



Renata Verônica Cortes de Lira

**Loucos sob medida: Compassos e
descompassos entre a reforma
psiquiátrica e os manicômios judiciais**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da PUC-Rio como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientador: Prof. Carlos Alberto Plastino Esteban

Rio de Janeiro
Abril de 2014



Renata Verônica Cortes de Lira

**Loucos sob medida: Compassos e
descompassos entre a reforma
psiquiátrica e os manicômios judiciais.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-
Graduação em Direito do Departamento de Direito da
PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo
assinada.

Prof. Carlos Alberto Plastino Esteban

Orientador

Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof^a. Victoria-Amália de Barros Carvalho Gozdawa de Sulocki

Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof^a. Vera Malaguti de Souza Weglinski Batista

UCAM

Prof^a. Mônica Herz

Vice-Decana de Pós-Graduação do Centro de
Ciências Sociais – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 04 de abril de 2014.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, do autor e do orientador.

Renata Verônica Cortes de Lira

Possui graduação em Direito pela Universidade Tiradentes (2003). Atualmente é advogada - Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direitos Humanos

Ficha catalográfica

Lira, Renata Verônica Cortes.

Loucos sob medida: Compassos e descompassos entre a reforma psiquiátrica e os manicômios judiciais / Renata Verônica Cortes de Lira ; orientador: Carlos Alberto Plastino Esteban. – 2014.

115 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito, 2014.

Inclui bibliografia

1. Direito – Teses. 2. Reforma psiquiátrica. 3. medidas de segurança. 4. inimputabilidade. 5. manicômio judiciário. 6. louco infrator. I. Esteban, Carlos Alberto Plastino. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Direito. III. Título.

CDD: 340

Dedico essa dissertação à minha querida avó Olga que inconscientemente me ensinou as primeiras lições sobre direitos humanos.

Agradecimentos

Parecia que o mais fácil seria escrever os agradecimentos, mas não foi bem assim. O resultado deste trabalho não tem sua origem em março de 2012 quando começaram as aulas do mestrado, mas há muito tempo atrás, quando saio do estado de indignação e vou estagiar na Sociedade Afrosergipana de Estudos e Cidadania. Entrei no mundo dos direitos humanos através do movimento negro e hoje, quase 15 anos depois, posso dizer que já me uni a várias outras frentes. Assim, me dei conta de que há muito e há muitos a agradecer.

Primeiro, agradeço todo apoio e incentivo dos meus pais, mesmo que às vezes sem entender minhas escolhas, sempre estiveram ao meu lado, torcendo por meu sucesso e minha felicidade, vocês são a minha fortaleza. À minha irmã Carla: a distância física sempre fez parte da nossa relação, mas sempre buscamos, ainda que sem perceber, que o cuidado e o carinho estivessem presente, obrigada, também, por todas as traduções.

À minha família baiana, meus tios, minhas tias, meus primos e primas, ao meu padrinho, Tio Jorge, muito obrigada pelo amor de vocês. À família carioca: a turma do “12” e a turma de Niterói, obrigada por tudo. E como não citar a turma de Vitória, minhas primas queridas, Rosana e Sheila, que me acolheram com todo carinho na reta final.

Aos meus amigos baianos, “pseudosergipanos”, cariocas, paulistas e essenciais na minha vida: Sandrinha, Camilla, Francisca, Rui, Karinny, Lavínia, Tiago, Caio, Ana Esther, Glaucia, Ju Farias, Cíntia..., sem vocês não seria eu quem sou hoje e mais, sem vocês, não dá para ser feliz! Deixo aqui um agradecimento especial à minha amiga-irmã Juliana Barros, ao Rafael Dias, Patrícia Freitas e Luís Carlos que contribuíram imensamente neste trabalho.

Aos meus amigos-companheiros de trabalho, Antônio, Fábio, Isabel, Patrícia, Vera e Taiguara, muito obrigada por todo apoio e compreensão, é uma honra poder trabalhar e aprender com vocês.

As amigas “psi”, Bia, Bel Lima, Tânia Kolker, Ana Camuri, Alice, e por falar em “psi”, como não citar Isabela Coutrinho, sem a qual, eu mesma já seria paciente de medidas de segurança...rs!

Aos companheiros de mestrado, Rafaela, Vivi, Débora, Rafael, Neidinha, Elisa, Helen, Valeska, Livia, aprendi muito com vocês e já sinto saudades. Agradeço especialmente à Zé Holanda, que se tornou um grande amigo.

Agradeço às professoras Victória Sulocki e Vera Malaguti por aceitar fazer parte da banca; a presença de vocês é uma honra, trazendo para mim ainda mais responsabilidade sobre o conteúdo do trabalho.

Muito obrigada ao meu orientador o professor Carlos Plastino, suas aulas de Teoria Política Moderna foram fundamentais para minha formação e também para decidir quem eu convidaria para embarcar nesta aventura comigo. Obrigada pela compreensão e paciência, orientar alguém que também trabalha é ainda mais difícil, mas acredito que fizemos a escolha certa.

E por fim, o agradecimento mais importante: ao meu companheiro, meu grande incentivador, meu amor, minha paixão, o meu Dudu, que com o seu “amor simples”, sua coragem e sensibilidade, transforma a minha vida todos os dias, tornando-me alguém melhor.

Foucault disse que *“para falar da loucura, seria preciso ter o talento de um poeta”*... Bem, eu acredito que comigo foi o contrário, se hoje tenho mais poesia na minha vida, foi por que escolhi falar da loucura.

Resumo

Lira, Renata Verônica Cortes de; Esteban, Carlos Alberto Plastino. **Loucos sob medida: Compassos e descompassos entre a reforma psiquiátrica e os manicômios judiciários**, 2014. 115p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A publicação da Lei nº 10.216 em 2001, a desejada Lei da Reforma Psiquiátrica, foi um marco legal de extrema importância na luta antimanicomial. Baseada na garantia dos direitos à dignidade, à autonomia e à inserção social das pessoas com sofrimento psíquico, prevê a desinstitucionalização gradual dos usuários do sistema de saúde mental e veda a internação prolongada em instituições asilares ou com características análogas a estas. As pessoas com transtorno psíquico que cometem delitos, os loucos infratores, também estão incluídos na referida legislação, contudo o que se observa é que no campo jurídico pouco se avançou no que se refere a aplicação das medidas de segurança. Os manicômios judiciários ainda são espaços de violações de direitos. Assim, o trabalho pretende identificar de onde surge a ideia da desinstitucionalização, como ela foi inserida no Brasil e se vem sendo introduzida também nos manicômios judiciários do estado do Rio de Janeiro. Partindo do fato de que o louco infrator é duplamente estigmatizado, por causa do medo que paira sobre a possibilidade deste voltar a delinquir, a intenção principal do trabalho é avaliar a atual condição dos locais para onde estas pessoas estão sendo enviadas. A pesquisa focou os manicômios judiciários, espaços historicamente reconhecidos como produtores e reprodutores de isolamento, negligência, maus tratos e tortura, buscando informações sobre como a Lei da Reforma Psiquiátrica vem influenciando o tratamento dado às pessoas com transtorno psíquico que cumprem medidas de segurança e realizando considerações sobre se os avanços no campo psiquiátrico e os poucos ocorridos no campo jurídico efetivamente alcançaram os loucos infratores do estado do Rio de Janeiro.

Palavras chave

Reforma psiquiátrica; medidas de segurança; inimputabilidade; manicômio judiciário; louco infrator

Resumo

Lira, Renata Verônica Cortes de; Esteban, Carlos Alberto Plastino (Advisor). **Insane offenders under control: compasses and mismatches between the psychiatric reform and judiciary asylum**, 2014. 115p. MSc Dissertation - Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The publication of the law No.10.216 in 2001, the expected Psychiatric Reform Law, was a legal reference that has been extremely important in the fight against asylums. Based on securing the rights to dignity, autonomy and social integration of people with psychological distress, foresees the gradual institutionalization of users of the mental health system and seals prolonged hospitalization in mental institutions or analogous to these features. People with mental disorders who commit crimes, the offenders, are also included in this legislation, but what is observed is that on the legal field, until nowadays, there was a very little progress regarding the implementation of security measures. The judiciary psychiatric hospitals are still spaces of rights violations. Thus, this paper aims to identify where the idea of deinstitutionalization arises, as it was inserted in Brazil and has been introduced in judiciary psychiatric hospitals in the state of Rio de Janeiro. Beginning from the fact that the offender with mental disorders is doubly stigmatized, because of fear that hangs over the possibility of a re-offending, the main intention here is to evaluate the current condition of the places where these people are being sent. The research focused on the judiciary psychiatric hospitals, spaces historically recognized as producers and reproducers of isolation, neglect, mistreatment and torture, seeking informations about how the Psychiatric Reform Law has influenced the treatment of people with mental disorders that serve security measures and performing considerations about if the advances in the psychiatric field and the few examples that have occurred in the legal field effectively achieved offenders with mental disorders at Rio de Janeiro.

Keywords

psychiatric reform; security measures; nonimputability; judiciary asylum; mentally disordered offenders

Sumário

Introdução	13
1 História da Psiquiatria no Brasil	18
1.1 Do espetáculo do sofrimento à mortificação invisível nas prisões.	18
1.2 O surgimento da Psiquiatria e dos Manicômios	21
1.3 Uma passagem pela evolução histórica da situação manicomial no Brasil	24
1.4. A Reforma Psiquiátrica	30
1.4.1. A Ideia de Desinstitucionalização	30
1.4.2. A experiência de Franco Basaglia	31
1.5. A Reforma no Brasil	33
1.5.1. A Lei 10.216/01	36
1.5.2. O Caso Ximenes, a Comissão e a Corte Interamericana de Direitos Humanos	39
2. Medidas de Segurança	44
2.1 Breve análise histórica das Medidas de Segurança na legislação brasileira	44
2.1.1 Período colonial e do Império	44
2.1.2. Código Penal de 1890 e a “Lei dos Alienados”	45
2.1.3. Consolidação das Leis Penais	46
2.1.4. Sobre a legislação penal de 1940	47
2.1.4.1 A Chegada da Criminologia no Brasil	47
2.1.4.2 O Código Penal de 1940	50
2.1.5 A legislação atual sobre as medidas de segurança	51
2.2 Elementos jurídicos para determinação das medidas de segurança das pessoas com de sofrimento psíquico	54
2.3 Procedimentos de despenalização do louco infrator	57

2.4 A solução seria a possibilidade de formas distintas de responsabilização ou a adoção de programas de apoio ao louco infrator?	60
2.4.1 A possibilidade das formas distintas de responsabilização	60
2.4.2 Os programas de apoio como formas alternativas	61
2.4.2.1 Programa de Apoio Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ	61
2.4.2.2 Programa de Apoio Integral ao Louco Infrator - PAILI	62
 3. Situação prisional e manicomial brasileira em tempos de super encarceramento	 64
3.1 Contextualizando brevemente o super encarceramento	64
3.2 O quadro de superlotação nacional e no estado do Rio de Janeiro	65
3.3 Como se apresenta a “porta de entrada” do sistema prisional do estado do Rio de Janeiro	68
3.4 A tão desejada “porta de saída” e as ferramentas de obstaculização da liberdade	71
3.4.1 “Progredindo” para permanecer em ambientes ainda mais insalubres	71
3.4.2 Do exame criminológico	73
3.4.2.1 Da sua (i)legalidade	74
3.4.2.2 A avaliação técnica	76
 4. Pesquisa de campo	 80
4.1 Da Metodologia	80
4.1.1 Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro	81
4.1.2 Da metodologia de visitas do MEPCT/RJ	83
4.1.2.1 Da conversa com a direção da unidade	83
4.1.2.2 Das questões examinadas	84
4.1.2.3 Entrevista com os internos	85
4.1.2.4 Conversa com agentes e corpo técnico	85
4.1.2.5 A conclusão	85
4.1.2.6 Do relatório de visitas	86

4.2 Das visitas aos manicômios judiciais do Estado do Rio de Janeiro	87
4.2.1 Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo	87
4.2.1.1 Informações fornecidas pelos responsáveis da unidade	88
4.2.1.2 Das instalações do manicômio	89
4.2.1.3 Atividades recreativas	91
4.2.1.4 Informações do corpo técnico e agentes penitenciários	91
4.2.1.5 Das conversas com os internos	92
4.2.2 Centro de Tratamento em Dependência Química Roberto de Medeiros	94
4.2.2.1 Informações fornecidas pelo responsável da unidade	94
4.2.2.2 Das instalações do manicômio	95
4.2.2.3 Atividades recreativas	97
4.2.2.4 Informações do corpo técnico e agentes penitenciários	97
4.2.2.5 Da conversa com os internos	98
4.2.3 Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho	99
4.2.3.1 Informações fornecidas pelo responsável da unidade	99
4.2.3.2 Das instalações do manicômio	100
4.2.3.3 Atividades Recreativas	102
4.2.3.4 Informações do corpo técnico e agentes penitenciários	103
4.2.3.5 Da conversa com os internos	104
4.3 Considerações gerais	105
5 Considerações finais	109
6 Referências Bibliográficas	113

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Dados disponíveis no Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen, do Ministério da Justiça

66

Introdução

*“Há sempre alguma loucura no amor.
Mas há sempre um pouco de razão na loucura.”
(Friedrich Nietzsche)*

A motivação para essa pesquisa é fruto de experiências que vivi durante a tramitação do Caso Damião Ximenes¹ na Comissão e Corte Interamericana de Direitos Humanos, onde fui uma das advogadas responsáveis pelo seu processamento. Durante o processo obtivemos a informação de que os trabalhadores da área de saúde mental e usuários do sistema de saúde mental se moviam pela ideia de abrir portas, desinstitucionalizar, inserir as pessoas com sofrimento psíquico na sociedade através de tratamentos ambulatoriais, através das artes, da música, do convívio familiar, por meio da Reforma Psiquiátrica.

A partir do conhecimento mais específico da Lei da Reforma Psiquiátrica surge o questionamento: *mas, e as pessoas com sofrimento psíquico que cometem delitos, elas também são atendidas pela Lei da Reforma Psiquiátrica ?* A pergunta sobre, se e como, os loucos infratores, duplamente estigmatizados, estavam acessando esse movimento tão libertador dentro dos manicômios judiciais foi o foco desta pesquisa. Trabalhando com o monitoramento de espaços de privação de liberdade e afirmando através dos ensinamentos da teoria abolicionista que conciliações e reparações são muito mais eficazes que o isolamento, pareceu-nos que a Lei da Reforma Psiquiatria poderia ser um tipo de “abolição manicomial”. A possibilidade de ser (re)inserido na sociedade através do convívio com esta faria muito mais sentido do que destinar pessoas, loucas ou não, ao isolamento, à anulação, ou à morte social e física.

Para execução desta pesquisa partimos dos ensinamentos de Michel Foucault acerca das instituições asilares como locais de administração da punição e das lições de Alessandro Baratta, Nilo Batista, Salo de Carvalho, Vera Malaguti, entre outros, que nos permitem entender em que bases foi forjado o sistema penal brasileiro, através dos seus quatro séculos de escravismo e como este serviu e

¹ Damião Ximenes foi torturado e morto em uma clínica psiquiátrica conveniada ao Sistema Único de Saúde em Sobral, município do Ceará. O caso deu origem a uma ação na Comissão e Corte Interamericana de Direitos Humanos, resultando na primeira sentença condenatória ao Estado brasileiro em um tribunal internacional.

ainda serve a uma cultura repressiva e encarceradora. Neste sentido, a presente dissertação pretende ainda abordar a estrutura manicomial enquanto ferramenta de punição e exclusão, em especial na cidade do Rio de Janeiro.

Inicialmente, apresentamos no capítulo 1 um resumo sobre a história da psiquiatria no Brasil. Neste tópico, abordaremos o fim da ostentação dos castigos corporais realizados em praça pública no fim do século XVIII e o surgimento das prisões no início do século XIX, analisando as razões que teriam levado a sociedade a eleger o encarceramento como uma forma mais eficiente de punição. Destacamos neste contexto como o indivíduo que comete delito deixa de ser condenado tão somente pelos seus atos, mas também pelo seu comportamento “perigoso” e principalmente pelo que será capaz de realizar futuramente.

Observaremos em seguida o surgimento de um novo paradigma, o louco já não era responsabilizado pelos seus atos e por isso não devia ser punido, mas isolado e tratado em um local que pudesse atender a necessidade do isolamento e do tratamento. As prisões tal como se apresentavam não atendiam com precisão, faltava-lhes o cuidado especializado. Neste contexto de inovações e falsos progressos, no que diz respeito às pessoas com sofrimento psíquico que cometiam delitos surgem novos saberes como a psiquiatria, que se revelou como mais um instituto de repressão e de justificativas teóricas sobre as práticas de disciplina corporal. Criam-se, portanto, os manicômios criminais, a junção de duas instituições totais, a prisão e o manicômio.

No Brasil, mais especificamente, trataremos sobre como a ideologia manicomial se instala no país. Conforme mencionado, tendo o país durante quase quatro séculos construído suas relações econômicas e sociais com base no escravismo, a sociedade brasileira cria as instituições totais para isolar aqueles que não lhes pareciam adequados, ou seja, os homens e mulheres negros, as crianças que viviam nas ruas, os pobres, os chamados “*alienados e inoportunos*”. No fim do século XIX muitas colônias foram construídas no território nacional, milhares de pessoas foram internadas sob as mais absurdas justificativas: moças que engravidavam ainda solteiras; mulheres com ideias feministas; órfãos; pessoas que moravam na rua. Nesta época, os loucos infratores ficavam em uma ala especial no Hospício Nacional, localizado na cidade do Rio de Janeiro, mas logo se declarou a necessidade de um lugar específico para as pessoas com sofrimento psíquico que cometiam delitos, uma “*prisão em caráter especial*” disse o médico

Juliano Moreira; o primeiro manicômio judiciário é inaugurado em 1921. Neste período, o surgimento da Liga Brasileira de Higiene Mental e a introdução no Brasil do conceito de degenerescência são fundamentais para determinar quem seriam as pessoas enviadas para o manicômio.

Será possível observar no presente trabalho que ao longo dos anos as instituições psiquiátricas e manicômios judiciários se multiplicam pelo país e durante a ditadura militar o Brasil atinge o seu ápice no número de leitos para internação de pessoas com sofrimento psíquico, sobretudo em instituições privadas conveniadas com o Estado.

O primeiro capítulo também destaca a importante construção dos movimentos antimanicomiais no Brasil quando, no fim da década de 70, os trabalhadores da saúde mental se reúnem em um movimento para pleitear melhores condições de trabalho e mudança de paradigmas sobre a inserção do louco na sociedade. O movimento se inspira nas ideias do médico italiano Franco Basaglia que propunha a desinstitucionalização dos usuários do sistema de saúde mental. Na década de 80, o movimento antimanicomial brasileiro, reafirmando a proposta de harmonia entre o tratamento e o convívio, lança a campanha *“por uma sociedade sem manicômios”*. Em uma reconhecida vitória, é aprovada a Lei nº 10.216/01, Lei da Reforma Psiquiátrica, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, tratando especificamente da desinstitucionalização e garantindo os direitos à dignidade, autonomia e a inserção social.

