquer ação que possa interferir na capacidade do paciente em tomar as suas decisões ou restringir sua liberdade de movimento.¹²⁸ Segundo a Corte, o uso da sujeição é uma das medidas mais agressivas do tratamento psiquiátrico e que representa um risco alto de ocasionar danos ao paciente, podendo resultar até mesmo em sua morte.¹²⁹ Assim, para respeitar a integridade física, psíquica e moral do paciente, esta medida deve ser empregada apenas como último recurso e unicamente com a finalidade de proteger o próprio paciente, ou o pessoal médico e terceiros se o comportamento do primeiro apresentar uma ameaça à segurança dos outros.¹³⁰

Portanto, foi declarada a responsabilidade internacional do Brasil por descumprir com o dever de cuidar e de prevenir a violação dos direitos à vida e à integridade pessoal, bem como o seu dever de regulamentar e fiscalizar o atendimento médico de saúde mental, violando, portanto, os arts. 4 (vida) e 5 (integridade) da CADH combinados com o 1.1 (dever de cuidar, prevenir, regulamentar e fiscalizar) do mesmo instrumento, e considerou também a violação dos direitos à garantia e à proteção judiciais, consagrados nos arts. 8 e 25 (garantia e proteção judiciais) da CADH.¹³¹

127 Ibid, par. 130.

128 Ibid, par. 133 e 134.

129 Ibid, par. 133 e 134.

130 Ibid, par. 134.

2.4.3. Reparações

A Corte IDH condenou o Estado brasileiro, com base no artigo 63.1 da CADH, a reparar os danos referentes aos direitos humanos violados. Assim, o Estado brasileiro ficou obrigado a reparar os danos materiais,¹³² os danos imateriais¹³³ e outras formas de reparação: i) desculpas públicas, ii) obrigação de investigar os fatos que geraram as violações do presente caso, iii) publicação da sentença, iv) estabelecimento de programas de capacitação, e v) custas e gastos.¹³⁴

A Corte IDH também reconheceu as medidas adotadas pelo Estado como, por exemplo: a aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica (nº 10.216 de 2001); a realização da Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental, também em 2001; e a criação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos.¹³⁵

Apesar da aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica, dentre as outras medidas, o Estado brasileiro permanece descumprindo os parâmetros internacionais de proteção às pessoas portadoras de deficiência mental, como será demonstrado no próximo capítulo.

131 Ibid, par. 146.

132 Ibid, par. 225 e 226.

133 Ibid, par. 238.

134 Ibid, par. 240-261.

135 Ibid, par. 243.

Capítulo III: O tratamento dos *loucos* pelo direito penal brasileiro

“A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente.”¹³⁶

Conforme vimos no primeiro capítulo, o comportamento desviante do considerado normal pela sociedade, depois de um logo período de segregação junto com outros grupos considerados ociosos, passou a ser determinado como doença pela psiquiatria. As pessoas consideradas “loucas”, logo, “doentes”, passaram a ser aprisionadas com permissão legal sob o fundamento do tratamento necessário para a sua normalização.

Os “doentes mentais” eram enxergados como um perigo à ordem social e à segurança das pessoas consideradas sãs. Sob este prisma segregador, o direito em seu ramo máximo criou o instituto penal chamado de medida de segurança que será abordado neste capítulo. Para tanto, foi necessária também a análise prévia, realizada no segundo capítulo, do Movimento Antimanicomial e dos parâmetros internacionais dos direitos humanos, para adentrarmos ao ponto do direito considerado *ultima ratio* relativo aos loucos com o viés crítico social, legal e filosófico. Passamos, assim, a analisar o “continente” da loucura, como diria Machado de Assis, agora no âmbito ainda mais complexo e problemático, o ordenamento penal.

3.1. O surgimento das medidas de segurança

No século XVIII houve o constante esforço de modificar a antiga noção jurídica do sujeito de direito, adequando-a a nova experiência do homem social. Com esses esforços ocorreu, de maneira silenciosa, uma elaboração e

136 ASSIS, Machado de. *Helena e O alienista*. Três livros e fascículos, 1984. p. 204

organização das noções da loucura e do seu tratamento jurídico.¹³⁷

Aos poucos, foi havendo uma ruptura no modelo geral da sanção-pena do sistema penal, visando desenvolver outros substitutivos sancionatórios. Formou-se, assim, a concepção inicial da medida de segurança criminal. Segundo Eduardo Reale Ferrari, o que motivou o surgimento desta nova modalidade de sanção foi, além da crise da pena, a necessidade de novos meios de defesa social. Diante da pretensão de efetivar um controle social que afastasse o risco do “delinquente-inimputável ou semi-imputável” que praticou um ilícito penal, surgiram as medidas de segurança.¹³⁸

A medida de segurança era aplicada, inicialmente, como uma forma de prevenir ações de ébrios habituais, vagabundos, menores, consistindo, então, em um suposto meio de sancionar atos anti-sociais e preveni-los.¹³⁹

Em 1893 a medida foi pela primeira vez sistematizada no anteprojeto do Código Penal Suiço de Karl Stooss. Ela já havia sido idealizada por Von Listz e só veio a ser concretizada e positivada juridicamente através do Anteprojeto de Stooss, que significou, portanto, “a concretização das ideias da *pena-fim* de Von Listz, configurando uma forma de complementação sancionatória aos delinquentes ainda não recuperados”.¹⁴⁰

Com a sistematização, foram atribuídas determinadas características às medidas de segurança, como: i) basear-se na periculosidade do delinquente; ii) atribuição principalmente do juiz; iii) pronunciada através de sentença com a duração condicionada a cessação da periculosidade do agente.¹⁴¹

Em 1948, adveio a Declaração Universal dos Direitos Humanos elaborada pelas Nações Unidas. Pela interpretação de seus artigos X e XI,

137 FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na Idade Clássica*. 8ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2009. p. 131.

138 FERRARI, Eduardo Reale. *Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001. p. 15.

139 Ibid. p. 15 e 16.

140 Ibid. p. 30.

141 Ibid. p. 30.

impõe-se necessário para aplicação de uma medida de segurança um processo jurisdicional com o direito ao contraditório e de defesa.

3.2. Análise histórica do ordenamento penal brasileiro e a adoção das medidas de seguranças

No Brasil, antes da sistematização realizada por Stooss, já havia sido disciplinada a pena na forma de medida de tratamento no Código Criminal do Império como também no Código Penal da República de 1890.

O projeto do Código Criminal do Império foi sancionado no dia 16 de dezembro de 1830 pelo imperador D. Pedro I.¹⁴² Nele não havia a previsão de perícia ou exame médico para a análise da loucura, a sua circunstância só podia ser decidida pelo júri.¹⁴³ Foi atribuída ao juiz, no artigo 12, a decisão do encaminhamento do louco que houvesse cometido um crime à sua família ou à uma casa especializada de tratamento.

Já em 1890, o Código da República apresentou, em uma leitura sistemática, relevantes alterações referentes ao Código do Império no que concerne ao tratamento penal do louco. No artigo 27 foi estabelecido expressamente que os inimputáveis, seja por “enfraquecimento senil”, “imbecilidade nativa”, ou os que se acharem em um estado de privação total de consciência no momento que cometeu o ato, não serão considerados como criminosos – artigo que foi alvo de diversas críticas pela sua ampla abrangência.¹⁴⁴ Este Código mantém a previsão do Código de 1830 no tocante ao destino dos isentos de culpabilidade devido a “afecção mental” acrescentando o hospital de alienados, no intuito expresso de segurança pública (artigo 29). Outra mudança importante foi o aparecimento da figura do perito

142 CHALUB, Miguel. *Introdução à psicopatologia*. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1981. p. 17.

143 FILGUEIRAS-JR, Araújo. *Código criminal do Império do Brasil*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Casa dos editores proprietários Eduardo & Henrique Laemmert, 1876. p. 12.