Por fim, o capítulo 1 trata ainda sobre a importância de uma ação que foi movida em face do governo brasileiro na Comissão e Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos, que trouxe para o cenário internacional o debate sobre a tortura e morte nas clínicas psiquiátricas, trata-se do já mencionado caso Damião Ximenes.

No capítulo 2 vamos nos dedicar à avaliação sobre os retrocessos e os avanços do ponto de vista do Direito. Primeiramente faremos uma análise sobre as legislações brasileiras desde o período colonial até decretos presidenciais mais recentes. O foco será a legislação penal, as medidas de segurança e que ideologias inspiraram a sua elaboração. Ainda neste capítulo, abordaremos a chegada da criminologia no Brasil e como a sociedade intelectual brasileira a adequou às suas características econômicas e sociais, bem como as consequências da sua influência no ordenamento jurídico penal brasileiro. Procura-se ainda analisar

quais elementos jurídicos são estabelecidos como determinantes para aplicação das medidas de segurança às pessoas com transtorno mental que cometem delitos. Problematisa-se como que a determinação sobre a imputabilidade, semi-imputabilidade e inimputabilidade são, na verdade, uma opção política que se respalda no estado de periculosidade atribuído ao louco infrator, possibilitando que este permaneça nos manicômios judiciais *ad eternum*.

O segundo capítulo pretende, portanto, observar como o campo jurídico tem reagido ao novo paradigma trazido pela Lei da Reforma Psiquiátrica, segundo o qual as pessoas com sofrimento psíquico não são completamente incapazes de ter vontade e compreensão de seus atos e que por conseguinte não podem ser “julgadas” por quem são, nem pelo que é possível que venham a fazer, mas objetivamente pelos delitos cometidos.

O capítulo 3 procura contextualizar a prática de encarceramento no Brasil e Rio de Janeiro, demonstrando como funciona a dinâmica de manutenção do *status quo* dos presos fluminenses. Avalia também como que o sistema penal, que diz estar respaldado no princípio da igualdade, se impõe de forma seletiva, repressiva e criminalizadora. O capítulo apresenta ainda informações sobre a estrutura das celas, superlotação, alimentação, castigos, ou seja, as condições em que vivem parte dos internos que adentram o sistema prisional do estado do Rio de Janeiro e que obstáculos são impostos para que aqueles que já cumpriram sua pena e buscam alcançar a liberdade. Apresentaremos também uma breve análise sobre o instituto do Exame Criminológico, laudo produzido por uma equipe de peritos multidisciplinares que tem o objetivo de respaldar a decisão do Judiciário sobre a concessão da progressão de regime para os presos que já podem obter benefícios.

O capítulo 4 traz a pesquisa de campo, procuramos retratar o momento em que efetivamente se adentra os muros do manicômio para obter elementos para a pesquisa. Apresentaremos os dados e informações colhidos durante as visitas realizadas aos três manicômios judiciais do estado do Rio de Janeiro que estão sob responsabilidade da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP). Será possível ter uma visão de como vem sendo implementada a Reforma Psiquiátrica nos manicômios judiciais ou como esta ainda se faz ausente nestes espaços. Foram realizadas conversas com a direção das unidades manicomiais, funcionários, equipe técnica e principalmente com os internos.

Para possibilitar o acesso aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e documentar as informações colhidas, utilizei de minha prerrogativa enquanto membro do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do estado do Rio de Janeiro órgão criado pela Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro com objetivo de monitorar espaços de privação de liberdade. A origem do órgão e sua metodologia também serão apresentados no capítulo 4.

Finalmente, é preciso que se afirme que esta pesquisa claramente defenderá a ideia de que a desinstitucionalização também tem que ser estendida aos manicômios judiciários e que a rede substitutiva tem que ser ampliada de forma célere e com participação de todos os envolvidos, trabalhadores da saúde mental, familiares, loucos, pois a internação *“Não tem dó no peito (...) Não tem jeito (...) Não tem ninguém que mereça (...) Não tem coração que esqueça (...) Não tem pé, não tem cabeça (...) Não dá pé, não é direito”* (Arnaldo Antunes).

1

História da Psiquiatria no Brasil

1.1

Do espetáculo do sofrimento à mortificação invisível nas prisões.

Em 1961, Franco Basaglia, médico italiano, assume a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, na Itália. Amarante² cita Dell'Acqua para relatar a impressão de Basaglia ao entrar no hospital:

A primeira vez que entrou neste hospital, e era sempre ele mesmo a contar isso, viu os internos fechados à chave dentro dos pavilhões e nas celas de isolamento, e recordou-se de quando estava na prisão. Então, pensou que deveria usar todo seu poder de diretor para melhorar as condições de vida destas pessoas. (Dell'Acqua, 1980, p.39)

Não só Basaglia como qualquer pessoa que adentre um manicômio, perceberá como esse possui todas as características de uma prisão, neste sentido antes de tratar sobre o surgimento dos manicômios, é fundamental que se entenda o surgimento das prisões e, para tanto, traremos algumas das conclusões de Michel Foucault³ quando estudou o nascimento da prisão e o surgimento do asilo como locais de administração da punição nas suas obras *A Verdade e a Forma Jurídica*, *Vigiar e Punir* e *Microfísica do Poder*.

Foucault descreveu a sociedade contemporânea como a “*sociedade disciplinar*”, entendendo que o que caracteriza o aparecimento desta é a ocorrência de um fato que teria dois aspectos aparentemente “contraditórios”. O fato mencionado por Foucault⁴ é a reorganização do sistema judiciário e penal na Europa e em todo o mundo que assume amplitude e cronologias diferentes em cada país. Houve no fim do século XVIII e início do século XIX a “*reelaboração teórica da lei penal*” trazida por Beccaria, Bentham, Brissot e outros.

² AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 65.

³ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 295p.; FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Tradução de Lígia M. Pondé Vassallo. Petrópolis: Vozes, 1987. 280p.; FOUCAULT, Michel. *A verdade e as forma jurídicas*. Tradução Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. 160p.

⁴ FOUCAULT, Michel. *A verdade e as forma jurídicas*. Tradução Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 79.

O princípio fundamental definido pelos autores é que antes da existência da lei que definia a conduta como crime, não havia crime. O segundo princípio determinado era que a lei penal deveria representar o que era visto como nocivo à sociedade. O crime seria ainda definido por um terceiro princípio, entendendo que esse não seria algo como uma falta ou um pecado, mas algo que “danificaria” a sociedade, perturbaria a sua ordem. O criminoso, portanto, seria aquele que perturba a ordem e danificaria a sociedade, ele seria o “*inimigo social*”, Rousseau⁵ afirmava que o criminoso é aquele que rompe com o pacto social. Se a lei penal somente tem relação com a perturbação da sociedade, essa não pode se transformar em uma vingança social, mas apenas para sanar a desordem causada, o objetivo da lei deveria ser de reparar e impedir males causados tão somente ao corpo social.⁶

Neste contexto havia quatro tipos possíveis de punições: a deportação era uma maneira de expulsar a pessoa, bani-la do convívio social; a segunda seria uma espécie de exclusão no próprio local, tem relação com os escândalos, a humilhação social causada pela publicação da infração cometida; a terceira é a reparação do dano social através da realização de trabalhos forçados e a quarta punição era a pena de Talião, na qual tomava-se daquele que tinha cometido a infração algo na justa medida do que tinha prejudicado com sua conduta. Essas formas de punição apesar de utilizadas, desapareceram rapidamente e foram substituídas pelo aprisionamento dos criminosos, penalidade que viria a se tornar a maior forma de punição do século XIX.⁷

Foucault inicia seu trabalho em *Vigiar e Punir*, descrevendo o suplício como forma de ostentação do sofrimento e punição, mas também analisa as mudanças ocorridas através dos séculos com a imposição de regras de isolamento, trabalho e controle do tempo dos presos. Ele afirma que nesta fase, fim do século XII e início do XIX, há uma redistribuição, na Europa e Estados Unidos, da “economia do castigo”. De certa forma, torna-se mais rentável vigiar do que punir.

O castigo foi abolido e a pena “humanizada”, o espetáculo do esquiteamento foi substituído por sofrimentos mais sutis, velados, despidos de

⁵ ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Do contrato social*. Tradução de Lourdes Santos Machado; introdução e notas de Paulo Arbousse-Bastide e Lourival Gomes Machado. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

⁶ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Tradução de Lúcia M. Pondé Vassallo. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 80 - 82.

⁷ Idem. p. 83 e 84.

ostentação. O corpo desaparece das vistas da sociedade como alvo da repressão penal e o ato da punição se transforma em um procedimento meramente administrativo. A exposição cotidiana da punição adentra no campo da “*consciência abstrata*”, os magistrados são liberados do “*vil ofício de castigadores*”, restando-lhes o dever de reeducar e curar essas pessoas. O corpo deixa de ser alvo principal para ser o meio pelo qual a punição será imprimida. O que não impediu que a prática da tortura permanecesse, mesmo hoje, no sistema penal⁸.

O suplício vem a ser substituído pela privação da alimentação e do ato sexual, assim como a imposição constante do esforço físico. Desta forma, a punição ultrapassava o corpo do possível criminoso, atingindo o coração, o intelecto, as vontades, sua dignidade e a sua alma. A ideia era transformar o indivíduo em alguém “melhor”, contudo, como afirmou Foucault⁹, esse foi um projeto fracassado desde o seu início.

Segundo Foucault, o crime como objeto da prática penal sofreu profundas modificações na sua substância, qualidade e natureza. As agressões não deixaram de ser punidas enquanto delito, mas com as mudanças, os impulsos e os desejos também passaram a ser punidos. Neste momento, a observação está para além do criminoso, são as suas relações com o crime, com o passado e que outros delitos poderia vir a cometer no futuro, ou seja, o indivíduo é quem será qualificado, não o delito.

Diferente do que pregava Beccaria, a penalidade no século XIX tinha menos a ver com a defesa da sociedade e sim com um maior controle psicológico e moral sobre o comportamento dos indivíduos. O princípio fundamental trazido por Beccaria ensinou que não existiria crime sem lei anterior que determinasse a conduta a ser punida, contudo o que se percebera naquele momento era que o controle sobre os indivíduos não estaria mais relacionado à lei, mas ao que aquelas pessoas “*são capazes de fazer, do que estão sujeitos a fazer, do que estão na iminência de fazer.*”¹⁰

⁸ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Tradução de Lúcia M. Pondé Vassallo. Petrópolis: Vozes, 1987. 280p.

⁹ Idem.

¹⁰ FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. Tradução Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p.85.

Desta forma, Foucault¹¹ afirma que a noção de criminologia e penalidade do século XIX foi o que ele chamou de “*a escandalosa noção, em termos de teoria penal, de periculosidade.*” Ou seja, o indivíduo deveria ser observado não pelos seus atos, mas pelo seu comportamento, pelo que era capaz de realizar. O grande projeto das prisões que reeducariam os criminosos, “torná-los virtuosos”, fracassou enquanto transformação do indivíduo, mas permaneceu servindo a uma outra estratégia.

Neste contexto, uma outra mudança veio a ocorrer, já não se acreditava que os loucos pudessem ser culpados dos crimes que cometiam, a comprovação de que a pessoa era louca, excluía a qualificação do ato como crime. A partir deste novo paradigma, se entendeu que o louco não deveria ser punido, mas isolado e tratado. Para Foucault, esta é a introdução da loucura no julgamento como possibilidade de apreciar a normalidade, ou uma possível normalização.

No início do século XIX, o controle penal punitivo dos indivíduos passa a ser realizado por uma série de outros poderes que estavam à margem da justiça, tais como a polícia e as instituições de vigilância e de correção. Surge a instituição judiciária e aquelas que tinham a função de “*enquadrar os indivíduos ao longo de sua existência*” tais como as instituições pedagógicas (escola) e as psicológicas ou psiquiátricas (hospitais e asilos). Estes locais não se destinavam a punição, mas a adequação do comportamento das pessoas e “*corrigir suas virtualidades*”¹².

A partir dessa concepção, entram em cena também outros “juízes”, são os peritos forenses: psicólogos, psiquiatras, educadores, entre outros. Cabia a eles fundamentar as decisões dos magistrados, era deles, portanto, a responsabilidade na decisão se o indivíduo era perigoso, se deveria ser encarcerado ou tratado, Foucault os chamou de “*conselheiro de punição*”. Era a prática do poder de punir, ocasionando a formação de saberes, de técnicas e discursos.

1.2

O surgimento da Psiquiatria e dos Manicômios

O médico francês Philippe Pinel no século XVIII já havia criado o que ficaria conhecido como o primeiro método terapêutico para a loucura na

¹¹ Idem.

¹² Idem

modernidade. O denominado “Tratamento Moral” era baseado em confinamentos, sangrias e purgativos. Para Pinel, os loucos não deveriam ficar acorrentados, mas isolados, em observação, descritos e classificados, salientando o que fosse diferente do paradigma do padrão normal. Ele acreditava, segundo citou Amarante¹³, na “cura da loucura” através do tratamento moral, entendendo que a alienação – ato de “*estar fora de si próprio, de tornar-se um outro, de perder a consciência de si e das coisa*” – é o resultado de um distúrbio da paixão, no interior da própria razão, e não a sua alteridade. Entedia o asilo como requisito necessário no processo de tratamento do doente.

O ato de libertar os loucos das correntes ficou conhecido na história como o “*gesto de Pinel*”, muito embora essa liberdade ainda estivesse restrita aos muros do asilo, e por isso, como bem lembra Amarante¹⁴ foi chamado por Juliano Moreira de “*a ilusão da liberdade*”. Pinel cria o primeiro asilo destinado unicamente aos alienados, nasce a clínica psiquiátrica. O asilo torna-se o espaço de produção de isolamento e violência contra as pessoas loucas e marginalizadas. Com o passar dos anos o tratamento moral demonstrou-se ineficaz, o número de loucos aumentava, já eram de 400 a 500 pacientes por médico, contudo não se encontrou outros métodos mais adequados, naquele momento, o asilo continuou a ser amplamente utilizado.

Segundo afirmou Jurandir Freire¹⁵, a Psiquiatria e as Ciências Psicologia, Sociologia, Pedagogia e etc) surgem no século XIX como justificativas teóricas das práticas de disciplina corporal. O isolamento dos loucos, considerado como fundamental para conhecer e tratar suas loucuras, possibilitou o nascimento do saber da Psiquiatria.

Para Foucault, a história da psiquiatria não pode ser corretamente analisada a partir de conceitos psicológicos ou sociológicos. Só o conceito de “poder”, em suas diversas modulações históricas, permite compreender a natureza da prática e da teoria psiquiátrica, desde sua origem até seu estágio mais atual.

¹³ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 41.

¹⁴ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 50.

¹⁵ COSTA, Jurandir Freire. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 3.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

Foucault¹⁶ nos apresenta as justificativas de Esquirol, que elaborou cinco razões principais para justificar o isolamento das pessoas com sofrimento psíquico: “1. *garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias*; 2. *liberá-los das influências externas*; 3. *vencer suas resistência pessoais*; 4. *submetê-los a um regime médico*; 5. *impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais*.”. Foucault reconheceu na afirmação de Esquirol a dominação do louco através da neutralização dos poderes externos ao manicômio e sobre ele exercer um novo poder terapêutico e de adestramento.

Os manicômios criminais¹⁷ começam a surgir na Europa na segunda metade do século XIX. O manicômio criminal nasce da junção de duas clássicas instituições totais criadas pela sociedade moderna para punir aqueles que não se adequavam as suas regras sociais: a prisão e o manicômio. Ironicamente, o surgimento dos manicômios criminais foi entendido como uma vitória, pois a partir de então os loucos não seriam tão somente encarcerados, mas também, “tratados”.

Goffman¹⁸, na sua célebre análise sobre as instituições totais, considera que: “*Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada*.”. O chamado manicômio criminal, justamente por ser uma prisão e um local de internamento de pessoas com transtorno psíquico, adequou-se perfeitamente nesta descrição.

Os muros altos, o arame farpado, as portas fechadas, o confinamento dos pacientes em celas, sem direito a saídas ou visitas de familiares e amigos, o “*fechamento*” para com o mundo externo, eram e são, ainda hoje, símbolos da instituição total descrita por Goffman.

Nessas instituições, toda a rotina diária é realizada com um grande número de pessoas que são tratadas da mesma forma e que devem em conjunto realizar as atividades. Essa dinâmica é preestabelecida com regras e horários impostos por outras pessoas com autoridade para tal. O controle das necessidades humanas pela

¹⁶ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 126.

¹⁷ O termo “manicômio criminal”, historicamente, vem antes do “manicômio judiciário”, que antecede o atual “hospital de custódia e tratamento psiquiátrico”.

¹⁸ GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 11.

organização burocrática de grupos de semelhantes é requisito básico das instituições totais. Acreditava-se que essa ordem imposta deveria atender ao objetivo da instituição, ou seja, ao tratamento dos internados.

Aqueles funcionários que os cercam não estavam ali para orientar os pacientes ou inspecionar, mas para vigiá-los e desta forma garantir que as regras estabelecidas fossem seguidas e servissem de exemplo para os demais. Goffman¹⁹ afirmou sobre esta relação entre internos e vigias que “o fato é que um é feito para o outro”.

A figura do assistente, aquele que media o contato do paciente com o médico, é permanente nos manicômios, os médicos dificilmente têm acesso a todos internados, são muitos pacientes. As equipes precisam estar atentas e bem divididas em suas tarefas, pois aqueles que não possuem um problema grave são bem menos privilegiados e os que mais insistem são os que mais tem atenção. Contudo, o que se ressalta é que a atenção dada aos internos que trazem maior demanda pode se revelar em uma resposta agressiva por parte dos funcionários. Fato que ainda hoje pode ser observado nos manicômios judiciários²⁰.

O autor retrata ainda a existência de dois mundos que caminham juntos, mas sem interpenetração, “*dois mundos sociais e culturais diferentes*”, o dos pacientes e o da equipe médica. No capítulo 4, no qual será apresentada a pesquisa de campo será possível perceber que há em algumas instituições totais um terceiro grupo e que produz um terceiro “mundo” que corre em paralelo com os demais: o mundo dos pacientes; o da equipe de atendimento e o mundo dos funcionários que os vigiam, os chamados carcereiros.

1.3

Uma passagem pela evolução histórica da situação manicomial no Brasil

Em meados do século XIX, durante o Estado Imperial, pressões da sociedade impulsionaram a criação das instituições asilares, ou seja, as instituições totais, cujo escopo seria o recolhimento e tratamento de “alienados e inoportunos”²¹. Antes da interferência do Estado, esta modalidade de “serviço”

¹⁹ Idem. p. 17 e 18.

²⁰ Ver capítulo 4.