144 FARIA, Antônio Bento de. *Anotações theorico-práticas ao Código Penal do Brasil*. Rio de

com a missão de esclarecer ao juiz o que era feito, anteriormente, pelo júri sem a devida tecnicidade.¹⁴⁵

A medida de segurança foi disciplinada pela primeira vez no ordenamento brasileiro, sem ser considerada pena, com o nome de medida de tratamento, através do Decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903.¹⁴⁶ Esta medida era destinada para a internação de indivíduos que fugiam dos padrões de normalidade e comprometiam a ordem pública, por mais amplo que abstrato que o termo venha a ser.

O ordenamento brasileiro só foi codificar pela primeira vez as medidas de segurança em seu Código Penal de 1940.¹⁴⁷ Nesta codificação, a medida de segurança já aparece com o seu caráter indeterminado da pena, ou seja, ela só cessaria no momento no qual o indivíduo estivesse, segundo análise médica, totalmente curado. Há que se destacar que, por outro lado, havia previsão do lapso temporal mínimo, sendo irrelevante, neste momento, a cessação prévia da periculosidade. Alarmantemente, em seu artigo 78, o Código Penal de 1940 definiu um rol nas quais haveria presunção de periculosidade do agente, incluindo os “doentes mentais” e pessoas com o “desenvolvimento mental incompleto ou retardado” em seu inciso I.

O Código de 1940 esclarece ainda que o perito tem o papel meramente de auxiliar o juiz, realizando a análise se havia ou não, no momento do ato delituoso, ausência do entendimento ou da vontade do agente em razão de doença mental. Todavia, cabe unicamente ao juiz esta decisão, podendo, portanto, ser diferente da perícia devido à prerrogativa do livre convencimento. O artigo 76 do Código define que as medidas de segurança serão aplicadas em hipótese na qual estiver configurada a periculosidade do agente e que este tiver

Janeiro: Jacintho Ribeiro dos Santos Ed., 1929. p. 89.

145 GAMA, Affonso Dionysio. *Código Penal Brasileiro*. São Paulo: Saraiva, 1929. p. 43.

146 FERRARI, Eduardo Reale. *Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001. p. 33.

147 Ibid. p. 35.

praticado ato previsto como crime.

A medida de segurança foi defendida como uma forma de “assistência aos inimputáveis”, não como uma pena. Ela representou uma forma de atuação do ordenamento jurídico penal frente à loucura na forma de tratamento com prazo indeterminado, pois este depende do término da periculosidade do agente. Nesse sentido, o considerado doente mental não saberá por quanto tempo terá cerceada a sua liberdade, tornando-se, em muitos casos, em uma condenação de prisão perpétua.¹⁴⁸

Em 1981, visando a feitura de um novo Código Penal, foi formada uma comissão presidida pelo Ministro Francisco de Assis Toledo. Um dos principais pontos de discussão realizada pela comissão foram justamente as medidas de segurança. A comissão concluiu, no final dos debates, que a medida de segurança devia ter sua aplicação limitada aos agentes inimputáveis e os semi-imputáveis, e assim foi aprovado e previsto a Reforma Penal de 1984.

A Lei n. 7.209 de 11 de julho de 1984 revitalizou o princípio da legalidade, no sentido de ser fundamental a prática de um ato típico, previamente previsto pelo ordenamento, ilícito e configurada a culpabilidade do agente para a aplicação da sanção penal. Ainda, para a aplicação da medida de segurança, faz-se necessária a prática de um fato definido como crime pelo agente. Este Código encerrou, portanto, o ciclo do sistema do duplo binário no Brasil – que conduzia a possibilidade da aplicação da pena cominada com a medida de segurança - passando a adotar o sistema vicariante, também chamado de unitário – só é possível a aplicação de um dos dois, ou seja, ou aplica-se a pena ou a medida de segurança.¹⁴⁹

148 COHEN, Claudio; FERRAZ, Flávio; SEGRE Marco. *Saúde Mental, Crime e Justiça*. São Paulo: EDUSP, 1996. p. 82.

149 FERRARI, Eduardo Reale. *Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001. p. 38. MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato Nascimento. *Manual de direito penal: parte geral arts. 1º a 120 do CP*. 27ª edição.

3.3. Tratamento dos *doentes mentais* pelo ordenamento penal brasileiro vigente

Conforme foi visto, o ordenamento brasileiro desenvolveu a sua jurisdição penal para julgar e punir também aqueles que eram considerados como “loucos”. Esta forma de sanção penal foi intitulada medida de segurança, que no discurso não é um instituto punitivo, mas que visaria o tratamento do louco para que ele ficasse são e pudesse retornar a normalidade de nossa organizada sociedade. Cabe, portanto, a análise de como este instituto vem sendo interpretado e aplicado atualmente.

3.3.1. A inimputabilidade

Para entender o sentido da inimputabilidade, será realizado inicialmente o exercício inverso, ou seja, a análise da noção de imputabilidade para, posteriormente, adentrarmos na inimputabilidade propriamente dita.

A imputabilidade penal, em sentido muito amplo, designa a capacidade psíquica de culpabilidade, segundo Zaffaroni e Pierangeli.¹⁵⁰ Esta capacidade psíquica se refere à possibilidade do sujeito entender a natureza de injusto da sua ação e também a possibilidade de ele adequar a sua conduta de acordo com o entendimento da ilicitude.¹⁵¹ Mirabete defende que a imputabilidade é a atribuição de responsabilidade, ou seja, é a aptidão para ser culpável, configurando um elemento da culpabilidade.¹⁵²

São Paulo: Atlas, 2011. p. 349.

150 ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de direito penal brasileiro: parte geral*. 5ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004. p. 592 e 593.

151 Ibid. p. 592 e 593.

152 MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato Nascimento. *Manual de direito penal: parte geral arts. 1º a 120 do CP*. 27ª edição. São Paulo: Atlas, 2011. p. 195 e 196.

Para explicar a imputabilidade de maneira mais objetiva, Greco remete a Sanzo Brodt que explica que ela é constituída por dois elementos: o intelectual, que consiste na capacidade genérica de entender o caráter ilícito do fato, ou seja, as proibições e determinações jurídicas, e o volitivo, que é a capacidade de determinar-se de acordo com este entendimento.¹⁵³ No mesmo sentido, Bitencourt elucida que deve haver a reunião de dois aspectos indispensáveis no caso de anormalidade psíquica, que são: o aspecto biológico da anormalidade, ou seja, a doença em si, e o aspecto psicológico, que é referente à capacidade do agente de entender ou de autodeterminar-se com o seu entendimento no momento do delito.¹⁵⁴

Quanto à inimputabilidade, foram desenvolvidos três sistemas para sua identificação na Exposição de Motivos do Código Penal de 1940, pelo Ministro Francisco Campos, que são: o sistema biológico, o sistema psicológico e o sistema biopsicológico. O primeiro remete a responsabilidade do agente segundo a sua saúde mental, a sua normalidade. Com base neste sistema, o agente portador de enfermidade mental deve ser declarado irresponsável de qualquer delito, sem necessidade de indagação psicológica ulterior. Já o psicológico, o segundo sistema, analisa se, no momento do crime, o agente não possuía a capacidade de apreciar a criminalidade do fato e de assim determinar-se, independente da causa desta incapacidade. Já o último sistema, o biopsicológico, adotado pelo ordenamento brasileiro, reúne os dois sistemas mencionados, ou seja, é inimputável o agente que, em razão da enfermidade, era, no momento da ação delituosa, incapaz de entendimento e

153 SANZO BRODT, Luís Augusto. *Da consciência da ilicitude no direito penal brasileiro*, p. 46. Apud GRECO, Rogério. *Curso de direito penal: parte geral*, v. 1. 10ª edição. Nitérois, RJ: Editora Impetus, 2008. p. 396.

154 BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal: parte geral*, volume 1. 9ª edição. São Paulo: Saraiva, 2004. p. 360 e 361.

autodeterminação.¹⁵⁵ Neste sentido, o Código Penal de 1940, em seu artigo 26, determina que:

“É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

Interpretando este artigo, Zaffaroni e Pierangeli destacam que o advérbio “inteiramente” foi empregado para enfatizar a gravidade da perturbação e diferenciar esta situação da inconsciência.¹⁵⁶ Quanto a esta perturbação, Bitencourt elucida que o termo da doença mental empregado pelo direito possui uma abrangência muito maior do que o empregado pela ciência médica para definir uma enfermidade mental, incluindo até mesmo tipos de neuroses, como em casos de neuroses obsessivo compulsivas.¹⁵⁷ No mesmo sentido, Aníbal afirma que o termo “doença mental” para o direito compreende:

“os estados de alienação mental por desintegração da personalidade, ou evolução deformada dos seus componentes, como ocorre na esquizofrenia, ou na psicose maníaco-depressiva e na paranoia; as chamadas reações de situação, distúrbios mentais com que o sujeito responde a problemas embaraçosos do seu mundo circundante; as perturbações do psiquismo por processos tóxicos ou tóxico-infecciosos, e finalmente os estados demenciais, a demência senil e as demências secundárias.”¹⁵⁸

A prova da mencionada grave perturbação do agente é fornecida através de exame pericial. Este será solicitado pelo juiz se ele tiver dúvida sobre a inimputabilidade do réu, seja de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador ou até mesmo dos ascendentes, descendentes, irmãos ou cônjuge do acusado, conforme o artigo 149 do Código de Processo Penal.¹⁵⁹

155 Ibid. p. 359 e 360.

156 MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato Nascimento. *Manual de direito penal: parte geral arts. 1º a 120 do CP. 27ª edição.* São Paulo: Atlas, 2011. p. 596.

157 BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal: parte geral, volume 1. 9ª edição.* São Paulo: Saraiva, 2004. p. 363.

158 ANÍBAL, Bruno. *Direito Penal.* Rio de Janeiro, Forense, 1967, p. 133. Apud Ibid. p. 363.

159 MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato Nascimento. *Manual de direito penal: parte geral arts. 1º a 120 do CP. 27ª edição.* São Paulo: Atlas, 2011. p. 198.

Há que se destacar que, é defendido pela doutrina majoritária que a análise da inimputabilidade do acusado depende unicamente do magistrado, e que o exame pericial representa uma ilustração, “sendo o diagnóstico um simples dado informativo”.¹⁶⁰

3.3.2. A periculosidade

Ainda hoje, mantivemos para os loucos a noção de periculosidade proveniente da criminologia retrógrada do século XIX, que já era polêmica em termos de teoria penal. Conforme explica Foucault, a noção de periculosidade analisa o indivíduo de acordo com o nível de suas virtualidades e não meramente ao nível de seus atos, “não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam”.¹⁶¹

Segundo Bitencourt a periculosidade seria “um estado mais ou menos duradouro de anti-sociabilidade”, conceito bem amplo e que necessita da explicação do que seria a “anti-sociabilidade”. Para ele, a periculosidade implica em um juízo de probabilidade de que o agente que cometeu determinada infração voltará a delinquir, devido a conduta anti-social (interpretada aqui como fora dos padrões sociais) e a “anomalia psíquica do agente”. Urge destacar que esta probabilidade não é provada ou motivada, mas presumida sempre que o agente for inimputável, conforme expressa o artigo 26, *caput*, do CP.¹⁶²

Neste sentido, o tratamento dado pelo direito penal vigente em muito se assemelha à noção de criminoso nato desenvolvido por Cesare Lombroso, autor fortemente criticado pela teoria jurídico-penal atual, por associar a

160 ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de direito penal brasileiro*: parte geral. 5ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004. p. 599.

161 FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. 3ª edição, Editora NAU, Rio de Janeiro, 2002 p. 85.

162 BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal*: parte geral, volume 1. 9ª edição. São Paulo: Saraiva, 2004. p. 739.

delinquência aos traços biológicos e genéticos do agente.¹⁶³ Segundo Lombroso, os loucos se adequam à ideia de criminoso nato, que é também assim tratado por nosso atual Código Penal, conforme expõe o autor:

“os germes da loucura moral e do crime se encontram, não por exceção, mas numa feição normal, já nos primeiros anos do homem, assim como no embrião encontram-se, constantemente, certas formas, as quais, no adulto, são monstruosidades. [...] [U]m homem privado de senso moral, o que os alienistas chama de louco moral, e nós, um delinquente nato”.¹⁶⁴

O descaso com o assunto dos operadores do direito faz com que estes ainda apliquem o historicamente criticado conceito lombrosiano de determinação do criminoso aos “doentes mentais”, que, após cometerem um crime, passam a ser enxergados como criminosos natos.

O controle penal punitivo ao nível das virtualidades é realizado pelas instituições laterais ao poder judiciário, como as instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas, entre outras – que patologizam determinados comportamentos. Essas instituições se desenvolveram em torno da instituição judiciária no século XIX, permitindo com que esta controlasse os indivíduos ao nível de sua periculosidade nos manicômios judiciários.¹⁶⁵

Logo, estamos ainda encarando o modelo do Panóptico trazido por Bentham, no qual se impõe a constante vigilância e exames dos internados.¹⁶⁶ Não se trata, assim, de reconstituir o acontecimento delituoso do sujeito tido como inimputável para aplicação de uma pena que não ultrapasse a conduta realizada (conforme garante a Constituição Federal em seu artigo 5, inciso XLV), respondendo as perguntas: “isso foi feito? quem o fez?”; mas realiza uma vigilância ininterrupta para determinar se o indivíduo se conduz ou não como deveria, como seria considerado normal ou não.

163 LOMBROSO, César. *O homem delinquente*. Porto Alegre, RS: Ricardo Lenz Editor, 2001. p. 316.

164 LOMBROSO, César. *O homem delinquente*. Porto Alegre, RS: Ricardo Lenz Editor, 2001. p. 125.

165 FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. 3ª edição. Rio de Janeiro: NAU, 2002. p. 86.

3.3.3. O prazo indeterminado

Com a mesma lógica, ou ausência de lógica, da periculosidade, o artigo 97 do Código Penal, em seu parágrafo primeiro, estabelece a internação do inimputável por (assustadoramente) um prazo de tempo indeterminado, com base na indeterminabilidade prévia da cessação da periculosidade; apesar disso, estabelece um prazo mínimo de um a três anos, sendo irrelevante aqui se houver a cessação da periculosidade anterior a este prazo.