²¹ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. 142p.

era proporcionada, de forma leiga, pela Igreja Católica. Com a chegada da República em 1889, a separação entre Estado e Igreja na tutela dos portadores de transtorno psíquico tornou-se mais nítida, principalmente no que se refere à administração dos hospícios, os quais passaram para a responsabilidade dos médicos.

Segundo Costa²², neste período os considerados doentes mentais que viviam no Rio de Janeiro não possuíam assistência médica específica, eles ficavam pelas ruas ou eram encarcerados em celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia. Não muito diferente do que ocorre em tempos atuais, a sociedade do século XIX via o louco como uma ameaça à ordem e segurança pública, sendo o recolhimento e o isolamento nos asilos a única forma de lidar com os portadores de sofrimento psíquico.

Assim, desde o começo da institucionalização manicomial, a ideologia presente é a da limitação, do isolamento e do preconceito – fato que não se verificava nas poucas clínicas realmente privadas da época, destinadas ao atendimento dos pacientes das classes mais favorecidas e fora da rede assistencial pública.

As primeiras colônias instaladas no Brasil ocorreram logo depois da Proclamação da República, final do século XIX. Havia a Colônia São Bento e a Colônia Conde de Mesquita, ambas na Ilha do Galeão, bairro hoje conhecido como Ilha do Governador, no Rio de Janeiro. Juliano Moreira, médico baiano responsável pela direção da Assistência Médico-Legal de Alienados durante quase trinta anos, realizou uma gestão na qual ensejou o surgimento de dezenas de colônias em todo território brasileiro. Estas instituições receberam centenas e, às vezes, milhares de pessoas: a Colônia Juquery, localizada em São Paulo, chegou a ter em seu quadro de pacientes, 16 mil pessoas²³.

Em 1920, Juliano Moreira, então diretor do Hospício Nacional, localizado no estado do Rio de Janeiro, afirmava que os loucos infratores não deveriam permanecer naquela instituição, mas em um local específico, em uma

²² COSTA, Jurandir Freire. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 3.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1980. p. 21.

²³ AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 40.

"prisão de caráter especial, prisão e manicômio ao mesmo tempo"²⁴. Nesse sentido, é possível afirmar que a criação do manicômio judiciário no Brasil, assim como na Europa, também é pautada por um caráter ambíguo não havendo uma definição sobre ser uma instituição hospitalar ou prisional.

Essa contradição é muito bem destacada por Carrara²⁵ quando afirma que "a instituição apresenta a **ambivalência** como marca distintiva e a **ambigüidade** como espécie [...] de 'defeito constitucional'" (grifos do autor) e ressalta ainda que tal equívoco se estende à legislação que a apoia e a identificação concedida aos pacientes e aos profissionais.

Em 1921, foi promulgado o Decreto nº. 14.831, que aprovou o regulamento do manicômio judiciário, e, no seu artigo 1º, expunha:

O Manicômio Judiciário é uma dependência da Assistência a alienados no Distrito Federal, destinada a internação:

I Dos condenados que achando-se recolhidos às prisões federais, apresentam sintomas de loucura.

II Dos acusados que pela mesma razão devam ser submetidos a observação especial ou tratamento.

III Dos delinquentes isentos de responsabilidades por motivo de afecção mental (código penal, art. 29) quando a critério do juiz assim o exija a segurança pública.

Em 30 de maio de 1921, foi inaugurado no Rio de Janeiro o primeiro manicômio judiciário do Brasil e da América Latina. Segundo Carrara (1998:194), anunciava-se ali mais do que uma nova instituição pública, mas uma nova forma de intervenção social "*mais flexível, mais globalizante, mais autoritária*". E sobre o que este espaço significou para o julgamento dos atos criminosos, conclui afirmando que "*Coroava-se então um processo muito mais amplo que, atingindo as práticas jurídico-penais como um todo, fez com que nossos tribunais, como bem apontou Foucault, passassem, a partir de finais do século XIX, a não julgar mais atos criminosos, mas a própria alma do criminoso*" (Carrara, 1998:194).

Neste contexto de isolamento dos "indesejáveis", em 1923, surge a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) como uma entidade civil, composta por reconhecidos psiquiatras brasileiros e mantida por subsídios federais. De acordo com Costa (1980), a Liga se baseava no conceito de degeneração introduzido por

²⁴ CARRARA, Sergio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. p. 193.

²⁵ Idem. p. 28.

Morel²⁶ em 1857, ou seja, os psiquiatras brasileiros também compartilhavam da ideia de que as chamadas doenças mentais tinham não somente um componente biológico e genético, mas também tendiam a se agravar com a transmissão de uma geração para outra, causando a degeneração de toda uma população, sendo, portanto, uma ameaça à sociedade.

Para os psiquiatras da Liga, o Brasil degradava-se moral e socialmente por causa dos vícios, da ociosidade e da miscigenação do povo brasileiro. Para a Liga, a prevenção eugênica pareceu uma solução rápida e eficaz para sanear o dito problema.

O fisiologista inglês Francis Galton criou, no século XIX, o conceito de eugenia, que era baseado no “*estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras*”. A Liga se utilizou deste conceito como explicação para as intervenções sociais e respaldando suas práticas racistas e autoritárias (Dias, 2008).

Para Jurandir Costa (1980:17), o que lhes faltou não foi uma compreensão correta do que seria ciência, mas uma “*referência cultural*”, faltava-lhes a dimensão histórica do período em que viviam. Na verdade eles queriam modificar a realidade brasileira, pois essa, devido ao seu preconceito para com os negros, indígenas e pobres, não lhes agradava.

A prevenção eugênica tinha por objetivo criar um indivíduo brasileiro mentalmente sadio, mas certamente esse brasileiro não seria um indivíduo qualquer, ele deveria ser “*branco, racista, xenófobo, puritano, chauvinista e antiliberal*” (Costa, 1980:18). A psiquiatria da Liga revelou que “*o saber do psiquiatra*” desapareceria “*para dar lugar ao puro e simples exercício do poder*”. E acrescenta Costa (1908:19): neste momento, o psiquiatra não mais ouve seu paciente, ele busca, antes mesmo de ser procurado, ele não mais acompanha a loucura, ele a antecipa.

O público alvo destas instituições encontrava-se, geralmente, nos setores excluídos da sociedade, vistos em sua maioria como seres “indesejáveis”, “potencialmente perigosos”, que deveriam ser alijados do convívio social. Sobre quem eram essas pessoas, Amarante (1994) afirmou:

²⁶ Auguste Morel (1809-1873), criador da Teoria das Degenerescências ou da Desgenerescência.

As esparsas referências que se pode encontrar demonstram que podem ser encontradas preferentemente dentre os miseráveis, os marginais, os pobres e toda a sorte de párias, são ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, "degenerados", perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental.

Para os intelectuais eugenistas uma das razões das dificuldades enfrentadas pela República era a condição natural constitutiva do Estado Brasileiro, segundo eles, o clima tropical e a constituição étnica da população eram fundamentalmente as razões da crise nacional e não as condições históricas ou políticas pelas quais o Brasil havia passado. A mistura das “raças inferiores” e o calor havia tornado o povo preguiçoso, ocioso, pouco inteligente e indisciplinado. Quanto ao clima, nada podia ser feito, mas quanto ao problema racial, a Liga acreditava que isso ainda podia ser resolvido, essas pessoas podiam ser isoladas e castradas. E com essa justificativa eugênica homens e mulheres negros, indígenas, pobres e crianças “de rua”, prioritariamente, foram colocadas em manicômios na medida em que eram identificadas como população degenerada.

Segundo Dias (2008), é importante ressaltar a atenção dispensada pela Liga para com as campanhas antialcoólicas, apoiando o Departamento de Saúde do Estado Novo, em 1930, para conseguir ampliar as técnicas de higiene mental dos brasileiros. A Liga conseguiu que o Departamento Nacional de Saúde reformulasse o plano nacional sobre os dispositivos psiquiátricos e promoveu o combate ao alcoolismo em acordo com as ideias racistas da instituição. O autor acrescentou que as campanhas antialcoólicas e as medidas repressivas se revelaram por fim na concretização das intervenções eugênicas da Liga e não resolução de um problema social.²⁷

Com o Decreto nº. 24.559 de 1934, editado na Era Vargas, afirmou-se a questão da saúde mental como “*caso de polícia e ordem pública*”. Como mudança no tratamento dos portadores de sofrimento psíquico, que perderam sua cidadania e se viram diante da compulsoriedade do tratamento psiquiátrico e do crescimento do número de novas clínicas privadas.²⁸

²⁷ Dias, op. cit.

²⁸ Direitos humanos no Brasil: 2003 : relatório anual do Centro de Justiça Global / [organização e edição: Sandra Carvalho ; tradução: Carlos Eduardo Gaio... et. al.]. – Rio de Janeiro: Justiça Global, 2004. Página 113.

Nos anos que se seguiram, o que se pode afirmar, através de pesquisas realizadas, é que houve uma diminuição no número de leitos nos hospitais psiquiátricos públicos e uma expansão nos leitos psiquiátricos nas instituições privadas, financiados pelo Estado brasileiro.

Durante o Regime Militar, observa-se, portanto, o surgimento do fenômeno conhecido como “indústria da loucura”, tendo sido essa expressão atribuída ao modelo adotado naquele período que valorizava a produção quantitativa de procedimentos do setor privado, favorecendo a empresa médico-industrial. Com o crescimento das instituições psiquiátricas privadas, ao longo dos anos subsequentes, se seguiu também, não coincidentemente, um vertiginoso crescimento da população manicomial, caracterizado pela banalização das internações. O Estado brasileiro passou para as mãos do setor privado a tarefa de proporcionar o atendimento psiquiátrico à população²⁹, sem garantir a efetivação dos recursos mínimos para o funcionamento destas instituições. Esse período também foi reconhecidamente marcado por uma ideologia carcerária, violadora dos direitos fundamentais de seus usuários e dotado de uma total falta de transparência. Muitas pessoas contrárias ao regime militar não só foram encarceradas em presídios comuns como também em instituições psiquiátricas como estratégia para afastá-las da sociedade e para deslegitimar o seu discurso.

Sobre o encarceramento arbitrário de militantes, no trabalho de Dias (2008:59) é possível encontrar informações que revelam que fichas médicas de presos políticos, foram achadas nos arquivos do Hospital Psiquiátrico Juquery, todos enquadrados na Lei de Segurança Nacional. O autor cita relatos de jornais tais quais:

No jornal O Globo, de 10 de junho de 1976, uma matéria aborda o assunto com a seguinte manchete: “Gilberto Gil é internado em clínica psiquiátrica”. A notícia relata a sua prisão e os procedimentos médicos pelos quais passou, tendo sido “examinado por uma junta psiquiátrica por determinação da 1ª Vara Criminal”. O conteúdo do laudo psiquiátrico assinado pelos drs. Antônio Carlos Burg e Pedro Largura, diretor do manicômio judiciário de Florianópolis, revela que: “Nos

²⁹ Nas palavras do cientista político Moniz Bandeira, “cerca de 90% da população brasileira não tinha condições de custear sua própria saúde e 50% não contavam com nenhuma cobertura oficial”. Apesar disso, o número de clínicas psiquiátricas representava “mais de 1/3 da rede hospitalar” nacional, muito embora somente “0,4% de brasileiros que apresentavam problemas de saúde mental recebiam assistência médica”. *Cartéis e Desnacionalização: A experiência brasileira 1964-1974*, op. cit., p. 42.

artistas se observam sintomas que recomendam o internamento hospitalar com assistência médica especializada” (O GLOBO, 1976, p. 6).

Na década de 80 o Brasil vive um momento de maior movimentação em prol da garantia dos direitos humanos e do fortalecimento da sociedade civil, o que também repercutiu na luta pelos direitos das pessoas em sofrimento mental, fortalecendo grupos como o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Tais grupos surgiram da necessidade de atenção à crescente demanda de denúncias envolvendo instituições psiquiátricas e o tratamento desumano e degradante dispensado aos seus usuários.

1.4

A Reforma Psiquiátrica

1.4.1

A Ideia de Desinstitucionalização

No fim da década de 70, formou-se no Brasil o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), muito embora, na década de 60 as mudanças propostas eram no campo exclusivamente técnico, o movimento mais tarde também viria a propor transformações no saber psiquiátrico, assim como mudanças de paradigmas sobre a inserção social do louco, conjunto de ações que viriam a se tornar o que hoje se entende por Reforma Psiquiátrica. Amarante (1996:13) relata ainda que alguns dos projetos da reforma optavam para o “preventismo” que apontava para transformações assistenciais e administrativas, sem questionar o “*arcabouço teórico com o qual a psiquiatria apreende o fenômeno da loucura*” (Amarante, 1996:17): naquele momento, ainda vislumbrava-se por uma sociedade sem doenças mentais. Alguns segmentos conservadores chegaram a acusar aqueles que propunham a reforma de abandonarem os doentes.

O Projeto de Lei nº. 3.657/89 de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado, que propunha a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades de assistência, resultou na organização dos setores contrários ao fim dos manicômios; de qualquer forma, segundo Amarante (1996), o projeto foi reconhecido pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) como um importante marco político à medida que possibilitou a

ampliação do debate público sobre a loucura, sobre a doença mental, a Psiquiatria e suas instituições.

No final da década de 80, inspirados pelas contribuições de Franco Basaglia, o MTSM, transforma-se em um movimento social com intuito de envolver e comprometer toda sociedade no processo de desinstitucionalização, se utilizando da estratégia “*por uma sociedade sem manicômios*”.³⁰

A produção de Basaglia é entendida como importante referência durante a reforma, que é vista como um “*período de transição*” do paradigma psiquiátrico-moderno e da ciência da modernidade, a qual se situa em uma transição maior. Esse período, segundo Amarante (1996), enseja em um novo “*contexto prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano*”. A chamada desinstitucionalização revela-se tanto em um processo de desconstrução de conceitos e práticas, como, em paralelo, em um processo de criação de “*novas realidades*”.³¹

Neste contexto de quebra de paradigmas, a discussão sobre loucura, periculosidade, anormalidade, desvio, e outros conceitos sobre os quais a Psiquiatria consolidou seu mandato terapêutico e legitimou ações institucionais violentas sobre sujeitos tutelados e assim classificados, surge uma “*nova perspectiva de relação ética entre os homens e as instituições*.”

1.4.2

A experiência de Franco Basaglia

Segundo afirmou Basaglia (1985:107),

Analizando a situação do paciente internado num hospital psiquiátrico [...] podemos afirmar desde já que ele é, antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e excluiu.

Originalmente, o modelo de assistência psiquiátrica era fundamentado em grandes hospitais psiquiátricos que imprimiam a exclusão e o confinamento como características básicas, promovendo inúmeras formas de violência institucional e violações de direitos humanos. Para o médico Franco Basaglia, idealizador da

³⁰ Amarante, 1996, p. 21

³¹ Idem, p. 22 à 30.

psiquiatria democrática italiana, a instituição manicomial está historicamente ligada à violência.

Basaglia pretendia uma transformação do manicômio que envolvesse médicos, pacientes e o pessoal do hospital, as suas referências teóricas foram “*História da Loucura*” de Michel Foucault e “*Asylums*” de Erving Goffman.

Segundo Basaglia, a exclusão dos doentes é uma escolha deliberada, num mundo onde o mal é sempre reputado ao outro, no caso, ao excluído e que esse ato de exclusão serve para afirmar sua força e diferença quanto ao louco.³²

Segundo Amarante (1996:75), com base em Basaglia, para transformar a realidade é imperativo que saíamos do território exclusivo da Psiquiatria e estabeleçamos no espaço público da sociedade as condições necessárias para que ela compartilhe da solução. O processo de institucionalização homogeneiza e objetiva, com base naquilo que se julga ser a loucura. Desinstitucionalizar consiste em desconstruir paradigmas, “pré-conceitos científicos” de periculosidade, irrecuperabilidade e incompressibilidade, envolvendo e mobilizando atores sociais no processo, mas principalmente envolvendo as pessoas com sofrimento psíquico.³³

A transformação não deve ser só no manicômio, ela deve se estender por toda sociedade, transformando efetivamente seu modo de como lidar com a loucura. Amarante (1996) comenta que as comunidades terapêuticas, por exemplo, “*não problematizam a relação dentro-fora*”. Mudar o modo como se trata o louco passa obrigatoriamente pela discussão de sua inserção no espaço social. O mandato que a sociedade concede à psiquiatria para “administrar populações desviantes” também precisa ser desconstruído. Acrescenta Amarante que “*a desinstitucionalização, portanto, deve se realizar em dois níveis simultâneos, um teórico e outro político.*”³⁴

À medida que Basaglia consegue ir desativando o manicômio, são construídas novas práticas e estruturas assistenciais, tais como centros de saúde mental territoriais. Mas o que se deve ressaltar, segundo afirma Amarante, é o importante ato de dialetizar a “*relação dentro-fora não apenas dentro-fora do asilo, mas do saber psiquiátrico*”. O espaço antes de objetivação, torna-se agora

³² Idem, 65 - 70

³³ Amarante, 1996, p. 76 - 81

³⁴ Amarante, 1996, p. 85 - 86

local de “*produção de novas subjetividades, de sociabilidade, de produção de novos sujeitos de direitos e de vida*”. Franco Basaglia apresenta com sua experiência uma forma diferente de se relacionar com a loucura proposta pela Psiquiatria moderna, para ele, o louco deve ter no meio social o real espaço de sua reabilitação, de apropriação de direitos, de seu reconhecimento enquanto sujeito.³⁵

1.5

A Reforma no Brasil

O Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), surgido no fim da década de 70, foi considerado por Amarante como sujeito político fundamental no projeto de reforma psiquiátrica no Brasil. O MTSM era considerado um espaço de discussão, debate e encaminhamentos sobre transformações na assistência psiquiátrica, que reunia informações e organizava os trabalhadores, entidades e diversos outros setores da sociedade.³⁶

O Movimento de reforma psiquiátrica no Brasil tem “seu estopim” no episódio que ficou conhecido como a “*crise do DISAM*”, a Divisão Nacional de Saúde Mental. Quatro unidades do DISAM, todas no Rio de Janeiro: Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII); Hospital Pinel³⁷; Colônia Juliano Moreira (CJM); e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, iniciaram uma greve em abril de 1978, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais. As condições de trabalho de médicos, enfermeiros e assistentes sociais eram precárias, havia uma atmosfera de violência e ameaças aos próprios trabalhadores e pacientes, as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes eram frequentes. A pauta inicial do movimento era portanto mais voltada para a melhoria das condições de trabalho e salários, mas já demonstrava indícios para a discussão da reforma psiquiátrica no Brasil quando, por exemplo, questionava o uso excessivo do eletrochoque.³⁸

Foram realizados muitos eventos no estado do Rio de Janeiro para que o Movimento pudesse publicizar suas atividades e mobilizar a sociedade. Participaram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), o Sindicato dos Médicos, a

³⁵ Amarante, 2009, p. 96 - 97

³⁶ Amarante, 2009, 51

³⁷ A época o hospital ainda não se chamava Philippe Pinel

³⁸ Amarante, 2009, 51-52

Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), entre outros.³⁹

Em outubro de 1978, aconteceu o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, organizado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), segmento mais conservador do setor, mas que também reuniu no mesmo espaço o setor mais progressista da Psiquiatria. Nesse momento, os movimentos dos estados que já debatiam a reforma puderam se organizar nacionalmente. Os trabalhadores da saúde mental se organizaram em uma frente ampla com a proposta de uma nova “discussão e organização político-ideológica, não apenas das questões relativas à política de saúde mental, mas voltadas ainda para a crítica ao regime político nacional”. Ocorreu ainda, em outubro de 1978, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, a intenção era lançar “nova sociedade psicanalítica de orientação analítico-institucional”, surge, então, o Instituto de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRASPSI). Esse congresso trouxe ao Brasil pensadores críticos na área de saúde mental, dentre eles: Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Casel, Erving Goffman. Basaglia criticou o caráter elitista do congresso e realizou outras palestras em universidades, sindicatos e associações, sua *“influência na conformação do pensamento crítico do MTSM passa a ser fundamental”*.⁴⁰

Em janeiro de 1979, em São Paulo, é realizado o I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental. Nesse momento, houve forte repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como ferramenta do governo repressivo da época. Os hospitais psiquiátricos públicos eram utilizados *“como reduto de marginalizados”*.⁴¹

Em agosto de 1980, aconteceu, em Salvador, na Bahia, o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria. O MTSM que havia conseguido se aproximar da ABP anteriormente, neste momento, devido à sua posição *“considerada politizada, radical e crítica”*, experimenta um distanciamento. Um dos pontos principais de atrito entre as lideranças das entidades era o caráter não democrático escolhido

³⁹ Amarante, 2009, 53

⁴⁰ Amarante, 2009, 53-55

⁴¹ Amarante, 2009, 55

para a eleição da ABP que, muito embora fosse signatária do Movimento pela Anistia, não adotou o regime de voto direto em suas eleições.⁴²

Muitos outros encontros são realizados ao longo dos anos por todo País promovendo o encontro dos profissionais, familiares e a sociedade como um todo. Em junho de 1987, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental, tem a participação de 176 delegados saídos de pré-conferências estaduais, usuários e outros setores da sociedade. Eles organizaram-se em três temas básicos: *“economia, sociedade e Estado – impactos sobre a saúde mental e doença mental; reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; cidadania e doença mental – direitos deveres e legislação do doente mental.”* (Amarante, 2009: 75).

Dentro das recomendações mais importantes, estavam temas tais como: o esforço conjunto a ser realizado pelos trabalhadores e sociedade civil para redirecionar práticas; a necessária participação da população na elaboração, implementação e níveis de decisão nas políticas de saúde mental; e o investimento privilegiado de serviços extra-hospitais e multiprofissionais *“como oposição à tendência hospitalocêntrica”*.⁴³

De maneira fundamental, a segunda metade da década de 80 é marcada por importantes eventos. Houve ainda a II Conferência Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, conhecida como “Conferência de Bauru”; a criação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial, em Santos e a apresentação do Projeto de Lei nº. 3.657/89 de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado.⁴⁴

Esse período é, portanto, marcado pelo surgimento de novos modelos de assistência, que representam “uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional”. É criado o NAPS⁴⁵ – Núcleo de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira – no ano de 1987. O NAPS representou um marco na criação e/ou transformação de muitos serviços por todo Brasil. A partir dessas iniciativas, o Ministério da Saúde passa a regulamentar, implementar e financiar, de forma tímida, mas fundamental para oficializar estes serviços como modelos para o resto do país.⁴⁶

⁴² Amarante, 2009, 56

⁴³ Amarante, 2009, 75

⁴⁴ Amarante, 2009, 75

⁴⁵ Para maiores esclarecimento sobre NAPS/CAPS ver tópico 1.5.1.

⁴⁶ Amarante, 2009, 82-83

Na década de 90, há o crescimento dos serviços substitutivos ao modelo manicomial, no entanto, tal fato ocorre de maneira descontínua e sem financiamento específico do Ministério da Saúde para os novos espaços de atenção diária, concentrando ainda a maior parte dos recursos públicos nos hospitais psiquiátricos.⁴⁷

Nesse cenário de novas alternativas, o projeto de lei de Paulo Delgado ganha força, pois em seu conteúdo trazia a proposta objetiva de extinção da estrutura manicomial existente, substituindo-a por uma “*proposta de atenção territorial em saúde mental*”, além de regulamentar os direitos das pessoas com sofrimento psíquico no que se referia ao seu tratamento. O referido projeto causou muita polêmica na mídia nacional. Organizações de familiares se formaram neste momento, umas contra e outras a favor do processo de desinstitucionalização. De qualquer forma, Amarante (2009) reconhece que o mais importante do debate gerado foi a transformação dos temas da loucura, da assistência psicossocial e dos manicômios em temas de interesse nacional.⁴⁸

E apesar da importância dos acontecimentos, Amarante chama atenção para os “*novos problemas*”. Os serviços externos nem sempre eram de qualidade e terminavam por reproduzir características da psiquiatria tradicional. A participação da sociedade, através de associações ou familiares, por muitas vezes, eram “*aparelhados pelos empresários*” contrários à reforma, o que o possibilitou afirmar que a participação não era garantia de democratização.

1.5.1 A Lei 10.216/01

Finalmente, em 2001, foi aprovada a Lei nº. 10.216 que trata sobre a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Importantes mudanças foram legalmente garantidas abrindo uma nova perspectiva sobre o tratamento psiquiátrico no Brasil e colocando o país em posição de vanguarda.

A aprovação da lei foi uma vitória do movimentos sociais que, como visto, desde a década de 70, já pleiteava por mudanças de paradigmas na política de

⁴⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

⁴⁸ Amarante, 2009, 84

saúde mental. A ideia de que ninguém mais deveria morar em instituições psiquiátricas foi vitoriosa, deixou de ser um pleito para se tornar legitimamente uma política nacional de desinstitucionalização, na qual a pessoa com transtorno mental deverá não mais ser excluída, mas inserida na sociedade.

A legislação estabelece os direitos das pessoas com sofrimento psíquico:

Art. 2º (...)

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A nova lei e as portarias editadas pelo Ministério da Saúde regulamentam e priorizam a rede substitutiva extra-hospitalar de base territorial na atenção à saúde mental, contudo a que se observar que não há referência a mecanismos sólidos que venham garantir a tão desejada gradual substituição dos manicômios e ampliação da rede extra-hospitalar.

Dentre os serviços substitutivos estão os CAPS's e as Residências Terapêuticas. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou também conhecido como Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS):

É um serviço de a saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo comunitário, personalizado e promotor de vida.

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento

de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.⁴⁹

A proposta é de um serviço territorializado, próximo à casa do paciente, de modo que ele possa buscar o CAPS para que em conjunto com a equipe de atendimento psicossocial possa decidir pelo melhor dispositivo para seu tratamento e desta forma evitar a crise, evitando, portanto, a necessidade de internação e quando necessária, que possa acontecer em um CAPS adequado com leitos para receber as pessoas por um curto período de tempo.

A Residência Terapêutica:

Os **Serviços Residenciais Terapêuticos**, também conhecidos como Residências Terapêuticas, são casas, locais de moradia, destinadas a pessoas com transtornos mentais que permanecem em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem.

As Residências Terapêuticas foram instituídas pela **Portaria/GM nº. 106** de fevereiro de 2000 e são parte integrante da **Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde**. Esses dispositivos, inseridos no âmbito do Sistema de Saúde Único de Saúde/SUS, são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos.

Tais casas são mantidas com recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos. Assim, para cada morador de hospital psiquiátrico transferido para residência terapêutica, um igual número de leitos psiquiátricos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros que os mantinham devem ser realocados para os fundos financeiros do estado ou do município para fins de manutenção dos Serviços Residenciais Terapêuticos. (Grifo do autor)⁵⁰

Dados publicados na página virtual do Ministério da Saúde revelam que já estão cadastrados 1.670 (mil seiscentos e setenta) CAPS, 596 (quinhentos e noventa e seis) Serviços Residenciais Terapêuticos e 3.832 (três mil oitocentas e trinta e duas) pessoas beneficiadas através do Programa de Volta para Casa (PVC) que proporciona aos pacientes que estiveram em longa permanência em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, os manicômios judiciários, o retorno a suas casas.⁵¹ No bojo das políticas públicas voltadas para inserção social das pessoas com sofrimento psíquico, também existem projetos de

⁴⁹ Informações disponíveis em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf, acessado em 18 de fevereiro de 2014.

⁵⁰ Informações disponíveis em: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/residencias.html>, acessado em 18 de fevereiro de 2014.

⁵¹ Ministério da Saúde, dados disponíveis em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente/284-mais-sobre-os-servicos-disponiveis-em-saude-mental>, acessado em 18 de fevereiro de 2014.

geração de renda, dentre outros. Essas iniciativas dão condições de cidadania civil e política a essas pessoas e seus familiares.

1.5.2

O Caso Ximenes, a Comissão e a Corte Interamericana de Direitos Humanos

Neste contexto de lutas por todo país para concretizar uma mudança no modelo manicomial, há também uma ação em face do governo brasileiro em uma Corte Internacional que traz à tona o debate sobre tortura e morte nas clínicas psiquiátricas. Entendendo este exemplo como importante ferramenta política na luta antimanicomial brasileira, será apresentado um resumo do seu processamento na Comissão e Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA).

Inicialmente cabe ressaltar, como bem expressou Borges (2009), que o Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos tem a função de garantir que os Estados-membros da OEA assumam sua responsabilidade internacional, através principalmente do respeito à Convenção Americana sobre Direitos Humanos, também conhecida como Pacto de São José da Costa Rica. Os bens sociais devem ser tutelados pelo sistema jurídico interno, mas quando esgotado todos os recursos possíveis nas instâncias nacionais, o acesso ao Sistema Interamericano pode ser mais uma ferramenta na busca pela reparação de direitos humanos violados. Essa possibilidade foi fundamental para que a família Ximenes fosse reparada.

Em 1º de outubro de 1999, Albertina Ximenes, mãe de Damião Ximenes Lopes, o internou na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, Ceará. Local no qual ele já havia sido internado em outros momentos e já havia relatado aos seus familiares sobre os maus tratos sofridos nessa clínica, todos negados pela equipe médica. Três dias mais tarde, em 4 de outubro, Albertina retornou à clínica para visitá-lo, encontrou o filho em estado lamentável, sangrando bastante, com diversas escoriações, hematomas, sem roupa e com as mãos amarradas. O médico responsável, Francisco Ivo de Vasconcelos – diretor da Casa de Repouso Guararapes e legista do Instituto Médico Legal de Sobral – quando solicitado pela mãe, apenas prescreveu alguns medicamentos, sem sequer examinar Damião.

Horas depois, já de volta à sua residência, no município de Ipueiras, Albertina foi informada por telefone da morte de Damião.

Irene Ximenes, irmã de Damião, registrou a ocorrência na Delegacia local, buscou por pacientes que já haviam sofrido tortura e maus tratos na mesma clínica e durante as investigações indicou a ausência de depoimentos cruciais para a identificação dos responsáveis pela morte de seu irmão. Decepcionada com a inércia e ineficiência das autoridades competentes brasileiras, em novembro de 1999, Irene enviou uma denúncia à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA). Em parceria com a organização não governamental Justiça Global e a cooperação de movimentos pela luta antimanicomial de todo país, Irene conseguiu que o Estado brasileiro fosse denunciado pela primeira vez em uma instância internacional pela morte de um paciente de uma clínica psiquiátrica conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos anos que se seguiram, o Estado brasileiro não respondeu aos informes enviados pela Comissão Interamericana que em 09 de outubro de 2002 aprovou o relatório de admissibilidade – documento pelo qual se reconheceu todos os pré-requisitos necessários para tramitação do caso na CIDH; mais tarde em 08 de outubro de 2003, a Comissão Interamericana aprovou relatório de mérito sobre o caso, reconhecendo a responsabilidade do Estado brasileiro na morte de Damião Ximenes e realizando recomendações; o governo brasileiro não se manifestou sobre a sua obrigação no cumprimento dessas recomendações e a partir de mais esta negativa, em 01 de outubro de 2004, a Comissão Interamericana informou ao Estado brasileiro que enviara o caso à Corte Interamericana de Direitos Humanos. Em 30 de novembro de 2005, foi realizada audiência na sede da Corte em San Jose, Costa Rica, nesta oportunidade, o Brasil reconhece sua responsabilidade pela morte de Damião Ximenes.

Em 4 de julho de 2006,⁵² numa decisão histórica a Corte IDH emitiu a primeira sentença sobre morte de pacientes psiquiátricos no Sistema Interamericano de Proteção de Direitos Humanos e a primeira sentença sobre mérito, reparações e custas condenando o Estado brasileiro. Na sentença, a Corte

⁵² Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Sentencia de 4 de julho de 2006. Série C No. 149, disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf, acessado em 16 de fevereiro de 2014.

Interamericana decidiu que o Brasil é responsável pela morte violenta de Damião Ximenes Lopes e também pelas violações a que estão submetidos seus familiares.

Como forma de reparação, a Corte IDH determinou ao Estado brasileiro: o pagamento de indenização aos familiares de Damião Ximenes; a garantia de que, em um prazo razoável, o processo interno destinado a investigar e sancionar os responsáveis pelos fatos desse caso fosse concluído com os devidos efeitos; que fosse publicado no prazo de seis meses, no Diário Oficial e em outro jornal de ampla circulação nacional; e, ainda, que o Estado deveria continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para os profissionais que atuam no campo da saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas com sofrimento psíquico, conforme os padrões internacionais sobre a matéria.

Ao que pese o Estado brasileiro ter cumprido os pontos referentes à publicação de parte da sentença no Diário Oficial e em jornal de circulação nacional e, também, o pagamento da indenização aos seus beneficiários, os familiares e peticionários reconhecem como parcial o cumprimento da Sentença exarada pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, pois entendem que a conclusão das ações judiciais e o desenvolvimento das políticas públicas na área de saúde mental, decididos pelo Tribunal Internacional e considerados como inegociáveis, ainda não foram respeitados na sua integralidade pelo Estado brasileiro.

No que tange ao desenvolvimento das políticas públicas, ao longo da tramitação do caso na Corte Interamericana, o Estado brasileiro apresentou inúmeras informações sobre os avanços realizados na área de saúde mental; a organização peticionária, assim, como os familiares de Damião nunca negaram as conquistas da reforma psiquiátrica no Brasil, contudo sempre ressaltaram a importância de que ocorra de forma célere.

É preocupante a convivência dos serviços substitutivos com os hospitais psiquiátricos de característica asilar que funcionam sem a devida fiscalização e que continuam promovendo violações sistemáticas de direitos humanos. Ademais, o que se tem observado é a repetição trágica dos fatos que ocorreram com Damião Ximenes. Os peticionários acompanham diversas denúncias de violências que permanecem acontecendo dentro dos hospitais psiquiátricos, sobretudo nos quais ainda existem pacientes internados por um longo período.

Sobre as ações judiciais em curso e a garantia de serem finalizadas em um prazo razoável, em novembro de 2012, o Tribunal de Justiça do Ceará classificou a morte de Damião como maus tratos na sua forma simples, sendo contrário à decisão em primeira instância que determinava que havia ocorrido “*maus tratos qualificado pelo resultado morte*”.⁵³ Ocorre que devido a demora no processamento da ação criminal, em sendo a decisão pela forma simples dos maus tratos, a punibilidade resta prescrita, os réus não serão penalmente responsabilizados⁵⁴. No que se refere à ação no âmbito cível, muito embora os réus tenham sido condenados ao pagamento de indenização à família de Damião Ximenes, ainda não o fizeram⁵⁵. Após 15 anos da morte de Damião Ximenes Lopes, a sua família ainda não pode afirmar que obteve justiça em um tempo hábil e certamente não o fará futuramente.

A condenação do Estado brasileiro na Corte Interamericana de Direitos Humanos pelas violações cometidas contra Damião Ximenes e sua família é um marco na doutrina e jurisprudência internacional, mas principalmente na luta pela reforma psiquiátrica no Brasil.

A construção deste caso no Sistema Interamericano de Proteção de Direitos Humanos foi um desafio para a família de Damião e para a Justiça Global, organização não-governamental de direitos humanos, que atuou enquanto copeticionária. Há 15 anos, quando Damião Ximenes foi morto na Clínica de Repouso Guararapes, a Lei 10.216 ainda era um projeto, a rede substitutiva extra-hospitalar ainda era muito reduzida e concentrada em estados como Rio de Janeiro e São Paulo, o município de Sobral somente disponibilizava aos usuários da rede de saúde mental os leitos da referida clínica conveniados com o SUS. As pessoas com sofrimento psíquico eram ainda mais estigmatizadas do que são hoje e suas denúncias sobre tortura e maus tratos nos espaços de internação não eram considerados legítimos, mesmo a família de Damião que convivia com ele e

⁵³ Código Penal Art. 136 - Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina: Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa. § 1º - Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave: Pena - reclusão, de um a quatro anos. § 2º - Se resulta a morte: Pena - reclusão, de quatro a doze anos. § 3º - Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (catorze) anos.

⁵⁴ Ação Penal de nº 2000.01729186-1.

⁵⁵ Ação Cível de nº 2000.01730797-0.

somente o internava em casos de surto não acreditava nas histórias que ele contava quando voltava da clínica.

Sobre a litigância internacional, o Estado brasileiro, talvez por desconhecimento, até então, dos trâmites da Comissão Interamericana ou por negligência, não respondeu às petições enviadas pela Comissão solicitando informações a respeito do caso. É sabido que para que um caso possa tramitar em uma corte internacional é necessário que se tenha esgotado todos os recursos internos, contudo, Irene Ximenes desconhecendo este princípio do direito internacional acionou a Comissão Interamericana apenas 49 dias após a morte de seu irmão. O Estado brasileiro poderia ter alegado a inobservância do princípio e arquivado o caso ante a Comissão IDH, mas se calou e apenas se manifestou sobre este fato durante sua defesa na Corte IDH em março de 2005, não sendo mais possível a utilização deste argumento.

O caso de Damião Ximenes merece destaque por fomentar o debate sobre questões trazidas para o debate nacional e internacional: tortura nos espaços de internação; saúde mental; o cuidado com a pessoa com sofrimento psíquico; desinstitucionalização e a lentidão da justiça.

A decisão da Corte IDH tem sido utilizada pelo movimento antimanicomial como importante instrumento político de luta pela garantia dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Muito embora a sentença não mencione especificamente manicômios judiciários, ela determina o estabelecimento de um programa de formação dos trabalhadores da área de saúde mental com base nos princípios da reforma psiquiátrica, sendo, portanto, possível afirmar que os loucos infratores também devem ser beneficiados com a implementação deste programa.