Se, por exemplo, um indivíduo que foi classificado pelo juiz penal como um “doente mental” tiver cometido o tipo penal de lesão corporal, previsto no *caput* do artigo 129 do CP, não será ele passível de responsabilidade. Logo, será absolvido impropriamente e encaminhado para um suposto tratamento por prazo indeterminado, sendo o tempo mínimo de 1 a 3 anos. Todavia, o delito cometido tem a pena de 3 meses a 1 ano no Código Penal. Ora, ele será absolvido formalmente para ser punido indeterminadamente e por mais tempo do que quem seria se considerado culpável pelo ordenamento penal?

Os problemas da indeterminação da pena vão mais longe e de encontro com a Constituição Federal de 1988, que em seu art. 5º, inciso XLVII, alínea *b*, veda a existência de pena de caráter perpétuo no ordenamento brasileiro. O prazo indeterminado, desta forma, se choca com a Carta Magna ao se basear em uma periculosidade futura, e, portanto, passível de ser perpétua.

Quanto a pena, cabe destacar que existe diferenciação doutrinária entre o termo pena e a medida de segurança, segundo a qual a pena teria um caráter retributivo-preventivo, já a medida de segurança natureza exclusivamente preventiva; a pena se basearia na culpabilidade do agente, já a medida na periculosidade; e o tempo da pena é determinado, o da medida indeterminado.¹⁶⁷

166 Ibid. p. 88.

167 BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal: parte geral*, volume 1. 9ª edição.

Contudo, faz-se necessário enfatizar que esta distinção é meramente teórica, pois na prática, a medida de segurança acaba tendo a natureza retributiva atribuída à sanção penal, sendo determinada em um processo penal. Portanto, a pena como a medida de segurança constituem formas de controle social impostos pelo direito penal e ambas cerceiam o direito fundamental do indivíduo que é a liberdade, e outros direitos fundamentais por conta das condições degradantes e desumanas que se encontram os locais de confinamento.¹⁶⁸

Assim, o inimputável, por não ser considerado culpável, seria desprotegido de suas garantias fundamentais expressas na CRFB: “ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado da sentença penal condenatória” (artigo 5, inciso LVII) – já que não é considerado culpado por ser inimputável - e de que “nenhuma pena passará da pessoa do apenado” (artigo 5, inciso XLV) – já que não é pena, mas medida de segurança. Logo, o instituto da medida de segurança se mostra claramente na contramão dos preceitos que a Constituição de 1988 estabelece, não podendo sequer falar-se em inconstitucionalidade, devido ao fato de que a Constituição é posterior ao desatualizado Código Penal de 1940.

Desta forma, faz-se necessária uma interpretação constitucional do instituto, em conformidade com os Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental da ONU e com a Convenção Interamericana do tema, no sentido de que a medida de segurança, por decorrer de um processo penal, tem que ter todas as proteções constitucionais, sob pena de não ter sido recepcionada.

Além disso, a manutenção fora da realidade social através da internação do indivíduo considerado “anormal”, acrescido do “tratamento” de pesados remédios para a sua “normalização”, é, no mínimo, contraditório e vai na

São Paulo: Saraiva, 2004. p. 738.

168 BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal: parte geral*, volume 1. 9ª edição.

contramão do determinado pela ONU nos Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental.¹⁶⁹ A finalidade de readaptação da pena pode ser criticada diante de todo o sistema penitenciário, mas, sobretudo perante as medidas de segurança, tendo em vista que o indivíduo “absolvido” só será solto se for diagnosticado como normal, ou seja, “curado” de sua “doença”. Segundo Goffman, quanto mais longa for a estadia do indivíduo em uma internação, maior a possibilidade de “desculturamento” do internado, ou seja, o tempo dificultaria a sua readaptação no convívio social, mortificando a sua subjetividade.¹⁷⁰

Neste ciclo da contagem do tempo e da ascensão da dificuldade de se reinserir na sociedade, os ditos loucos correm o sério risco de ficarem perpetuamente presos, recebendo o suposto tratamento, que como foi demonstrado, foi e ainda é muito criticado pela violência física e mental, que leva a morte e vegetação de muitos. Ao invés de eliminar a discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência e de possibilitar a sua plena integração social, dever assumido pelo Estado na Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência¹⁷¹, o direito apaga a individualidade e liberdade dos considerados “loucos”, reforçando a sua exclusão.

Segundo o princípio da reserva legal previsto no artigo 5º, inciso XXXIX da CRFB/1988 e no artigo 1º do CP, todo o cidadão tem direito de saber antecipadamente a natureza e duração das sanções penais a que estará sujeito

São Paulo: Saraiva, 2004. p. 739.

169 ONU. Assembleia Geral. *Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental*. A/RES/46/119, 75ª reunião de plenário, 17 de dezembro de 1991.

170 GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Editora Perspectiva, n. 91. p. 23 e 31.

171 OEA. *Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência*. Adotada no vigésimo nono período ordinário das sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos, entrou em vigor no dia 14 de setembro de 2001.

se violar a ordem jurídico-penal, princípio este aplicável tanto à pena como ao instituto da medida de segurança.¹⁷²

Diante disso, e buscando interpretar o instituto em conformidade com a Constituição Federal e com os parâmetros internacionais, o tempo da medida não pode ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito, pois esse seria “o limite da intervenção estatal, seja a título de pena, seja a título de medida [de segurança]”.¹⁷³

Esta interpretação não tem sido apenas doutrinária, como também vem sendo acompanhada por precedentes judiciais. O Superior Tribunal de Justiça em julgados dos anos de 2011 e 2012 fixou entendimentos sobre prazos, tanto do laudo médico, como da duração da medida de segurança. Quanto o prazo de feitura dos laudos médicos, determinou que :

“A medida de segurança é aplicável ao inimputável e tem prazo indeterminado, perdurando enquanto não averiguada a cessação da periculosidade. A verificação de cessação da periculosidade do paciente depende, necessariamente, da realização de perícia médica. Somente com base nesse parecer médico poderá o magistrado decidir acerca da liberação do internado. [...] Já aguarda o paciente há mais de um ano a conclusão do laudo médico, o que evidencia excesso de prazo para a finalização do ato e o constrangimento a que está submetido o internado.”¹⁷⁴

E quanto ao prazo indeterminado do cumprimento da medida de segurança:

“[N]os termos do atual posicionamento desta Corte, o art. 97, § 1.º, do Código Penal, deve ser interpretado em consonância com os princípios da isonomia, proporcionalidade e razoabilidade. Assim, o tempo de cumprimento da medida de segurança, na modalidade internação ou tratamento ambulatorial, deve ser limitado ao máximo da pena abstratamente cominada ao delito perpetrado e não pode ser superior a 30 (trinta) anos.”¹⁷⁵

1. O prazo de duração da medida de segurança, por possuir um caráter preventivo, curativo e terapêutico e, em razão do artigo 97, § 1º do Código Penal, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não cessar a periculosidade do agente.

2. In casu, o recorrido ainda não cumpriu medida de segurança por mais de trinta anos, eis que sua internação, conforme informação ministerial, se deu em 14 de

172 BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal: parte geral*, volume 1. 9ª edição. São Paulo: Saraiva, 2004. p. 738 e 739.

173 GOMES, Luiz Flávio. Medidas de segurança e seus limites. Revista cit., p. 71. Apud Ibid. p. 743.

174 Superior Tribunal de Justiça, HC nº 233474, Relator Ministro Sebastião Reis Júnior, MT, 19/04/2012.

175 Superior Tribunal de Justiça, HC nº 208336, Relatora Ministra Laurita Vaz, SP, 20/03/2012.

outubro de 1991, bem como que os laudos psiquiátricos não teriam constatado, até o momento, a cessação de sua periculosidade.”¹⁷⁶

Assim, a norma que determina o prazo indeterminado se encontra obsoleta e não foi recepcionada pela Constituição de 1988. Os doutrinadores e aplicadores do direito alteraram a interpretação do prazo indeterminado das medidas de segurança, para uma interpretação constitucionalmente possível. Contudo, além de ser apenas parte dos doutrinadores e aplicadores do direito que tentaram constitucionalizar a interpretação do instituto, ainda é insuficiente tal passo, tendo em vista que permanece o problemático conceito de periculosidade regendo o instituto das medidas de segurança, do “tratamento” que visa curar uma doença do indivíduo considerado anormal e da própria consideração de alguém como doente mental.

3.3.4. A absolvição imprópria da pena e a aplicação do tratamento em manicômio judiciário

Os manuais de direito penal brasileiro vêm interpretando literalmente e de maneira assistemática o Código Penal arcaico de 1940. Apontam, assim, que, se restar comprovada a total inimputabilidade do agente no momento do crime, ele deve ser “absolvido”, nos termos do inciso V do artigo 386 do CPP, e será aplicado a medida de segurança obrigatória de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, a falta, em outro estabelecimento adequado.¹⁷⁷ Urge analisar, assim, esta medida que restringe a liberdade do indivíduo que foi absolvido pelo sistema penal sob o pretexto de tratá-lo.

O artigo 96 do Código Penal expõe que a medida de segurança pode-se dar pela internação em “hospital de custódia”, por “tratamento psiquiátrico”, a internação em “outro estabelecimento adequado” ou “tratamento

¹⁷⁶ Superior Tribunal de Justiça, AgRg no REsp nº 1124698, Relator Ministro Jorge Mussi, RS, 21/06/2011.

¹⁷⁷ ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de direito penal brasileiro: parte geral*. 5ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004. p. 599. MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato Nascimento. *Manual de direito penal: parte geral arts. 1º a 120 do CP*.

ambulatorial”. Ora, todas essas expressões significam a mesma coisa, trata-se de eufemismos utilizados pela Reforma Penal de 1984 para definir “o velho e deficiente manicômio judiciário”.¹⁷⁸

Apesar de os estabelecimentos previstos para a medida de segurança remeterem aos estabelecimentos hospitalares públicos, eles não integram o Sistema Único de Saúde, mas sim ao sistema penitenciário.¹⁷⁹ Diante disso, é indefensível que a medida de segurança tenha natureza sanitária e não punitiva. Está, também, em desacordo com os Princípios da ONU de 1991¹⁸⁰ que determinam que o tratamento destinado aos doentes mentais deve ser realizado pelo sistema único de saúde e de cuidado social, ou seja, pelo SUS e não pelo sistema penitenciário na figura do manicômio judicial.

Nossa sociedade de normalização bebe na fonte da medicina para impulsionar o papel do juiz de avaliar e até mesmo diagnosticar o normal e o anormal, com o pretexto de curá-lo – normalização do “louco” que é altamente discutível – e, finalmente, readaptá-lo,¹⁸¹ funções que notoriamente não cumpre. Cabe destacar ainda que o internado não é liberado do manicômio judicial devido a sua recuperação, como seria no caso de uma medida terapêutica, mas tão somente no caso de uma perícia médica constatar a cessação de sua periculosidade – conceito, conforme já demonstrado, muito problemático.

O sistema penal se medicaliza, articulando-se com o poder disciplinar.¹⁸² Este sistema atua como mais um dispositivo de normalização, se concretizando

27ª edição. São Paulo: Atlas, 2011. p. 198 e 199. GRECO, Rogério. *Curso de direito penal: parte geral*, v. 1. 10ª edição. Niterói, RJ: Editora Impetus, 2008. p. 398.

178 BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal: parte geral*, volume 1. 9ª edição. São Paulo: Saraiva, 2004. p. 741.

179 JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Saúde mental e direito: um diálogo entre a reforma psiquiátrica e o sistema penal*. Brasília, 2003. p. 66.

180 ONU. Assembleia Geral. *Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental*. A/RES/46/119, 75ª reunião de plenário, 17 de dezembro de 1991.

181 FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 8ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 6. FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 33ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 251.

182 FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 33ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes,

em um misto de hospital e prisão, o manicômio judicial se enrola em suas próprias incongruências. Este instituto pune tanto quanto, ou até mesmo mais, do que a pena atribuída ao agente imputável condenado. Na realidade, portanto, a distinção teórica da pena e da medida de segurança desaparece. Como expõe Jacobina:

“é óbvio que compelir alguém a uma internação manicomial sem prazo definido e independentemente de sua vontade é um sancionamento de natureza penal. Fazê-lo no âmbito de um processo penal, em obediência à legislação penal, é uma condenação penal a uma sanção, ainda que sob o disfarce de uma 'sanção terapêutica'.”¹⁸³

Assim, a aplicação da medida de segurança sem o cunho sanitário está contribuindo para a manutenção de um “tratamento” enfaticamente criticado pela reforma psiquiátrica. Conforme o disposto na I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no intuito de efetivar avanços referentes à reforma psiquiátrica na aplicação do instituto das medidas de segurança, é de suma importância a discussão do tema para a extinção do manicômio judiciário ou para a sua radical mudança.¹⁸⁴ No mesmo sentido seguiu a II Conferência Nacional de Saúde Mental que visou a extinção dos manicômios judiciários de maneira gradual, sendo substituídos por modelos alternativos possibilitadores do cumprimento da medida de segurança.¹⁸⁵

3.4. A Lei de Reforma Psiquiátrica

Diante do dever internacional do Estado de legislar sobre a matéria¹⁸⁶ e de ativa luta antimanicomial, houve a normatização referente à proteção das

2007. p. 253.

183 JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Saúde mental e direito: um diálogo entre a reforma psiquiátrica e o sistema penal*. Brasília, 2003. p. 65.

184 Conselho Regional de Psicologia (CRP SP). *Carta Aberta - Para além dos manicômios judiciários: a reforma psiquiátrica antimanicomial e sua implementação na execução das medidas de segurança*. Disponível no link: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manicomiosjudiciarios.pdf>, última visualização no dia 17 de setembro de 2012.

185 Ibid

186 OEA. *Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação*

pessoas “portadoras de transtornos mentais” através da Lei nacional nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que, infelizmente, não aparece nos manuais de direito penal.

Esta Lei veio com a finalidade de reestruturar o modelo de atenção à saúde mental, “transferindo o foco do tratamento que se concentrava na instituição hospitalar para uma rede de atenção psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos”.¹⁸⁷

Apesar dela não corresponder aos objetivos almejados pelo movimento antimanicomial, que seria a extinção dos hospitais psiquiátricos no Brasil, a Lei representou um marco do movimento por ter criado garantias e direitos expressos dos “portadores de transtornos mentais”.¹⁸⁸

Cabe destacar a edição, antes da supracitada Lei de 2001, de leis estaduais sobre o assunto, que foram mais precisas e avançadas que àquela. Um exemplo disso é a lei estadual nº 12.151 de 1993 do Estado do Ceará, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências. A lei de Minas Gerais, lei nº 11.802 de 1995, também prevê “a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes”, enquanto a lei do Paraná, lei estadual nº 11.189 de 1995, estabelece norma do mesmo teor em seu artigo 2º.¹⁸⁹

contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Adotada no vigésimo nono período ordinário das sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos, entrou em vigor no dia 14 de setembro de 2001. ONU. Conferência Mundial de Direitos Humanos, Viena. Declaração de Viena e Programa de Ação, 14-25 de junho de 1993. UN DOC A/CONF.157/24, par. 63.