A Casa de Repouso Guararapes era uma clínica psiquiátrica, mas podia ser um manicômio judiciário, os loucos, infratores ou não, ainda correm o risco de estar sob a tutela da negligência, do isolamento e da tortura.

2 Medidas de Segurança

2.1 Breve análise histórica das Medidas de Segurança na legislação brasileira

2.1.1 Período colonial e do Império

Durante o Brasil Colonial, é possível destacar as ordenações Afonsinas, Manuelinas e Filipinas, compilações de títulos que regulavam a vida na colônia, elas tinham sua origem no direito romano e no direito canônico, tendo, portanto, influência religiosa em seus textos, por muitas vezes crime e pecado se confundiam, (Jesus, 2010: v 1).

As Ordenações Afonsinas

Estas foram as primeiras compilações oficiais do Século XV, a primeira do Brasil, tendo sido aprovada por Dom Afonso V. Continha 121 títulos e foi elaborada pelos chanceleres da época, João das Regras, João Mendes Cavaleiro e Rui Fernandes. Cabe ressaltar que foi o primeiro código da Europa.

Ordenações Manuelinas

As Ordenações Manuelinas tiveram como objetivo a correção e atualização das Afonsinas; Dom Manuel buscava a modernização das normas vigentes. Continham 113 títulos e foram as primeiras a efetivamente serem implementadas na Colônia com Martim Afonso de Souza, em 1532.

Ordenações Filipinas

Como antes, a aprovação das Ordenações Filipinas tiveram o objetivo de atualizar as normas. Foram elaboradas por determinação do Rei da Espanha e Portugal, Felipe I. Constava no conteúdo de um de seus cinco livros matéria sobre Direito Penal e Processual Penal, tendo vigorado por mais de dois séculos.

Até este momento, as sanções destinadas às pessoas com sofrimento psíquico ainda não existiam, apenas os jovens “menores de idade” eram considerados inimputáveis, sendo a pena aplicada integralmente apenas para aqueles maiores de 20 anos. Ao julgador cabia decidir por um castigo menos gravoso quando se tratasse de um infrator com idade entre 17 e 20 anos.

O Código Criminal do Império do Brasil de 16 de dezembro de 1830, foi o primeiro código penal do Brasil e o primeiro autônomo da América Latina. Elaborado em acordo com a Constituição do Império de 25 de março de 1824, o importante ordenamento legal foi sancionado por Dom Pedro I e foi o primeiro a dispor explicitamente sobre a figura do louco infrator. O texto do artigo 10º § 2º, que dizia: “*Art. 10- Também não se julgarão criminosos: (...) § 2º Os loucos de todo gênero, salvo se tiverem lúcidos intervallos e nelles cometerem o crime*” (grafia original). E complementava no artigo 12º que determinava: “*Art. 12 Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para eles destinadas, ou entregues ás suas familias, como ao Juiz parecer mais conveniente*”⁵⁶ (grafia original). Estava, portanto, a critério do juiz entregar o louco infrator aos seus familiares ou envia-los aos locais destinados ao seu tratamento. A decisão era pessoal, até esse momento, não havia a presença dos peritos forenses.

2.1.2 Código Penal de 1890 e a “Lei dos Alienados”

Com a recém proclamada República em 15 de novembro de 1889, o então ministro da Justiça, Campos Sales, determinou a elaboração de uma nova legislação criminal. Nascia, então, o Código Penal dos Estados Unidos do Brasil, através do Decreto nº. 847, de 11 de outubro de 1890. O primeiro código penal republicano manteve o mesmo tratamento aos loucos infratores de seu antecessor, como é possível observar no artigo 27:

Não são criminosos:

(...)

§ 3º Os que, por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, fôrem absolutamente incapazes de imputação;

§ 4º Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência

no acto de commeter o crime.

(...).⁵⁷ (grafia original)

⁵⁶ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm

⁵⁷ Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>

O código penal republicano trazia ainda a ressalva de que o envio da pessoa com transtorno mental para uma instituição asilar deveria ocorrer quando o juiz entendesse assim ser melhor para a segurança da sociedade. Vejamos no artigo 29, *in verbis*: “*Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues às suas famílias, ou recolhidos a hospitaes, de alienados, se o seu estado mental assim exigir para a segurança do público*”⁵⁸ (grafia original).

Ainda nesse período, foi publicado o Decreto nº 1.132, de 22 de Dezembro de 1903⁵⁹, conhecido como a “Lei dos Alienados”. Foi a primeira legislação brasileira a tratar do tema, no seu texto havia a garantia da internação dos “*infratores portadores de moléstia mental*”, nomenclatura utilizada naquele período. Na época, foi considerado como um progresso no que se referia ao estabelecimento de regras para o internamento dos loucos infratores e a garantia da segurança coletiva. Eram os primeiros indícios de que a ideia construída de periculosidade inerente às pessoas com transtorno mental legitimaria internações compulsórias em prol da segurança da sociedade.

2.1.3 Consolidação das Leis Penais

Durante os primeiros anos do governo de Getúlio Vargas, em 1932, foi publicado o Decreto nº 22.213, a Consolidação das Leis Penais, este decreto foi oriundo do “Código Penal Brasileiro, Completado com as Leis Modificadoras em vigor”, elaborado por Vicente Piragibe. Cruz (2009:20) descreve em seu trabalho a previsão da criação de manicômios criminais trazida por Piragibe, no artigo 29: “*Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afeção mental serão entregues às suas famílias, ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim exigir para segurança do público*”. Complementando ainda ao afirmar que “*enquanto não possuírem os Estados manicômios criminais, os alienados delinquentes e os condenados alienados somente poderão permanecer em asilos públicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem*”.

⁵⁸ Idem.

⁵⁹ Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>

2.1.4

Sobre a legislação penal de 1940

Antes de tratar sobre o código penal de 1940, aquele que sob a égide da Constituição de 1937 procurava coibir a vagabundagem, a mendicância, a capoeira e os “desordeiros”, em uma clara intenção de atingir a população negra da sociedade brasileira, faz-se necessário contextualizar as influências que sofreu esse documento com a consolidação da criminologia no Brasil.

2.1.4.1

A Chegada da Criminologia no Brasil

O tratamento dado aos presos passou por um período de humanização, as formas violentas de punição, tais como os açoites, esquartejamentos e os suplícios realizados em praça pública como forma de intimidação da população, já não eram mais suficientes para dar conta do controle das massas, outras técnicas surgem com novos métodos para se alcançar “*a sujeição e a docilidade dos indivíduos*” (Rauter, 2003).

Em 1871, Cesare Lombroso publicou a obra que ficaria conhecida como aquela que deu origem a criminologia, *L’Uomo delinquente*. Seu estudo fez a classificação de diversos tipos de criminosos, analisando sua vaidade, senso de humor, preguiça, suas tatuagens, suas características físicas, tamanho da mandíbula, estrutura óssea, conformação do cérebro, entre outras características biológicas. A partir do resultado desta observação, Lombroso afirmou que aquelas pessoas eram anormais e geneticamente destinadas ao mal, pois o crime lhes era natural, assim como o nascimento e a morte. Acrescentando ainda que essa anormalidade era incurável e que, por isso, os criminosos deveriam ser eximidos de qualquer responsabilidade criminal.

O momento de surgimento da criminologia tem, então, sua fundação na observação do caótico espaço carcerário, Rauter (2003) entende este como “*um momento duplo, de constituição de um saber sobre o criminoso e de constituição do criminoso como um anormal*”. Baratta (2002) complementa, relatando que a Escola Positivista, como ficou conhecida essa primeira fase de desenvolvimento da criminologia, baseou suas afirmações na ideia de que o crime era um elemento inerente à personalidade do criminoso.

Realizando uma análise para além do que foi a observação sobre o sujeito criminoso, de modo a entender a quem interessou a análise de grupos específicos na sociedade, Malaguti (2012) nos revela o viés utilitário da criminologia, na medida em que afirma que esta foi nitidamente utilizada para operacionalizar o poder punitivo tão necessário ao sistema capitalista presente na formação social e econômica da sociedade europeia e mais tarde, na brasileira. Faz-se necessário antes de se dispor a entender a criminologia e a política criminal⁶⁰, entender a demanda por ordem de determinada classe social e reconhecer que historicamente é possível identificar a construção desses saberes com a expansão do capitalismo.

No Brasil, país que teve sua colonização marcada pelo genocídio dos indígenas e sua economia construída com base no escravismo, a criminologia terá características próprias decorrente do seu capitalismo. Com a utilização do trabalho escravo que desde cedo recrutou povos considerados inferiores pelos europeus: os indígenas e os africanos; para Prado Jr. (2011) o país resulta de um grande plano comercial que explorava o território em proveito da Europa, sendo este o verdadeiro sentido da “colonização” dos trópicos, explicando desta forma como se dá a formação e evolução do Brasil.

Para Abdias do Nascimento (1977), *“o papel do escravo negro foi crucial para o começo da história e economia política em um país fundado, como Brasil, sobre o imperialismo parasitário”*. A estrutura econômica não teria se sustentado sem a escravidão. Acrescenta Abdias:

O escravo construiu as funções econômicas da nova sociedade, curvando e quebrando sua espinha; seu trabalho foi a espinha dorsal da economia. Alimentava e reunia a riqueza física do país com seu sangue e suor, apenas para ver os lucros de seu trabalho apropriados pela força da aristocracia branca.⁶¹

Adotando ideias racistas desenvolvidas na Europa foram produzidas representações sob a égide de uma modernidade científica, nas quais os negros da Bahia e suas tradições africanas foram classificados como inferior enquanto raça negra africana, sendo considerados potencialmente perigosos e portadores de uma cultura selvagem. Na Faculdade de Medicina da Bahia foram produzidos os

⁶⁰ Para Batista (2011) política criminal é o conjunto de “*princípios e recomendações para a reforma ou transformação da legislação criminal e dos órgãos encarregados de sua aplicação*”.

⁶¹ Trecho da tese apresentada por Abdias do Nascimento no II Festival de Artes e Culturas Negras e Africanas (Festac), em 1977.

critérios de racialização do povo baiano, eram tempos da Antropologia de Nina Rodrigues (Araújo, 2011).

No Brasil como um todo os juristas aderiram as afirmações de Lombroso⁶² e passam também a observar os vícios e os hábitos das pessoas para determinar sua anormalidade. Esta observação vai encontrar características nas pessoas que cometem delitos, as quais não serão encontradas nas pessoas ditas “normais” ou “honestas”.

A anormalidade enquanto disposição para o crime será reconhecida em atos do cotidiano e em condutas consideradas antissociais, tais como a capoeira praticada pelos negros escravizados ou livres. Neste ponto, é praticamente impossível não fazer referência aos dias atuais, quando o “rolezinho” no shopping dado por rapazes negros de classes populares vem provocando tamanha polêmica e manifestações. A história não se repete, ela se mantém racista e seletiva. Aqueles que, muitas vezes, são o problema, em outros tantos momentos, são a solução, são seus corpos que irão impulsionar a tão necessária geração de riqueza, *“precisam ser sujeitos de mil formas visíveis e invisíveis”* (Malaguti, 2012:34).

O processo de higienização e medicalização consolidado com a formação da Liga, como vista anteriormente, introduz no Brasil a disciplina como estratégia de poder e legitima o campo médico a iniciar sua relação com o campo jurídico brasileiro, reorganizando o espaço prisional. Neste momento é o conceito de degenerescência que norteia médicos e juristas, a ideia de que o crime seria resultado de uma anomalia biológica atávica que interfere na moral do sujeito; para os criminólogos brasileiros ocorre o que Rauter (2003) chamou de *“evolucionismo às avessas”*.

Malaguti (2012) considera o conceito de degenerescência como fundamental para entender como que “naturalmente” os mestiços no Brasil vão ocupar os lugares inferiores na escala da evolução humana. O controle punitivo destes grupos se dá inicialmente de forma “preventiva” com o pretexto de tratá-los, dando conta de “curá-los”, ou na verdade, neutralizá-los.

A junção entre a observação psiquiátrica e a criminal não tem o escopo de transformar a prisão em sua realidade caótica e de exclusão, mas a óbvia intenção de criminalizar a população negra e pobre do país, assim como seus costumes - o

⁶² Na medicina, Nina Rodrigues contempla as ideias de Lombroso influenciando não só na chegada da criminologia, como a medicina-legal e a antropologia.

carnaval e o samba e a já mencionada capoeira. Eles reconhecem estas pessoas como naturalmente incapazes de respeitar autoridades, de trabalhar e por causa destas características, naturalmente capazes de cometer crimes. Neste contexto as mulheres e os homossexuais também são alvo de criminalização. Acreditava-se que a mulher poderia vir a cometer atos criminosos durante seu período menstrual e o homossexual antes de ser um criminoso, seria um doente.

De forma resumida Rauter (2003:40) aponta três inovações trazidas pelo discurso médico para a criminologia, que em seguida seriam incorporadas pelo direito penal: *“1. O criminoso é um doente; 2. A pena é um tratamento que age em benefício do criminoso; 3. A prisão não deve punir, mas curar.”*

2.1.4.2

O Código Penal de 1940

“O delito depende do sujeito, não do predicado”

O projeto do “novo” Código Penal elaborado em 1937 tinha como base o Código Penal Italiano de 1930, conhecido como Código de Rocco. O Estado brasileiro finalmente incorporava à sua legislação penal um texto que trazia no seu bojo as novidades incorporadas pela Criminologia, tais como o entendimento de que o conceito de crime não se refere mais tão somente ao conflito com a lei, mas também a características naturais inerentes aos criminosos decorrente da anormalidade. São os comportamentos individuais ou coletivos, que de alguma forma ameaçam a ordem preestabelecida pelo Estado, que irão ser despidos do seu caráter cultural e político para então ser criminalizados.

A partir da consolidação da Criminologia, o código de 1940 inovará ainda com a noção de periculosidade - para a consequente avaliação da pena a ser aplicada - e as medidas de segurança. Como bem explica Rauter (2003:71):

A adoção da medida de segurança representa a incorporação ao direito penal de um critério de julgamento que não se refere ao delito, mas à personalidade do criminoso. O julgamento do juiz refere-se a um tipo de anormalidade reconhecida no delinquente, a “periculosidade”.

A avaliação sobre a periculosidade cabia ao juiz com a cooperação de peritos auxiliares, sobretudo psiquiatras. Ao magistrado cabia dizer se existia

naquele criminoso uma tendência delituosa, se a sua personalidade, reincidência ou transtorno psíquico poderia levá-lo a voltar a delinquir. Era possível encontrar duas hipóteses de conformação do chamado *estado perigoso*: presunção legal ou declaração judicial. A presunção legal referia-se basicamente aos inimputáveis, aos semi-imputáveis, àqueles que cometiam delitos em estado de embriaguez, aos reincidentes em crimes dolosos, quadrilha, entre outros. Caso o pretenso criminoso não apontasse nenhuma das condições presumidas legalmente como demonstração de sua periculosidade, o juiz poderia investigar seus antecedentes, sua personalidade, ou o grau de culpa para presumir se aquela pessoa voltaria a cometer crimes.⁶³

As medidas de segurança eram aplicadas ao louco considerado perigoso, o seu isolamento em um manicômio só começava depois de cumprida a pena referente ao crime cometido e se fosse absolvido do crime praticado, devido à sua potencial periculosidade, ainda assim era isolado, nesse caso, imediatamente. Este sistema era o “duplo binário” que possibilitava que o inimputável e o semi-imputável fossem duplamente penalizados. As medidas eram arbitrárias e longas, respaldadas pela imperativa manutenção da “ordem”.

Carvalho (2013) cita Bitencourt quando este se refere de modo preciso à violação do princípio do *ne bis in idem*, “*pois, por mais que se diga que o fundamento e os fins de uma e outra são distintos, na realidade, é o mesmo indivíduo que suporta as duas consequências pelo mesmo fato praticado*”.⁶⁴

2.1.5

A legislação atual sobre as medidas de segurança

Após a tão aguardada reforma do código penal de 1940, em 1984 passa-se, então, a aplicação imediata do isolamento em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico⁶⁵ como regra ao inimputável que tiver praticado conduta típica e

⁶³ Código Penal de 1940 com redação dada pela Lei nº. 6. 416/77.

⁶⁴ Carvalho, Salo de. Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial / Salo de Carvalho. – São Paulo, 2013. Página 505

⁶⁵ No Brasil, o manicômio judiciário passou a ser denominado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico a partir da Reforma Penal de 1984, de acordo com a previsão do Código Penal Brasileiro nos seus artigos 96 e 97 e na Lei de Execução Penal no artigo 99.

ilícita, não havendo cumprimento de pena referente ao delito cometido. O sistema adotado a partir de então é o “vicariante”, separando a dupla punição que havia.⁶⁶

O Código Penal Brasileiro determina que o tratamento do inimputável⁶⁷ ou semi-imputável⁶⁸ deverá ser realizado em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico nos casos em que a internação seja necessária ou, em não havendo essa necessidade, o tratamento deverá ser ambulatorial, durante o qual a pessoa terá assistência médica, devendo comparecer durante o dia em local próprio ao atendimento. Apesar dos avanços da reforma psiquiátrica, os manicômios continuam a ser espaços de cotidianas violações de direitos e, ainda assim, os magistrados permanecem por prioritariamente determinar a internação ao invés do tratamento ambulatorial.⁶⁹

Segundo a Lei de Execuções Penais, Lei n. 7.210/84, em seu artigo 173, inciso III, na guia de internamento ou de tratamento ambulatorial deverá constar, entre outros requisitos, “*a data em que terminará o prazo mínimo, de internação ou de tratamento ambulatorial*”, contudo, o que se observa é que não existem critérios bem definidos sobre a determinação do limite temporal para o internamento, ficando essa previsão a cargo do magistrado.

Como uma espécie de “pena curativa”, as medidas de segurança persistem enquanto houver a necessidade do tratamento. Essa necessidade é verificada através de perícia médica na qual deverá constatar a periculosidade do agente, podendo em alguns casos ser mantido até o seu falecimento.

⁶⁶ Carvalho, Salo de. Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial / Salo de Carvalho. – São Paulo, 2013. Página 506

⁶⁷ Código Penal Brasileiro, Art. 26 – “*É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.*” (grifo nosso)

⁶⁸ Semi-imputáveis são aqueles que no momento da conduta não possuem capacidade plena de discernir sobre seus atos. Código Penal Brasileiro, Art. 26 (...) “*Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.*” (grifo nosso)

⁶⁹ Os dados mais recentes do Ministério da Justiça possibilitam afirmar que o número de internações é 6 vezes maior que o número de pessoas em tratamento ambulatorial (homens). Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7BD574E9CE-3C7D-437A-A5B6-22166AD2E896%7D&Team=¶ms=itemID=%7BC37B2AE9-4C68-4006-8B16-24D28407509C%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>, acesso realizado em 16 de janeiro de 2014.