187 SILVA, Haroldo Caetano da. *Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do Paili*, 2010. Disponível no link: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v20n1/15.pdf>, última visualização no dia 17 de setembro de 2012.

188 SILVA, Marcus Vinicius. *A Instituição Sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, Comissão Nacional de Direitos Humanos, 2001. p. 24 e 25.

189 JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Saúde mental e direito: um diálogo entre a reforma psiquiátrica e o sistema penal*. Brasília, 2003. p. 72.

Ainda que a Lei nacional de 2001 tenha sido um tanto restrita nos objetivos da Luta Antimanicomial, ela traz importantes alterações aplicáveis integral e imediatamente aos manicômios. O entendimento de que a Lei é aplicável inclusive para à medida de segurança foi pacificado no Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, promoção conjunta do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, área técnica de Saúde Mental, ocorrido em setembro de 2002.¹⁹⁰ Infelizmente, tal previsão vem sendo ignorada pelos penalistas, de maneira geral, que recorrem apenas ao Código Penal, Código de Processo Penal e, alguns, à Constituição, não aplicando, portanto, devidamente o tratamento referente ao “doente mental” com base na Lei de 2001 específica do tema.

Conforme expõe a Lei em seu artigo 4º: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.” Desta forma, este artigo deve ser utilizado de maneira a limitar a interpretação do verbo “poderá” do artigo 97 do Código Penal, que determina: “se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.”

Assim, ainda que o fato seja punível por reclusão, em relação aos inimputáveis (que, lembrando, são absolvidos penalmente), o juiz deve, em regra, submetê-los a tratamentos extra-hospitalares. A internação somente deverá ser determinada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, sendo assim, o último recurso, a exceção, e nunca a regra. Logo, o artigo 97 do Código Penal foi parcialmente derogado pelo disposto na Lei de 2001, devendo ser interpretado conjuntamente com o artigo 4º desta.

190 Ibid. p. 73.

Outra mudança fundamental trazida pela Lei está presente em seu artigo 2º, parágrafo único, inciso I, que expressamente determina como um direito da pessoa portadora de transtorno mental o tratamento no Sistema de Saúde. Vale lembrar que este artigo atende a determinação da ONU que em seus Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental determina que todas as pessoas têm o direito ao melhor tratamento de saúde mental possível que deve fazer parte do SUS, conforme já exposto no capítulo passado.¹⁹¹ Desta forma, as pessoas submetidas às medidas de segurança deverão ser tratadas em hospitais públicos pertencentes ao SUS, e não no manicômio judiciário que integra o sistema penitenciário.

Apesar da norma expressa de 2001, segundo os dados do Departamento Penitenciário Nacional de 2009, há aproximadamente 3.900 pessoas em cumprimento de medida de segurança no Brasil, sendo que a maioria esmagadora está confinada em manicômios judiciários. Desta forma, evidencia-se, novamente, o desrespeito da proteção internacional e nacional vigentes referentes às pessoas portadores de doenças mentais consolidado pela reforma psiquiátrica.¹⁹²

Outra importante diferença do instituto da medida de segurança trazida é que qualquer internação psiquiátrica, logo também a compulsória, só será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os motivos (artigo 6º, Lei nº 10.216). Não basta, portanto, a decisão e o julgamento do juiz a respeito da inimputabilidade do agente, mas faz-se necessário um laudo médico para a aplicação da medida de segurança. Logo, diferentemente do defendido pela doutrina majoritária penalista, a análise da inimputabilidade do

191 ONU. Assembleia Geral. *Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental*. A/RES/46/119, 75ª reunião de plenário, 17 de dezembro de 1991.

192 Conselho Regional de Psicologia (CRP SP). *Carta Aberta - Para além dos manicômios judiciários: a reforma psiquiátrica antimanicomial e sua implementação na execução das medidas de segurança*. Disponível no link: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manicomiosjudiciarios.pdf>, última visualização no dia 17

acusado não depende unicamente do magistrado, e o exame pericial não representa uma mera ilustração, mas sim elemento fundamental para motivar a internação de uma pessoa.¹⁹³

A Lei também prevê a criação de uma Comissão Nacional para acompanhar a sua implementação no âmbito da atuação do Conselho Nacional de Saúde.¹⁹⁴ Em 2002, foi criado o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos que determina como seu objetivo geral a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares do SUS.¹⁹⁵ Desta forma, esta fiscalização não abrange os manicômios judiciários, devido ao fato de que a Lei de 2001 expressamente determina o melhor tratamento possível de todos os “portadores de doenças mentais” deve ser realizado no Sistema Único de Saúde, extinguindo, portanto, os manicômios judiciários. Todavia, estes permanecem funcionando em completo desrespeito com a reforma psiquiátrica normatizada no ordenamento brasileiro e com os parâmetros internacionais.

Diante destes desrespeitos, a própria Associação Brasileira dos Psiquiatras editou em 2006 diretrizes do modelo de assistência psiquiátrica visando efetivar a Lei 10.216, afirmando que no decorrer de cinco anos de sua promulgação, ainda não havia conseguido realizar a criação real de um modelo assistencial que atendesse as necessidades das pessoas que padecem de transtornos mentais.¹⁹⁶

3.5. Para onde estamos rumando: modificações implementadas e o Anteprojeto do Novo Código Penal

de setembro de 2012.

193 ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de direito penal brasileiro*: parte geral. 5ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004. p. 599.

194 Art. 12, Lei 10.216 de 2001.

195 Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à saúde; Departamento de ações programáticas estratégicas; Coordenação de Saúde Mental. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH. Disponível no link: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/pnashpsi/PNASH%20PSIQ%20-%20Versao%202003.pdf>>, última visualização no dia 15 de outubro de 2012.

196 Associação Brasileira de Psiquiatria. Diretrizes para um modelo de assistência em saúde mental no Brasil, 2006. Disponível no link: <http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf>, última

3.5.1. Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

Com a nova realidade trazida pela Lei 10.216, que redesenhou a execução das medidas de segurança de forma que não fossem mais exclusivamente reguladas pela legislação penal, foi instituído no dia 26 de outubro de 2006, mediante convênio pactuado entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Secretaria Municipal da Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público do Estado de Goiás o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator,¹⁹⁷ responsável pela execução das medidas de segurança.

Este programa atua de forma a auxiliar os juízos de execução penal do Estado de Goiás e tem a relevante tarefa de acompanhar os pacientes julgados que são submetidos à internação psiquiátrica ou ao tratamento ambulatorial. Ele altera, assim, o prisma com o qual a medida de segurança vinha sendo enxergada, deixando de ser tratada unicamente como segurança pública e sendo acolhida também como referente à saúde pública, mediante a participação do SUS e de serviços substitutivos (por exemplo, os CAPS). Desta forma, com a mudança de paradigma, tenta-se concretizar o fundamento da medida de segurança de não ter caráter punitivo, mas sim terapêutico. O PAILI busca também a adesão do círculo de convívio sócio-familiar do paciente, buscando o estabelecimento dos vínculos afetivos para o posterior retorno ao lar.

A medida de segurança continua sendo uma decorrência da sentença judicial proferida em um processo penal, todavia, a diferença nuclear do

visualização no dia 26 de outubro de 2012. p. 6.

197 Ministério Público de Goiás e Secretária da Saúde do Estado de Goiás. Texto de Haroldo Caetano da Silva. Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança, 2009. Disponível no link: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/cartilhadopailli.pdf>>, última visualização no dia 15 de outubro de 2012.

programa goiano é que quem determina diretamente a modalidade do tratamento para o paciente é o médico e não o juiz.

Foi também criada a Comissão Estadual de Acompanhamento das Medidas de Segurança para a implementação do PAILI que é composta por uma equipe multidisciplinar que inclui representantes das Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Cidadania do Ministério Público do Estado de Goiás, da Junta Médica do Tribunal de Justiça, das clínicas psiquiátricas participantes do Programa, entre outros. Eles se reúnem mensalmente para avaliação e planejamento das ações, realizando também relatórios periódicos que são encaminhados ao Ministério Público e ao juízo da execução penal, assim como relatório anual à Corregedoria Geral da Justiça e à Procuradoria-Geral de Justiça.

3.5.2. O Anteprojeto do Novo Código Penal

É neste contexto que ressurgiu o movimento de alteração do Código Penal, que teve a sua última grande reforma em 1984. Todavia, a alteração não se limitaria a reformar dispositivos do Código de 1940, mas sim em constituir um Novo Código Penal brasileiro – o que abrange parte geral e parte especial.

No dia 10 de agosto de 2011, foi encaminhado ao Senado Federal o Relatório Final que incluía o Anteprojeto do Novo Código Penal brasileiro.¹⁹⁸ Diante de tantas incongruências apresentadas sobre o tema, o Anteprojeto se mostra tímido e, infelizmente, pouco altera ou melhora a problemática medida de segurança, conseguindo até mesmo piorá-la.

No Título V do Anteprojeto do Novo Código Penal estão previstas as medidas de segurança. Elas não apresentam mais as espécies pleonásticas do código atual, como “internação em hospital de custódia e tratamento

198 Anteprojeto do Novo Código Penal brasileiro. Disponível no link: <<http://www.ibccrim.org.br/upload/noticias/pdf/projeto.pdf>>, última visualização no dia 15 de outubro de 2012.

psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado”, passando a ser somente “internação compulsória em estabelecimento adequado” ou “tratamento ambulatorial”.

Contudo, quanto ao problemático prazo indeterminado, que já é objeto de construção jurisprudencial e doutrinária, o Anteprojeto permanece prevendo o prazo mínimo de um a três anos (art. 96, parágrafo 1º, ANCP); e estabelece o prazo máximo (artigo 96, parágrafo 2º, ANCP):

“§ 2º Cumprido o prazo mínimo, a medida de segurança perdurará enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade, desde que não ultrapasse o limite máximo: a) da pena cominada ao fato criminoso praticado; ou b) de trinta anos, nos fatos criminosos praticados com violência ou grave ameaça à pessoa, salvo se a infração for de menor potencial ofensivo.”

De maneira retrógrada, esta norma, ao prever o prazo máximo para quase todos os fatos criminosos praticados com violência ou grave ameaça, sanciona de forma máxima a conduta do inimputável. Há, ainda, a manutenção da noção de periculosidade, permanecendo, assim, a teoria lombrosiana de criminoso nato.

Como se não bastasse tal perplexidade, o Anteprojeto ainda inclui em seu parágrafo 3º que: “atingido o limite máximo a que se refere o parágrafo anterior, poderá o Ministério Público ou o responsável legal pela pessoa, requerer, no juízo cível, o prosseguimento da internação”. Assim, a noção de criminoso nato lombrosiano volta a sua forma máxima ao desumanizar a pessoa considerada inimputável, não restringindo a sua pena ao limite máximo legal. Logo, estamos diante, novamente, da pena perpétua disfarçada ao ser remetida ao juízo cível. Desta forma, “[a] questão de saúde pública da doença mental desaparece, portanto, a partir da política do tratamento criminal e da criação da medida de caráter perpétuo remetida ao Direito Penal”.¹⁹⁹

Por fim, apesar de todos estes dispositivos que geram perplexidade, o Anteprojeto do Novo Código Penal prevê, finalmente, que devem ser

199 TASSE, Adel El. Anteprojeto de Código Penal: análise crítica da Parte Geral. Disponível no link: <<http://jus.com.br/revista/texto/22656>>, última visualização no dia 17 de outubro de 2012.

observados os direitos das pessoas com deficiência, apesar de sua própria redação não respeitá-los.

Destaco que ainda não há previsão para aprovação do Novo Código Penal que está em debate, tendo sido pedido “tempo e cautela” pelo atual presidente da OAB - realmente necessários diante dos dispositivos acima analisados.

Conclusão

Os manicômios judiciários brasileiros, desde a sua instauração por Dom Pedro I até hoje, se apresentam como lugares inóspitos, violentos, que geram o silenciamento, humilhação e segregação das pessoas que lá se encontram internadas. Esta instituição total permanece, portanto, gerando a violação dos direitos humanos das pessoas rotuladas como “portadoras de deficiências mentais”. Este grupo vem sendo “objeto de uma violência institucional que atua em todos os níveis, já que qualquer ação contestadora sua será definida dentro dos limites da doença.”²⁰⁰ Conforme foi abordado no primeiro capítulo, esta patologização ocorre pela dinâmica social de determinado tempo e espaço que não quer se identificar com este comportamento que foge do padrão dos corpos dóceis.

Esta linha divisória entre os comportamentos aceitos e os não aceitos, os corpos dóceis e não dóceis, os sãos e os sem razão, o bem e o mal, o normal e o patológico, fundamentou também a distinção de tratamento no ramo máximo do direito que é o penal, através da divisão dos imputáveis e os inimputáveis.

Visando colocar um fim na separação discriminatória e na segregação deste grupo que se encontra em algumas das situações mais duras que possam existir em qualquer sociedade, foram estabelecidos parâmetros internacionais de proteção dos direitos humanos dos considerados “loucos” e estabelecida a obrigação internacional dos países de legislarem e adotarem medidas sobre o tema.

Desta forma, visando atender aos parâmetros internacionais e aos anseios sociais internos trazidos pelo Movimento de Luta Antimanicomial, positivou-se internamente a Lei nacional nº 10.216/2001 e a Convenção

200 BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ª edição. Rio de Janeiro: GRAAL, 2001. p. 112.

Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Estas medidas de caráter legislativo deveriam ser aplicadas no intuito de eliminar a discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência e de possibilitar a sua plena integração social. Todavia, a positivação no direito pátrio permanece sendo ignorada pelos demais ramos jurídicos, como o penal e o processual penal, que permanecem ultrapassados e inadequados com a situação atual dos direitos deste grupo.

O estado de Goiás já tomou medidas para mudar esta situação de desrespeito aos direitos fundamentais e humanos, criando o programa chamado PAILI. Contudo, o passo diferenciador tomado por Goiás ainda segue sendo exceção no contexto nacional de descaso com os que foram silenciados socialmente pela suposta ausência de razão, mantendo a violência e os tratamentos degradantes e desumanos.

É nítido que o sistema penal, de maneira geral, é falho e problemático pela seletividade, violência, e, evidentemente, por não cumprir nenhuma de suas funções. Contudo, em relação às pessoas consideradas “loucas”, o Estado brasileiro vem realizando uma diferenciação que surte o efeito de impedir ou, até mesmo, anular o reconhecimento, gozo ou exercício dos direitos humanos e suas liberdades fundamentais, concretizando, portanto, a discriminação em detrimentos das pessoas “portadoras de deficiência mental”.