Esse raciocínio levou alguns renomados juristas⁷⁰ ao entendimento de que a indeterminação do prazo para o cumprimento das medidas de segurança pode ofender o princípio da constitucionalidade que veda a prisão perpétua. Segundo as lições de Zaffaroni e Pierangeli, “*não é constitucionalmente aceitável que, a título de tratamento, se estabeleça a possibilidade de uma privação de liberdade perpétua, como coerção penal. Se a lei não estabelece o limite máximo, é o interprete quem tem a obrigação de fazê-lo.*”⁷¹

Em 2005, o Supremo Tribunal Federal determinou que nenhuma pessoa paciente de medidas de segurança poderá ficar isolada por um período maior que o limite máximo de trinta anos de modo a fazer valer a “*garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas*”.⁷²

O Decreto presidencial n°. 6.706, de 22 de dezembro de 2008, legislação mais conhecida como “Indulto Natalino”, de forma mais avançada, trouxe o seguinte texto:

É concedido indulto... [as pessoas submetidas a medidas de segurança que já tenham cumprido] ... período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta praticada ou, nos casos de substituição prevista no art. 183 da Lei n. 7.210 de 1984, por período igual ao tempo da condenação, mantido o direito de assistência nos termos do art. 196 da Constituição.

No ano seguinte, ao Decreto n°. 7.046, de 22 de dezembro de 2009, foi acrescentado ao texto “*independente da cessação da periculosidade*” (grifo nosso). O Decreto n°. 7.420, de 31 de dezembro de 2010, trouxe no corpo do texto a mesma redação encontrada em 2009. Em 2011 foi concedido indulto natalino através do Decreto n°. 7.648, de 21 de dezembro de 2011, com o seguinte texto:

Art. 1º É concedido indulto às pessoas nacionais e estrangeiras:
(...) XI - submetidas a medida de segurança, independentemente da cessação da periculosidade que, até 25 de dezembro de 2011, tenham suportado privação da liberdade, internação ou tratamento ambulatorial por período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta praticada

⁷⁰ Neste sentido, Gomes, Luís Flávio. Medidas de Segurança e seus limites. Revista Brasileira de Ciências Criminais, n. 2, p. 66 e seguintes, 1993.

⁷¹ ZAFFARONI, Eugênio Raúl; PIERANGELI, José Henrique, Manual de direito penal brasileiro – Parte geral, p. 858.

⁷² HC 84219/SP – 1ª Turma - Rel. Ministro Marco Aurélio, julgado em 16/8/2005, publicado em DJ em 23/9/2005, p.16.

ou, nos casos de substituição prevista no art. 183 da Lei de Execução Penal, por período igual ao tempo da condenação.

Em 2012, a presidenta Dilma Rousseff publicou o Decreto nº. 7.873 e, em 2013, publicou o Decreto nº. 8.172, ambos indultos natalinos com a mesma redação do indulto acima transcrito. Contudo, ainda não há uma legislação que garanta a decisão do Supremo Tribunal Federal para além dos indultos de natal.

Em nome de uma potencial personalidade perigosa o encarceramento desses possíveis perigosos é tão torturante quanto daqueles privados de sua liberdade em unidades prisionais. O abandono dessas pessoas faz com que se tornem invisíveis; a possibilidade da medida de segurança ainda hoje de alguma forma se estender *ad eternum* coloca-os em situação de vulnerabilidade; as violações cotidianas de sua integridade física e mental e a imparcialidade, conivência e distância de imensa parcela da sociedade, mata-os socialmente.

2.2

Elementos jurídicos para determinação das medidas de segurança das pessoas com sofrimento psíquico

É notório que o tratamento dispensado às pessoas com sofrimento psíquico mudou, há concretas mudanças de paradigmas no que diz respeito ao acolhimento destas pessoas e aos saberes que foram fortemente questionados. Os tratamentos foram totalmente repensados e a ideia da desinstitucionalização através da inserção social é a bandeira do movimento da luta antimanicomial. Mas o que dizer da aplicação das medidas de segurança? Como hoje, depois de tanto avançar a ideia do que seja acolher as pessoas com transtorno psíquico, se comporta o campo jurídico? Segundo Carvalho e Weigert (2013), “*no campo jurídico o tratamento da imputabilidade e da semi-imputabilidade permanece ancorado nas premissas punitivas correcionalistas que moldaram os sistemas asilares do século passado.*”⁷³

De acordo com o artigo 26 do Código Penal Brasileiro, “*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*

⁷³ Carvalho e Weigert (2013).

entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”. Reconhecida a inimputabilidade é permitido pelo CP a absolvição do réu, os juristas a chamam de uma “absolvição *sui generis* ou imprópria”, pois, apesar de absolver, submete a pessoa à medida de segurança, ficando portanto sob tutela do estado.

Para o inimputável o código determina:

art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Prazo

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, **será por tempo indeterminado**, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, **a cessação de periculosidade**. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

Perícia médica

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

Desinternação ou liberação condicional

§ 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos. (grifo nosso)

É possível perceber que, muito embora os indultos natalinos já possibilitem a saída do internado, independente da cessação da periculosidade, a legislação penal ainda não foi modificada, segundo o que determina o seu texto ainda é possível a permanência *ad eternum* da pessoa com sofrimento psíquico em um manicômio judiciário.

Para Carvalho e Weigert (2013) a decisão sobre a imputabilidade, semi-imputabilidade ou inimputabilidade deriva basicamente de uma opção política ou político-criminal que divide o sistema de responsabilidade criminal em dois fundamentos distintos: “*a culpabilidade e periculosidade*”. Essa decisão essencialmente política, em seguida, é legitimada pela ciência jurídico-penal.

A teoria do Direito Penal tradicional, entende que o sujeito responsável é aquele que tem a capacidade de entender os efeitos de seus atos, de sua conduta, sendo portanto culpado pelos resultados, caso contrário, ausente a culpa, ou a noção de seus atos, a pena é inaplicável. Ainda em acordo com o ordenamento jurídico penal, a pessoa dotada de periculosidade, diferente da culpável, não tem

condições de avaliar a situação em que está envolvida e, por isso, não discerne sobre o lícito e o ilícito. É o incidente de sanidade mental⁷⁴ realizado por perícia psiquiátrica que irá determinar se o autor do delito possui ou não essa condição. Caberá ao psiquiatra legista durante o processo determinar o grau de periculosidade do sujeito no momento da conduta delituosa e que probabilidade há deste voltar a delinquir futuramente.

No Direito, a periculosidade é entendida como um “estado ou um atributo natural do sujeito.” O sujeito potencialmente perigoso pode a qualquer momento lesionar a si mesmo ou a terceiros. Esse entendimento permite que as medidas de segurança sejam aplicadas sem um prazo previamente estipulado, diferentemente da pena que tem a quantidade exata de tempo a ser cumprido determinado pela sentença condenatória emitida pelo juiz. O caráter “*curativo*” do tratamento dispensado durante a aplicação das medidas de segurança inviabiliza o estabelecimento de um prazo máximo.

Diante da lógica utilizada pelo Direito, é possível afirmar que não há possibilidade de haver determinação de um prazo máximo na medida de segurança, pois sua natureza é de um tratamento podendo este vir a ter uma resposta positiva ou negativa. O diagnóstico de cessação de periculosidade seria a resposta positiva e a manutenção do “*estado de perigo prognóstico de delinquência futura*” é a certeza da necessidade do internado prosseguir no tratamento.⁷⁵

Muito embora para o discurso jurídico o entendimento sobre periculosidade, culpabilidade e aplicação medidas de segurança pareça lógico, na verdade esta é uma das causas, de ainda hoje, ocorrer a perpetuidade das medidas de segurança enquanto sanção. Carvalho e Weigert (2013) afirmam que o constituinte foi omissivo ao determinar a forma de aplicação da medida de segurança, chamando este fato de uma “*injustificável omissão constitucional*”.

Com a publicação da Lei nº. 10.216/01, as autoridades responsáveis têm obrigação de criar mecanismos que possibilitem a desinstitucionalização gradual

⁷⁴ De acordo com o Código de Processo Penal em seu Art. 149. “Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal. § 1º O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente: § 2º O juiz nomeará curador ao acusado, quando determinar o exame, ficando suspenso o processo, se já iniciada a ação penal, salvo quanto às diligências que possam ser prejudicadas pelo adiamento.”

⁷⁵ Salo e Weigert, 2013: 58-59.

das pessoas internadas em manicômios. Há que se ressaltar que as pessoas com sofrimento psíquico recolhidas aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico para cumprimento de medidas de segurança, também estão respaldadas pela Lei de Reforma Psiquiátrica. Para além da necessidade da Reforma efetivamente entrar nos manicômios judiciários, no campo do direito, Carvalho e Weigert (2013) acreditam que seria fundamental *“que os direitos e as garantias dos imputáveis condenados às penas carcerárias fossem ampliados aos portadores de sofrimento psíquico submetidos às medidas de internação psiquiátricas”*.

A Lei de Execuções Penais (Lei nº 7.210/84)⁷⁶ tem como objetivo precípua: *“art. 1 A execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado”*. A harmônica integração social a que se refere este artigo deve atender não somente ao condenado imputável como aos semi-imputáveis e aos inimputáveis. A este terceiro grupo a LEP destina o cumprimento das medidas de segurança em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou ao tratamento ambulatorial subsidiariamente determinado em juízo.

Apesar do reconhecido avanço na reforma psiquiátrica, os manicômios judiciários seguem com o modelo de internação em locais com características asilares que isolam seus pacientes e os obrigam a uma rotina mortificante, assim como descrevia Goffmann sobre as instituições totais; estes locais, em nada se diferem dos presídios. Apesar da mudança na nomenclatura na Reforma do Código Penal de 1984 de Manicômio Judiciário para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, as instituições continuam as mesmas, ainda com sua estrutura manicomial.

2.3

Procedimentos de despenalização do louco infrator

Como visto anteriormente a criminologia surge num contexto de busca pelo poder e a necessidade de imposição de uma ordem. O projeto do capital precisa criar ferramentas ainda mais punitivas para legitimar essa descomedia

⁷⁶

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm

obsessão pela ordem que vivemos. Os atos realizados por determinados grupos são considerados inerente a eles, definindo quem são hoje, quem eles foram e o pior, a certeza de quem eles serão no futuro. “*O crime totaliza o passado, o presente e o futuro, sendo toda complexidade do homem reduzida a um único e exclusivo ato.*” (Carvalho e Weigert, 2013: 68). Sobre a classificação desses grupos Malaguti nos traz que “*os tratamentos vão dar conta dos seres humanos recuperáveis e tratar de neutralizar os irrecuperáveis. A humanidade divide-se agora entre o normais e os anormais, a loucura e o crime serão alvo de terapias sociais*”⁷⁷

O higienismo psiquiátrico que se desenvolve com base na teoria da degenerescência é capturado pela criminologia que transforma o discurso jurídico despolitizando-o e administrando-o pelo “saber/poder médico”. Já foi possível perceber que este encontro, muito embora pudesse render bons frutos no que diz respeito a contenção de possíveis excessos em ambos os campos, na verdade criou e respaldou mecanismos de violações de direitos que seguem sem qualquer tipo de contenção sobre suas ações e que reciprocamente se legitimam.

No que se refere ao direito penal, Carvalho e Weigert (2013) lembram que o *status* concedido ao inimputável impede que uma série de causas de exclusão, tais como tipicidade, ilicitude, culpabilidade e punibilidade, seja a ele concedida assim como é ao imputável. É sabido que para corrente penalista majoritária a imputabilidade constitui *pressuposto* e não *elemento* da culpabilidade, a negação da imputabilidade como pressuposto da culpa necessita debate específico, o que não se pretende neste momento. Contudo, os autores chamam atenção para a necessidade de o Direito Penal ter “*uma nova forma de olhar o problema*”, pois a Lei da Reforma Psiquiátrica já possibilita o entendimento de que as pessoas com sofrimento psíquico não são completamente incapazes de compreender e de ter vontade.

O debate que se travou, e permanece em andamento, no campo psiquiátrico e permitiu as mudanças de paradigmas nos seus saberes, precisa urgentemente ser travado no campo jurídico, sobretudo no sistema penal. Os velhos dogmas penais que tratam da inimputabilidade precisam se adequar à nova

⁷⁷ Batista, Vera Malaguti, Introdução crítica à criminologia brasileira / Vera Malaguti Batista. – Rio de Janeiro: Revan, 2011, 2ª edição, julho de 2012. 128p.

legislação, ao novo entendimento de quem são e do que são capazes as pessoas com sofrimento psíquico.

Na esfera processual, por exemplo, não é permitido ao inimputável recorrer à composição civil⁷⁸, à transação penal⁷⁹ ou à suspensão condicional⁸⁰ do seu processo. E no âmbito da execução da medida de segurança, não se aplica a remição⁸¹, a progressão de regime⁸² ou o livramento condicional⁸³. Somente recentemente, os indultos natalinos e apenas esses fazem referência expressa sobre a extinção da medida de segurança quando o paciente já permaneceu por um período maior do que a pena em abstrato determinada no delito cometido. O Direito precisa se apropriar das ideias e do progresso trazido pela Lei da Reforma Psiquiátrica.

Para Carvalho e Weigert (2013), há uma inadequação normativa e conceitual do fundamento periculosista das medidas de segurança após a publicação da Lei de Reforma Psiquiátrica. Para os autores, além “*da dubiedade e da imprecisão científica do conceito de periculosidade*” é necessário que se observe a mudança legal que ocorreu com a Lei nº 10.216/01 na medida em que entende a pessoa com sofrimento psíquico com capacidade e autonomia para

⁷⁸ A Composição dos danos civis pode ocorrer em crimes de ação penal privada e pública condicionada à representação, gerando repercussão nos campos penal e civil. É realizado um ajuste entre as partes na presença de seus advogados e do Ministério Público, na qualidade de fiscal da lei; é lavrado um termo a ser homologado, por sentença, pelo Juiz.

⁷⁹ Para os crimes considerados como de menor potencial ofensivo, pena menor de 2 anos, o procedimento adotado é o procedimento sumaríssimo do Juizado Especial Criminal. A depender das circunstâncias legalmente previstas no art. 76, da lei 9.099/95, o Ministério Público poderá negociar com o acusado sua pena, evitando que o processo continue em andamento. A transação deve ser proposta antes do oferecimento da denúncia, sua aceitação não pode ser considerada como reconhecimento de culpa ou de responsabilidade civil sobre o fato, não podendo ser utilizada para fins de reincidência e não constando de fichas de antecedente criminal.

⁸⁰ Com previsão no art. 89 da lei 9.099/95, a Suspensão Condicional do Processo é uma forma alternativa que tem por objetivo evitar o início do processo em crimes cuja pena mínima não ultrapassa 1 ano, em que o acusado não seja reincidente em crime doloso e não esteja sendo processado por outro crime. A Suspensão se aplica também aos procedimento não sumaríssimos, podendo ser aplicada em crimes não considerados de menor potencial ofensivo. Deve ser oferecido pelo Ministério Público durante a apresentação da denúncia.

⁸¹ Remição de pena é o abatimento dos dias e horas de estudo ou trabalhadas do preso que cumpre pena em regime fechado ou semiaberto, diminuindo o período de cumprimento da pena. Esse tempo remido também conta para o livramento condicional. Direito assegurado pela Lei de Execuções Penais no artigo 126.

⁸² A Lei de Execuções Penais estabelece em seu artigo 112 “*A pena privativa de liberdade será executada em forma progressiva com a transferência para regime menos rigoroso, a ser determinada pelo juiz, quando o preso tiver cumprido ao menos um sexto da pena no regime anterior e ostentar bom comportamento carcerário, comprovado pelo diretor do estabelecimento, respeitadas as normas que vedam a progressão.*”

⁸³ Livramento condicional é a possibilidade de se garantir a liberdade antecipada, respeitando-se certas condições estabelecidas em lei, conferida ao condenado que já cumpriu parte da pena que lhe foi imposta. Lei de Execuções Penais artigo 131.

buscar seus direitos e a consequente integração à sociedade. A mudança no enfoque da periculosidade é grande, agora se entende que o louco é reconhecido como alguém que possui capacidade e discernimento, sendo um cidadão com “*poder de participação*”.

Com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, deixa de existir a “doença mental”. Esse conceito ao longo dos anos construiu inúmeros efeitos estigmatizantes, relegando as pessoas com sofrimento psíquico do convívio social através do isolamento e neutralização de sua existência. Esse tipo de entendimento não dá conta das formas alternativas de tratamento hoje apresentados. Segundo Carvalho e Weigert (2013), à medida que a LRP define novas formas, ou graus distintos de responsabilidade, essa impulsiona a discussão e estabelecimento de novos paradigmas no tratamento dado as pessoas com transtorno mental no campo jurídico, sendo necessário e urgente a reinterpretação dos institutos do direito penal. E acrescentam os autores: “*Negar ao portador de sofrimento psíquico a capacidade de responsabilizar-se pelos seus atos é um dos principais atos de assujeitamento, de coisificação do sujeito*”.

2.4

A solução seria a possibilidade de formas distintas de responsabilização ou a adoção de programas de apoio ao louco infrator?

2.4.1

A possibilidade das formas distintas de responsabilização

Carvalho e Weigert (2013) acreditam que de acordo com a LRP há que se estabelecer maior isonomia entre a punição dada aos imputáveis e aos inimputáveis que cometem delitos, observando-se, portanto, o mínimo e o máximo da pena aplicado em cada caso concreto também na aplicação das medidas de segurança. Para afirmar sua compreensão sobre o estabelecimento da igualdade entre inimputáveis e imputáveis, os autores citam Virgílio de Matos, “*todos os cidadãos, portadores, ou não de sofrimento psíquico, deveriam ser considerados imputáveis para fins de julgamento penal, sendo assegurados todas*

as garantias inerentes ao status jurídico do réu.”.⁸⁴ A ideia é tratar a pessoa com sofrimento psíquico como imputável no momento do processo em que a pena fosse computada, assegurando a ela também a possibilidade de se valer dos institutos criados pela Lei 9099/85: transação penal, transação civil e suspensão condicional do processo.

O processo de dosimetria deve ser igual ao dos imputáveis com a definição da pena cabível (artigo 59 I CP), com a determinação da quantidade da sanção (art 59 II CP c/c 68 CP), a definição do regime inicial e a verificação da possibilidade de substituição da pena restritiva de liberdade por restritiva de direito (art.59 IV, c/c art 44 CP). Ultrapassando o limite máximo da pena fixada pelo juiz ou cessada a necessidade de internação para tratamento no serviço de saúde mental, a medida de segurança seria extinta.

2.4.2

Os programas de apoio como formas alternativas

Apoiados na Lei de Reforma Psiquiátrica dois estados, Minas Gerais e Goiás possuem programas de apoio ao louco infrator na busca pela humanização da relação paciente judiciário. Vejamos brevemente como funcionam.