Assim, as medidas de segurança, que já eram incongruentes e ultrapassadas, estão rumando para um caminho ainda mais problemático com a redação do Anteprojeto do Novo Código Penal, que mantém a noção de periculosidade, aplica como regra a pena máxima do direito penal de 30 anos para a maior parte dos tipos praticados com violência ou ameaça, e ainda possibilita a segregação perpétua pelo juízo civil. Permanece, portanto, enxergando o louco como o outro, o não cidadão, o não sujeito de direitos, evidenciando a noção de que em nossa sociedade não há espaço para a

liberdade de expressar uma identidade fora dos padrões, pois o direito retira a sua própria individualidade.

Urge, portanto, colocar o tema em debate, com todas as incongruências do atual modelo do instituto da medida de segurança, a sua inadequação com os preceitos constitucionais e com a legislação especial, buscando enfrentar este problema que perpassa décadas e efetivar a proteção da diferença, da liberdade de identidade, deste grupo de pessoas consideradas “sem razão” que até a voz para pleitear seus direitos foi-lhe tomada.

BIBLIOGRAFIA

Livros

ASSIS, Machado de. *Helena e O alienista*. Três livros e fascículos, 1984. 247p.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª edição. Rio de Janeiro: GRAAL, 2001. 326p.

BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal*: parte geral, volume 1. 9ª edição. São Paulo: Saraiva, 2004. 807p.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. 307p.

CHALUB, Miguel. *Introdução à psicopatologia*. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1981. 244p.

COHEN, Claudio; FERRAZ, Flávio; SEGRE Marco. *Saúde Mental, Crime e Justiça*. São Paulo: EDUSP, 1996. 280p.

DELEUZE, Gilles. *Conversações, 1925-1995*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. 226p.

FARIA, Antônio Bento de. *Anotações theorico-práticas ao Código Penal do Brasil*. Rio de Janeiro: Jacintho Ribeiro dos Santos Ed., 1929. 652p.

FERRARI, Eduardo Reale. *Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001. 229p.

FILGUEIRAS-JR, Araújo. *Código criminal do Império do Brazil*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Casa dos editores proprietários Eduardo & Henrique Laemmert, 1876. 370p.

FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. 3ª edição. Rio de Janeiro: NAU, 2002. 158p.

_____. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro Ltda., 1968. 99p.

_____. *História da loucura: na Idade Clássica*. 8ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2009. 551p.

_____. *Microfísica do poder*. 8ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 295p.

_____. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo, Martins Fontes, 2001. 479p.

_____. O sujeito e o poder. In: Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow. *Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. 2a. Edição Revista. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 33ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 269p.

GAMA, Affonso Dionysio. *Código Penal Brasileiro*. São Paulo: Saraiva, 1929. 854p.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Editora Perspectiva, n. 91. 320p.

GRECO, Rogério. *Curso de direito penal: parte geral*, v. 1. 10ª edição. Niterói, RJ: Editora Impetus, 2008. 784p.

JUNG, Carl Gustav. *Psicogênese das doenças mentais*. 3ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 279p.

LOMBROSO, César. *O homem delinquente*. Porto Alegre, RS: Ricardo Lenz Editor, 2001. 555p.

MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato Nascimento. *Manual de direito penal: parte geral arts. 1º a 120 do CP*. 27ª edição. São Paulo: Atlas, 2011. 466p.

NIETZSCHE, Friedrich. *Além do bem e do mal: prelúdio a uma filosofia do futuro*. Porto Alegre, RS: LP&M, 2008. 256p.

PESSOTTI, Isaias. *O século dos manicômios*. Rio de Janeiro, Editora 34, 1996. 304p.

PORTER, Roy. *Uma história social da loucura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990. 328p.

SILVA, Marcus Vinicius. *A Instituição Sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, Comissão Nacional de Direitos Humanos, 2001. 398p.

YOUNG, Jock. *A sociedade excludente: exclusão social, criminalidade e diferença na modernidade recente*. Rio de Janeiro: Revan, 2002. 314p.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de direito penal brasileiro: parte geral*. 5ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004. 847p.

Teses/Dissertações

RAMÔA, Marise de Leão; MOTTA, Maria Euchares de Senna. *A desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica: um estudo sobre o projeto Caps ad..* Rio de Janeiro, 2005. 177p. Tese (Doutorado em Psicologia). Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Saúde mental e direito: um diálogo entre a reforma psiquiátrica e o sistema penal*. Brasília, 2003. 99p. Monografia (Curso de especialização em direito sanitário). Fundação Universidade de Brasília, Faculdade de Direito da UnB, Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ.

Documentos Internacionais

OEA. *Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência*.

Adotada no vigésimo nono período ordinário das sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos, entrou em vigor no dia 14 de setembro de 2001.

ONU. Assembleia Geral. *Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental*. A/RES/46/119, 75ª reunião de plenário, 17 de dezembro de 1991.

____. Assembleia Geral. Res. 56/119, 28 de novembro de 2001, UN Doc. A/C.3/56/L.67/Rev.1.

____. Comissão de Direitos Humanos. Subcomissão de Prevenção de Discriminação e Proteção das minorias. *Principles, Guidelines, and Guarantees for the Protection of Persons Detained on Grounds of Mental Ill-Health or Suffering from Mental Disorder*. UN Doc. No. E/CN.4/Sub.2/1983/17.

____. Conferência Mundial de Direitos Humanos, Viena. Declaração de Viena e Programa de Ação, 14-25 de junho de 1993. UN DOC A/CONF.157/24.

Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos em parceria com Global Exchange. *Uma luta histórica: pela transformação de uma assistência psiquiátrica perversa e desumana*: Conselho Federal de Psicologia. Direitos Humanos no Brasil, 2002.

Sentença Internacional

CORTE IDH. *Ximenes Lopes v. Brasil*. Mérito, reparação e custas. Sentença de 04 de julho de 2006.

Sentenças Nacionais

Superior Tribunal de Justiça, HC nº 233474, Relator Ministro Sebastião Reis Júnior, MT, 19/04/2012

_____, HC nº 208336, Relatora Ministra Laurita Vaz, SP, 20/03/2012.

_____, AgRg no REsp nº 1124698, Relator Ministro Jorge Mussi, RS, 21/06/2011.

Documentos eletrônicos

Associação Brasileira de Psiquiatria. Diretrizes para um modelo de assistência em saúde mental no Brasil, 2006. Disponível no link: <http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf>, última visualização no dia 26 de outubro de 2012.

Anteprojeto do Novo Código Penal brasileiro. Disponível no link: <<http://www.ibccrim.org.br/upload/noticias/pdf/projeto.pdf>>, última visualização no dia 15 de outubro de 2012.

Conselho Regional de Psicologia (CRP SP). *Carta Aberta - Para além dos manicômios judiciais: a reforma psiquiátrica antimanicomial e sua implementação na execução das medidas de segurança*. Disponível no link: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manicomiosjudiciarios.pdf>, última visualização no dia 17 de setembro de 2012.

Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à saúde; Departamento de ações programáticas estratégicas; Coordenação de Saúde Mental. Programa

Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH. Disponível no link: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/pnashpsi/PNASH%20PSIQ%20-%20Versao%202003.pdf>>, última visualização no dia 15 de outubro de 2012.

Ministério Público de Goiás e Secretária da Saúde do Estado de Goiás. Texto de Haroldo Caetano da Silva. Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança, 2009. Disponível no link: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/cartilhadopaili.pdf>>, última visualização no dia 15 de outubro de 2012.

SILVA, Haroldo Caetano da. *Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do Paili*, 2010. Disponível no link: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v20n1/15.pdf>>, última visualização no dia 17 de setembro de 2012.

TASSE, Adel El. Anteprojeto de Código Penal: análise crítica da Parte Geral. Disponível no link: <<http://jus.com.br/revista/texto/22656>>, última visualização no dia 17 de outubro de 2012.