2.4.2.1

Programa de Apoio Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ

O Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais implantou o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental a partir de um trabalho realizado por estagiários alunos do curso de Psicologia do Centro Universitário Newton Paiva, que analisaram processos criminais nos quais os autores do crime eram pessoas com sofrimento psíquico. Em dezembro de 2001, o Tribunal concedeu ao projeto-piloto *status* de programa, através da Portaria-Conjunta nº 25/2001. Cabe aos juízes, em acordo com a equipe

⁸⁴ Carvalho, de Salo; Weigert, Mariana A. B. *A Punição Do Sofrimento Psíquico No Brasil: Reflexões Sobre Os Impactos Da Reforma Psiquiátrica No Sistema De Responsabilidade Penal*. Revista de Estudos Criminais 48, Janeiro/ Março 2013, páginas 55 – 90.

multidisciplinar do programa, determinar a inclusão do louco infrator no PAI-PJ⁸⁵.

O Programa tem como objetivos: acompanhar os processos criminais nos quais o réu ou sentenciado tem sofrimento psíquico, de modo a fornecer mais elementos técnicos; assessorar a autoridade judicial na individualização da aplicação e execução da medida de segurança; promover a cooperação entre o Judiciário, Ministério Público e o Executivo; entre outras estratégias. Sua equipe é formada por psicólogos, assistentes sociais e bacharéis em Direito, que consideram a especificidade clínica, social e jurídica do paciente, buscando a construção do laço com os familiares e comunidade e ou território social. De acordo com a Resolução nº 633/2010, o PAI-PJ tem ainda como objetivo auxiliar a Justiça de Primeira Instância na individualização da aplicação e da execução das medidas socioeducativas.⁸⁶

2.4.2.2

Programa de Apoio Integral ao Louco Infrator - PAILI

Inspirado na experiência de Minas Gerais, o Ministério Público Estadual de Goiás criou o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator que está subordinado à Secretaria de Estado de Saúde. O PAILI supervisiona o tratamento destinado à pessoa com transtorno psíquico nas instituições psiquiátricas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, paralelamente, media o diálogo entre o paciente e o judiciário, simplificando e desburocratizando o acesso à Justiça. Sua equipe é multiprofissional, sendo composta por advogadas, assistentes sociais, psicólogas, acompanhantes terapêuticos e auxiliar administrativo, todos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde⁸⁷.

Segundo o promotor público, Haroldo Caetano Silva, o programa parte de um novo paradigma, transferindo a questão do louco infrator das políticas de segurança, para as políticas de saúde mental e, desta forma, resgatando a

⁸⁵ Informações disponíveis em: <http://www.tjmg.jus.br/portal/acoes-e-programas/programa-novos-rumos/pai-pj/>, acessado em 27 de janeiro de 2014.

⁸⁶ Idem

⁸⁷ Cartilha do PAILI: Implementação da Reforma Psiquiátrica na Execução das Medidas de Segurança. Ministério Público do Estado de Goiás, disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/porta/web/hp/2/docs/cartilhadopailli.pdf>, acessado em 27 de janeiro de 2014.

dignidade dos pacientes.⁸⁸ O Programa analisa caso a caso sob três aspectos: clínico, psicossocial e jurídico, elaborando um projeto terapêutico individual em consonância com a necessidade e singularidade de cada pessoa, informando à autoridade judiciária os progressos conseguidos com o referido tratamento. O PAILI também busca a incorporação dos familiares e amigos do louco, visando estabelecer vínculos; atividades públicas de sensibilização; promoção de discussão com peritos oficiais para fornecer maiores contribuições para o exame de cessação de periculosidade, entre outras estratégias.

Entender a pessoa com sofrimento psíquico como sujeito de direitos e como possuidor de graus de consciência sobre sua responsabilidade, podendo este ser tratado como imputável no momento da dosimetria da pena, sendo garantidas inclusive todas as alternativas de suspensão processual e progressão de regime, não impede que seja acompanhada por uma equipe multidisciplinar como as existentes nos programas mencionados e que fazem a ponte entre paciente e judiciário. Ou seja, as possibilidades já existentes devem se somar à discussão sobre a mudança de paradigmas no campo jurídico de modo a se ajustar aos avanços no campo psiquiátrico e à tentativa de minimizar possíveis violações de direitos dos loucos infratores.

A não abertura do campo jurídico para novas e distintas possibilidades de abordagem penal dada às pessoas com sofrimento psíquico que cometem delitos é, na verdade, a nítida demonstração de que os elementos estruturais que influenciaram na formação do Direito Penal brasileiro ainda permanecem. A ideia do anormal incurável e, acima de tudo perigoso, ainda se revela no tratamento dispensado ao louco infrator.

⁸⁸ Entrevista concedida ao *Instituto Innovare*, disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=Xb6PBB3i-hI>, acessado em 27 de janeiro de 2014.

3 Situação prisional e manicomial brasileira em tempos de super encarceramento

3.1 Contextualizando brevemente o super encarceramento

Em meio à discussão internacional e nacional sobre as legislações, as quais refletem mudanças de paradigmas no campo psiquiátrico, a sociedade brasileira, não diferente da mundial, segue recrudescendo o tratamento dado à sua população carcerária e manicomial.

O sistema penal que, muito embora se respalde no princípio da igualdade, na realidade, funciona de forma seletiva criminalizando e encarcerando grupos específicos. Para Nilo Batista, “*seletividade, repressividade e estigmatização são algumas características centrais de sistemas penais como o brasileiro*”.⁸⁹ A legislação penal brasileira foi pensada com um propósito, com tarefas concretas e para atender ao um grupo hegemônico que determinou o que seria a Ordem a ser estabelecida. Em uma sociedade dividida em classes como a que vivemos, na qual os interesses são estruturalmente opostos, é possível dizer que uma única Ordem não atende a todos e é por isso que o chamado “controle social” necessita construir uma hegemonia que legitime suas ações repressoras. Sobre o controle social Nilo Batista citou Lola Aniyar de Castro:

(...) não passa da predisposição de táticas, estratégias e forças para construção da hegemonia, ou seja, a busca da legitimação ou para assegurar o consenso; em sua falta, para a submissão forçada daqueles que não se integram à ideologia dominante.⁹⁰

O Direito Penal tem por essência a disposição para aproximar-se dos interesses das classes privilegiadas e desconsiderar os seus sujeitos integrantes como possíveis criminosos, o seu processo de criminalização é direcionado, sobretudo, a jovens negros, moradores de favelas. Sobre o que chamou de “*mito da igualdade*” no direito penal Baratta (2002) resumiu que o Direito Penal não defende a todos e somente a bens essenciais de interesse de todos os cidadãos e

⁸⁹ Batista, Nilo. Introdução crítica ao direito ao direito penal brasileiro / Nilo Batista. – 12ª ed. Revista e atualizada – Rio de Janeiro: Revan, 2011. 136p.

⁹⁰ Batista, Nilo. Introdução crítica ao direito ao direito penal brasileiro / Nilo Batista. – 12ª ed. Revista e atualizada – Rio de Janeiro: Revan, 2011. 136p. Página 21.

quando pune as ofensas a eles, faz de modo desigual; o *status* de criminoso é diferente para cada indivíduo; o *status* de criminoso independe do dano causado à sociedade e da gravidade das infrações cometidas. A respeito do direito como todo acrescentou à sua crítica a afirmação de que “*é o direito desigual por excelência*”.⁹¹

No tocante ao controle das massas, Wacquant trouxe evidências em sua obra, “*Punir os Pobres*”, de como o estado previdenciário dos Estados Unidos se transformou em um Estado penal para conter o enorme número de pobres produzidos pelo capitalismo.⁹² O disciplinamento dos pobres interessa na medida em que seus corpos são a força de trabalho necessária ao capitalismo, se não “úteis”, são dispensáveis. Sobre eles opera o Estado penal que recrudescer sua legislação e cria novos mecanismos de criminalização.

Para Malaguti (2012), ao capital interessa a construção de mais presídios, aliado à criminalização de condutas cotidianas e à transformação das favelas em verdadeiros campos de concentração, expandindo e intensificando o Estado penal. Vivemos em tempos de super encarceramento, nos quais qualquer tipo de conflito deve ser mediado pelo sistema penal e onde o crime e a criminalidade fazem parte da “*nova economia*”.⁹³

3.2

O quadro de superlotação nacional e no estado do Rio de Janeiro

Entre 1995 (148.760) e 2012 (548.003), a população prisional brasileira teve um aumento expressivo, cresceu 368,38%. De 95 presos para cada 100mil habitantes (1995), a proporção demográfica subiu para 287,31 para cada 100mil habitantes (2012). Estes números são ainda mais assustadores se comparados com a taxa de crescimento da população brasileira. Entre 2001 e 2011 a população brasileira cresceu 9,32% enquanto, no mesmo período, a população carcerária do Brasil cresceu 120,03%. Esta hipertrofia gerou como consequência um quadro de

⁹¹ Baratta, Alessandro. *Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal: Introdução à sociologia do direito penal* / Alessandro Baratta; tradução Juarez Cirino dos Santos. – 3ª ed. – Rio de Janeiro: Editora Revan: Instituto Carioca de Criminologia, 2002. 256p.

⁹² Wacquant, Loïc. *Punir os Pobres: a gestão da miséria nos Estados Unidos*. Tradução de Sérgio Lamarão. Rio de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia/Revan, 2003, 3ª edição, revisada e ampliada, agosto de 2007. 1ª reimpressão, março de 2013. 476p.

⁹³ Batista, Vera Malaguti, *Introdução crítica à criminologia brasileira* / Vera Malaguti Batista. – Rio de Janeiro: Revan, 2011, 2ª edição, julho de 2012. 128p.

superlotação. Segundo dados de dezembro de 2012, o Brasil tem 310.687 vagas no sistema prisional e abriga uma população carcerária de 548.003, fato que corresponde a uma superlotação de aproximadamente 75% além da capacidade do sistema.⁹⁴

O Brasil encontra-se na quarta posição entre os países com a maior população de presos em números absolutos, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, China e Rússia. Em particular o estado do Rio de Janeiro, segundo informações publicadas pelo **Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (InfoPen) do Ministério da Justiça**, em dezembro de 2012, apresenta o seguinte quadro:⁹⁵

Número de Habitantes	15.993.583
População Carcerária	33.826
Número de Vagas	24.215
Número de Presos por 100.000 habitantes	211,50

Os números acima, muito embora desatualizados, já colocavam o Rio de Janeiro como o terceiro estado da Federação no que tange à população prisional. Com o significativo aumento que se revela ao longo dos anos, o estado já beirava um total de quase 34.000 presos custodiados em 52⁹⁶ estabelecimentos ao todo. Pode-se ainda constatar que, de acordo com os dados acima, o Rio de Janeiro possuía um déficit de mais de 9.000 vagas, contabilizados todos os seus estabelecimentos prisionais até aquele momento.

Recentemente, em janeiro de 2014, foi publicada matéria jornalística⁹⁷ sobre o déficit de vagas no sistema prisional brasileiro, utilizando como fonte dados fornecidos pelos estados brasileiros; segundo consta, o Rio de Janeiro teria neste momento 33.900 presos e 27.069 vagas, contabilizando um déficit de 6.831

⁹⁴ Dados disponíveis no **Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen, do Ministério da Justiça**: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7BD574E9CE-3C7D-437A-A5B6-22166AD2E896%7D&Team=¶ms=itemID=%7BC37B2AE9-4C68-4006-8B16-24D28407509C%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>, acessado em 22 de janeiro de 2014.

⁹⁵ Idem.

⁹⁶ Em dezembro de 2012 o Rio de Janeiro possuía 52 estabelecimentos prisionais. Neste momento, em fevereiro de 2014, conta com 54 unidades prisionais.

⁹⁷ Informações disponíveis em: <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2014/01/brasil-tem-hoje-deficit-de-200-mil-vagas-no-sistema-prisional.html>, acessado em 10 de fevereiro de 2014.

vagas. Contudo, de acordo com dados fornecidos pela Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro (SEAP), em junho de 2013, existem 54 unidades prisionais no estado, apenas duas unidades a mais que em 2012, as duas unidades inauguradas no ano de 2013 teriam juntas 1.232 vagas, não sendo possível o aumento tão significativo de vagas como demonstrou a matéria. Não há notícias de inauguração de novas unidades prisionais, há, portanto, incongruência entre os dados fornecidos pelo estado do Rio de Janeiro e a SEAP.

Quanto ao Brasil, os dados da matéria acima mencionada contabilizam quase 564.000 presos,⁹⁸ claras evidências da existência de uma superpopulação carcerária e do recrudescimento do poder punitivo.

Segundo Baratta (2012), o direito penal não age seletivamente e de forma desigual tão somente, mas ele tem a função de produzir e reproduzir essa desigualdade. O autor cita especificamente o cárcere como sanção penal estigmatizante essencial à manutenção da diferença de classes na sociedade. Na medida em que as normas penais atingem os indivíduos das camadas mais pobres, elas agem de modo a impedir sua ascensão. E por fim, Baratta (2002:167) brilhantemente nos revela a prisão como:

a ponta do *iceberg* que é o sistema penal burguês, o momento culminante de um processo de seleção que começa ainda antes da intervenção do sistema penal, com a discriminação social e escolar, com a intervenção dos institutos de controle do desvio de menores, da assistência social etc.

Como resposta ao grave déficit de vagas, o Estado apresenta destinação de recursos para a construção de novas unidades, com vistas à ampliação da capacidade geral do sistema. Estas medidas de urgência, podem até amenizar as condições degradantes e desumanas às quais estão submetidas essas pessoas, mas não são capazes de resolver o problema a longo prazo, uma vez que vivemos décadas de expansão da cultura punitiva.

Há também que se ressaltar o incremento da privação de liberdade em outras esferas. No sistema socioeducativo constituem inadmissíveis os abusos na utilização das medidas de internação provisória e o uso excessivo da força, bem

⁹⁸ Informações disponíveis em: <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2014/01/brasil-tem-hoje-deficit-de-200-mil-vagas-no-sistema-prisional.html>, acessado em 10 de fevereiro de 2014.

como estruturas e tratamento similares ao dispensado ao sistema prisional. Em relação à política de drogas, especialmente no Rio de Janeiro, é possível afirmar que vivemos sob o arbítrio estatal através do recolhimento forçado e internações compulsórias.

3.3

Como se apresenta a “porta de entrada” do sistema prisional do estado do Rio de Janeiro

O estado do Rio de Janeiro realizava a custódia dos presos provisórios, aqueles que ainda não foram condenados, nas carceragens das delegacias da Polícia Civil. Por serem reconhecidas como espaços de tortura física e psicológica, além de ser ambiente propício à corrupção, organizações de direitos humanos, familiares e parlamentares provocaram a realização de audiências públicas na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) a respeito das precárias condições encontradas das carceragens. O governo do estado claramente pressionado prometeu publicamente desativar as carceragens e transferir toda a custódia dos presos provisórios para as unidades prisionais da SEAP. Para tanto, era essencial a construção de novas cadeias públicas, assim como a aplicação de penas alternativas, de modo que a extinção das carceragens não ocasionasse no agravamento no cenário de superlotação já existente no sistema prisional do estado do Rio de Janeiro.

A partir do ano de 2010, o governo do estado inicia o processo de transferência de toda a população prisional custodiada em dependências das carceragens para unidades prisionais da SEAP.

Cabe ressaltar, que existe recomendação expressa de que a custódia realizada em instalações da Polícia Civil não pode extrapolar o prazo de 24h, conforme se pode observar nas disposições do Plano de Ações Integradas para Prevenção e o Combate à Tortura no Brasil da Secretaria de Direitos Humanos⁹⁹.

Com o processo de extinção das carceragens da Polícia Civil, a “porta de entrada” do sistema prisional do Rio de Janeiro foi inicialmente direcionada para o

⁹⁹ Recomendação Nº 7 do Plano de Ações Integradas para Prevenção e o Combate à Tortura no Brasil da Secretaria de Direitos Humanos : “Evitar que as pessoas legitimamente presas em flagrante delito sejam mantidas em delegacias de polícia além de 24 horas necessárias para obtenção de um mandado judicial de prisão provisória, evitando também que qualquer prisão seja cumprida em delegacia, mesmo que seja ela uma prisão provisória”.

Presídio Ary Franco. O Presídio Ary Franco é uma unidade para presos provisórios do sexo masculino, sua capacidade máxima é de 958 internos, contudo, durante as visitas realizadas ao local foi possível constatar a presença de até 1.680 pessoas no presídio.

Os problemas estruturais no Presídio Ary Franco são crônicos, sua arquitetura violadora de direitos humanos não possibilita sequer recomendações da sua estrutura. A unidade possui dois andares abaixo do nível da rua, as galerias localizadas nesses andares são as piores. O ambiente é ainda mais insalubre em decorrência da precária iluminação e ventilação, possibilitando a proliferação de doenças entre os presos e também entre os funcionários. Não há água filtrada para o consumo dos detidos, falta cama, colchões, roupa de cama, uniformes e materiais de higiene e inexistência de acesso adequado aos serviços de saúde. A qualidade densa do ar do presídio, a má conservação da rede de esgoto, o acúmulo de lixo e a umidade das celas são fatores que corroboram ao agravamento das condições de saúde das pessoas ali presentes.

A superlotação e as condições estruturais degradantes da unidade já foram relatadas pelo Subcomitê de Prevenção à Tortura da ONU¹⁰⁰, pelo Conselho Nacional de Justiça¹⁰¹, pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária¹⁰² e pelo próprio Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura¹⁰³. Todas as denúncias sobre as desumanas condições da unidade recomendam o seu imediato fechamento. Até fevereiro de 2014, a unidade permanecia recebendo presos.

¹⁰⁰ “ONU pede fechamento imediato do presídio Ary Franco no Rio”, Terra online, publicado em 14 de junho de 2012, disponível em: <http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/0,,OI5836728-EI5030,00-ONU+pede+fechamento+imediato+do+presidio+Ary+Franco+no+Rio.html>

¹⁰¹ “Mutirão Carcerário do Rio de Janeiro, Relatório Final”, Conselho Nacional de Justiça, apresentado em 05 de julho de 2012 ao Tribunal de Justiça do estado do Rio de Janeiro, disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/programas/mutirao-carcerario/relatorios/relatorio_final_rio_de_janeiro.pdf

¹⁰² Em julho de 2011, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), constatou que: “A Unidade Penal não fornece as condições humanas de permanência naquele local. Os presos vivem trancafiados diuturnamente numa ociosidade total, sem os atendimentos necessários, muitos em alas que mais se parecem com porões, sem ter acesso a luz do dia”. Relatório de visitas a carceragens e cadeias públicas do Rio de Janeiro – 11 e 12 de julho de 2011. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/depen/data/Pages/MJE9614C8CITEMIDA5701978080B47B798B690E484B49285PTBRNN.htm>

¹⁰³ Ofícios encaminhados a Secretaria de Estado de Administração Penitenciária a respeito de visitas realizadas no Presídio Ary Franco: Ofício MEPCT/RJ 93/11 e Ofício MEPCT/RJ 45/12.

As denúncias de tortura e uma possível epidemia de tuberculose foram determinantes para a realização de uma audiência pública em abril de 2012 sobre superlotação e saúde articulada pelo Comitê e Mecanismo de Prevenção à Tortura em parceria com os profissionais da saúde que trabalham no sistema prisional, *“Superlotação e Saúde no Sistema Prisional do Estado do Rio de Janeiro”*. Como resultado positivo desta audiência, o ingresso dos presos provisórios foi redirecionado.

Naquele momento, o ingresso dos presos ao sistema prisional mudou para a Penitenciária Alfredo Tranjan, localizada no Complexo de Gericinó, em Bangu. No entanto, não é suficiente mudar o local de privação de liberdade e oferecer condições análogas. A adaptação da Penitenciária Alfredo Tranjan para receber os presos recém chegados no sistema prisional deveria ter como fim a efetiva mudança no tratamento dispensado aos presos, entretanto, o que se pode observar foi que as condições também eram precárias e não atendiam à legislação nacional e internacional sobre o direito das pessoas privadas de liberdade.

Na Alfredo Tranjan, foi observada a superlotação do espaço destinado aos presos provisórios e foram encontradas pessoas que haviam sofrido tortura física no momento da prisão e ainda necessitavam de cuidados médicos. Foi solicitado às autoridades competentes o imediato redirecionamento dos presos.

Atualmente, a entrada dos presos provisórios tem sido realizada através da recém inaugurada Cadeia Pública Juíza Patrícia Lourival Acioli, localizada no Complexo de Guaxindiba, no município de São Gonçalo, com capacidade para 616 presos. Segundo informou a direção, são realizados os exames médicos necessários a diagnosticar e inibir possíveis contágios de tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis. A unidade é nova e possui condições estruturais menos piores que as demais, contudo, tem enfrentado um grave problema de falta de água.

Cabe ainda ressaltar que é preocupante a presença de internos com distúrbios psiquiátricos em unidades que não oferecem tratamento adequado. Os membros do MEPCT/RJ encontraram em visita ao Presídio Ary Franco um interno com aparente transtorno em uma cela comum, ingerindo fezes. Nessas oportunidades, é solicitado imediato encaminhamento para avaliação médica e posterior transferência para uma unidade adequada.

No que se refere ao tratamento dado às mulheres presas, vale mencionar ainda que, a unidade feminina que recebe as presas provisórias é a Penitenciária Joaquim Ferreira de Souza e também se encontra em condições precárias, as presas sofrem, por exemplo, com a pouca distribuição dos materiais de higiene, tais como papel higiênico e absorvente íntimo.

3.4

A tão desejada “porta de saída” e as ferramentas de obstaculização da liberdade

O estado do Rio de Janeiro possui 54 unidades prisionais, para atender à sua população prisional, contudo a ampla maioria dos estabelecimentos destina-se ao cumprimento do regime fechado, em consequência disso, a maioria dos presos que já deveriam estar gozando dos benefícios do regime semiaberto ainda estão cumprindo sua pena em unidades específicas para cumprimento de pena em regime fechado. Em todo estado há somente 01 estabelecimento adequado ao cumprimento de regime semiaberto, Colônia Agrícola Marco Aurélio Vergas Tavares de Matos, localizada em Magé, com capacidade para apenas 146 internos do sexo masculino.

Este problema também se observa no cumprimento de pena do regime aberto, pois de acordo com a SEAP, há apenas 02 casas de albergado masculina e 01 casa de albergado feminina.

O Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura produziu um relatório sobre progressão de regime no sistema prisional em setembro de 2013, após visitas realizadas em unidades de regime semiaberto e aberto nos meses de abril e maio de 2013: Casa do Albergado Crispim Ventino, Instituto Penal Vicente Piragibe, Instituto Penal Plácido de Sá Carvalho, Instituto Penal Edgard Costa, Instituto Penal Ismael Pereira Sirieiro.

3.4.1

“Progredindo” para permanecer em ambientes ainda mais insalubres

A progressão do regime de cumprimento de pena foi estabelecida de modo a possibilitar que, paulatinamente, o preso retornasse ao convívio em sociedade, inicialmente cumpriria sua pena em regime fechado e, em seguida, poderia

progredir para o semiaberto, no qual teria benefícios tais como trabalho e saídas para visitar a família. Contudo, o que se observa na prática é que as condições em que se encontram as unidades destinadas ao semiaberto permitem afirmar que progredir no regime de cumprimento de pena pode significar maior sofrimento e violações de direitos.

A seguir, será realizado pequeno resumo sobre as precárias estruturas das unidades prisionais acima mencionadas, demonstrando que cumprimento de pena, na verdade, não tem qualquer relação com “ressocialização”.

De modo geral, as unidades estão superlotadas, as condições estruturais das celas, a higiene local e a salubridade do ambiente são inadequados. Segundo informaram os internos, não há fornecimento de uniforme e as roupas de cama, quando fornecidas, esporadicamente, estão em péssimo estado de conservação. A escassez de colchões também resulta em que muitos tenham que dormir em pedaços de colchão ou mesmo sobre papelão, como ocorre no Plácido de Sá Carvalho. Em apenas uma das unidades, Casa do Albergado Crispim Ventino, esse problema não foi apontado pelos presos, contudo, os internos reclamaram da qualidade dos colchões, muitos estão velhos e provocam coceiras pelo corpo.

Segundo a direção das unidades e as declarações do presos, quando ocorrem atos de indisciplina, imediatamente ocorre a suspensão das visitas dos familiares, assim como a determinação de que todos fiquem trancados em suas celas, em contrariedade com o costume de consentir a manutenção das celas abertas durante o dia. Tais medidas configuram sanção coletiva, expressamente vedada no art. 45, § 3º da Lei de Execução Penal.¹⁰⁴

Via de regra, é possível afirmar que muito embora as unidades apresentem distinções, todas possuem alojamentos em péssimas condições. Há muita umidade e mofo nas celas e corredores e fiação elétrica exposta, sujeitando todos a risco de incêndio. São muitos os relatos sobre a presença de ratos e baratas, grande quantidade de percevejos, mosquitos e moscas. Em determinadas unidades, como Plácido de Sá Carvalho, a situação de extremo mau-cheiro é permanente, em

¹⁰⁴ Art. 45 LEP. “Não haverá falta nem sanção disciplinar sem expressa e anterior previsão legal ou regulamentar. (...) § 3º São vedadas as sanções coletivas.”

decorrência do lixo aparente. Situação que se torna ainda mais grave quando, ao invés de vasos sanitários, encontra-se o “boi”¹⁰⁵.

As celas destinadas ao isolamento, seja por sanção, seja para garantir a segurança de um preso, são aquelas com situação de insalubridade mais emblemática. Foram constatados higiene precária, pouca luminosidade, lixo, ausência de colchões, roupas de cama e produtos de higiene.

Houve relatos de que devido à precariedade das unidades isso contribui para um evasão dos apenados, que, depois de passar o fim de semana em casa, com suas famílias, não retornam ao presídio. Neste sentido, os próprios agentes penitenciários afirmaram que *“tá ruim, fica em casa”*.

No que se refere ao trabalho realizado dentro das unidades prisionais com intuito de remir a pena do interno, sobretudo aquele que já está cumprindo regime semiaberto, o Rio de Janeiro ocupa a última posição no ranking de presos trabalhando por estado, pois dados do Infopen¹⁰⁶ revelam que apenas 2% (dois por cento) dos quase 34.000 internos tem alguma ocupação, o que nos permite afirmar que o ócio é constante nas unidades. Por se tratar de um regime transitório à progressão de regime e livramento, os investimentos em cursos técnicos deveriam ser uma prioridade.

Para além dos citados problemas crônicos de estrutura das unidades, há também mecanismo legais que agravam a permanência do interno e os impossibilita de alcançar a liberdade.

3.4.2

Do exame criminológico¹⁰⁷

Neste contexto de recrudescimento da punição e de unidades prisionais superlotadas, é possível demonstrar como a parceria entre o Direito penal e a Psiquiatria operam de modo a atender ao clamor punitivo de parte da sociedade,

¹⁰⁵ Em geral as unidades prisionais não possuem vaso sanitário nos banheiros das celas, é comum encontrar um buraco no chão, o qual se convencionou chamar de “boi”.

¹⁰⁶ DEPEN. Relatórios Estatísticos: Analíticos do Sistema Prisional 2012. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/depen/main.asp?View=%7BD574E9CE-3C7D-437A-A5B6-22166AD2E896%7D&Team=¶ms=itemID=%7BC37B2AE9-4C68-4006-8B16-24D28407509C%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>.

Acessado em 15 de maio de 2013

¹⁰⁷ O texto apresentado neste tópico consta do *“Relatório Temático: Análise da Progressão de Regime de Cumprimento de Pena no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro”*, tendo sido de autoria da presente dissertação.

utilizando-se de mecanismos legais para prorrogar a estada das pessoas que cometeram delitos nos presídios. Um desses mecanismos é o exame criminológico, realizado nos internos para prever se poderão voltar a delinquir.

O exame criminológico foi instituído pela Lei de Execução Penal em 1984, seu objetivo seria fornecer elementos para determinação da individualização da pena e para a progressão de regime a ser cumprido pelo preso. A LEP previu que cada estado brasileiro deve criar sua regulamentação própria, nesse sentido, o Rio de Janeiro criou o Regulamento Penitenciário do Estado de Rio de Janeiro (RPERJ) através do Decreto Nº 8.897 de 31 de março de 1986. Em 2003 a Lei nº 10.792 retirou dos artigos 6º e 112 da LEP a obrigatoriedade de realização do referido exame para a concessão da progressão de regime. A ideia era que o exame criminológico pudesse ser utilizado apenas para estabelecer a individualização da pena através de um projeto de tratamento específico a cada preso, contudo não é o que se percebe na prática.

O que se observou nas pesquisas e entrevistas é que, apesar da Lei nº 10.792/03, não tem sido facultado realizar o exame criminológico, mas sim a sua solicitação como regra, que tem ocorrido para a concessão de progressão de regime.

3.4.2.1

Da sua (i)legalidade

De acordo com o artigo 112 da Lei de Execuções Penais, quando o preso já tiver cumprido um sexto da pena no regime inicial e ostentar bom comportamento comprovado pela direção da unidade, terá o benefício de passar para um regime menos gravoso. Não há no referido artigo qualquer referência sobre a faculdade de realização do exame criminológico. Com o intuito de sanar os equívocos quanto à faculdade de sua realização, a Súmula Vinculante nº 26, de 16/12/2009, do Supremo Tribunal Federal (STF) determinou que:

Para efeito de progressão de regime no cumprimento de pena por **crime hediondo, ou equiparado**, o juízo da execução observará a inconstitucionalidade do art. 2º da Lei n. 8.072, de 25 de julho de 1990, sem prejuízo de avaliar se o condenado preenche, ou não, os requisitos objetivos e subjetivos do benefício, podendo determinar, para tal fim, de modo fundamentado, a realização de exame criminológico (grifo nosso).

O texto da súmula é esclarecedor ao determinar que em se tratando de crime **hediondo**, ou equiparado, será **facultado** ao magistrado para seu maior convencimento solicitar exame criminológico do preso. Ou seja, somente em casos específicos, com previsão na súmula e com farta fundamentação. Portanto, a utilização do exame criminológico como regra para concessão de progressão de regime fere a Lei de Execuções Penais.

E, no caso do Superior Tribunal de Justiça (STJ), temos o exemplo da súmula nº 439, de 3/05/2010, em que: *“admite-se o exame criminológico pelas peculiaridades do caso, desde que em decisão motivada”*.

Para Camuri (2012), muito embora as duas súmulas incluam requisito que o legislador, corretamente eliminou com as modificações trazidas pela Lei 10.792/2003 - o exame para a progressão de regime – as resoluções dos tribunais superiores também indicam que a decisão da progressão não está vinculada ao exame, ou seja, que o juízo da execução não depende do parecer psicológico ou do exame criminológico.

Apesar do STF já ter determinado pela possibilidade da solicitação do exame, este somente deveria acontecer em casos específicos. Para Mansur e Tristão (2014), o que se pode observar é que a exigência da realização do exame é mais uma das estratégias de manter o interno *ad eternum* em regime fechado como uma forma de responder à parte da sociedade que acredita que desta forma está segura.

O que foi possível observar sobre a realização do exame criminológico nas unidades prisionais, sobretudo naquelas de cumprimento do regime semiaberto, permite afirmar que não há respeito ao princípio da legalidade, o que torna a execução penal ainda mais gravosa ao preso. Direitos adquiridos não podem ser suspensos com base na prevenção à reincidência, os requisitos indispensáveis à progressão do regime estão previstos em lei, quais sejam, o cumprimento de parte da pena e o bom comportamento, o que se observou na prática é que hoje há ainda um terceiro requisito, a antecipação de futuras ações criminosas do interno.

A continuidade da privação da liberdade, ou ainda a não concessão dos benefícios do preso com base nas informações constantes no exame criminológico, fere também os princípios da culpabilidade e da lesividade. Como bem lembra Mansur e Tristão (2014), o Direito Penal prevê que a responsabilização deve ser entendida a partir do ato que foi realizado e em que

medida ele atingiu o outro, portanto, o que se deve observar é o que se fez e não quem o fez. As normas jurídicas devem se referir a condutas e não a pessoas. Levando em consideração que o exame criminológico é considerado, erroneamente, como um laudo que pode indicar atributos da personalidade do preso que podem no futuro levá-lo a reincidência, é possível afirmar que os referidos princípios são desrespeitados.

Ao ignorar princípios basilares que norteiam o Código Penal Brasileiro, o Estado legitima a concepção de que essas pessoas seriam “anormais” e “perigosas” e que, por isso, não podem obter benefícios legalmente garantidos. A massa carcerária permanece em sua maioria em “estado de periculosidade permanente”¹⁰⁸. Caracterizado como “perigoso” é possível punir o preso sem que haja condutas delituosas, apenas a sua previsibilidade é suficiente para a suspensão de seus direitos.

No livro *“Cartografia do Desassossego: o encontro entre os psicólogos e o campo jurídico”*, Ana Claudia Camuri, discute a tensão presente nesse campo, por meio dos jogos de poder-saber existentes entre os operadores do Direito e os profissionais da Psiquiatria e da Psicologia. O exame é visto como o instrumento pelo qual se consegue a articulação das estratégias de poder com a formação dos domínios de saber. A autora conta que durante as entrevistas para sua pesquisa ouvia dos promotores: *“o exame criminológico te dá uma luz sobre aquela pessoa que eu não tenho”*. Esta afirmação a remetia à pergunta de Foucault (1987, p.186)¹⁰⁹: *“quem será o Grande Vigia que fará [...] [o] exame, para as ciências humanas?”*. Ao longo de todo livro ela problematiza se esse vigia tem que continuar existindo e se ele tem que ser o psicólogo.

3.4.2.2 A avaliação técnica

A LEP determina a criação da Comissão Técnica de Classificação (CTC). A comissão deve ser formada por uma equipe multidisciplinar composta por um psiquiatra, um assistente social, um psicólogo e dois “chefes de serviço”. O que se pode observar nas unidades prisionais visitadas foi que o exame é realizado por assistentes sociais ou por psicólogos, ou por ambos, e, esporadicamente, também

¹⁰⁸

Idem.

¹⁰⁹

Foucault, Michel. *Vigiar e Punir*. 32ª edição. Petrópolis: Vozes, 1987.

por psiquiatras que compõem a equipe técnica da unidade prisional e que esses profissionais acumulam dentre outras funções a responsabilidade de realização do referido exame.

No exame, o interno será avaliado pelos profissionais que deverão expressar em um documento a possibilidade de o preso voltar ou não a cometer novos crimes. Na prática, devido à superlotação e às condições precárias de trabalho, a equipe técnica conversa com o preso por mais ou menos 15 minutos e redige o documento que irá determinar que ações o preso, ou a presa, realizará futuramente. Caso seja entendido, pelo juiz do processo, que o documento formulado durante esses poucos minutos é suficiente para determinar que a pessoa não vai fugir ou cometer novos crimes, ela poderá vir a receber o benefício da progressão de regime.

Para além da óbvia impossibilidade da equipe técnica prever o futuro dos internos, as unidades prisionais hoje superlotadas, não fornecem condições para que os presos demonstrem capacidade e autonomia, são poucos os projetos de escolas, oficinas profissionais e trabalho extramuros, não há como avaliar o mérito exigido como condição ao seu progresso. É possível afirmar, portanto, que não há condições subjetivas e nem mesmo objetivas para avaliação dos internos.

A questão da previsão da reincidência criminal é um dos principais motivos que gera a solicitação do exame; a este respeito disso, Camuri (2012) afirma que não se justifica essa demanda em função da reincidência não ser um problema psicológico e sim político e social. A ausência de políticas públicas efetivas dirigidas ao egresso¹¹⁰ para auxiliá-lo na busca de condições mínimas de sobrevivência, como moradia e trabalho, é algo que não pode ser ignorado e que produz como efeito, em muitos casos, o retorno à prática de crimes, sendo esse um caminho produzido pelo próprio sistema.

Considerando Regras Mínimas para Tratamento do Preso no Brasil (Resolução nº 14 de 11/11/1994), resultante da recomendação do Comitê Permanente de Prevenção do Crime e Justiça Penal da ONU, que estabelece em seu Art. 15 a assistência psicológica como direito da pessoa presas, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) deliberou uma normativa que regulamenta a atuação dos psicólogos no âmbito do sistema prisional; trata-se da Resolução CFP

¹¹⁰ Cf.: Art. 26 da LEP.

012/2011¹¹¹. Contudo, em função do estado do Rio de Janeiro, ter ajuizado ação ordinária contra o Conselho Regional de Psicologia/RJ e o CFP, por meio de sua Procuradoria Geral, tendo obtido a concessão de liminar judicial pela 8ª vara federal, os parágrafos dos artigos 2 e 4 desse documento foram suspensos provisoriamente¹¹².

Citamos na íntegra o conteúdo do material suspenso para que se possa avaliar melhor a questão:

Artigo 2, Parágrafo Único: É vedado à (ao) psicóloga(o) participar de procedimentos que envolvam as práticas de caráter punitivo e disciplinar, notadamente os de apuração de faltas disciplinares.

Artigo 4, § 1º. Na perícia psicológica realizada no contexto da execução penal ficam vedadas a elaboração de prognóstico criminológico de reincidência, a aferição de periculosidade e o estabelecimento de nexos causal a partir do binômio delito-delinquente.

Artigo 4, § 2º. Cabe à(ao) psicóloga(o) que atuará como perita(o) respeitar o direito ao contraditório da pessoa em cumprimento de pena ou medida de segurança.

É possível deduzir que esta suspensão fere o Código de Ética da Psicologia (Resolução CFP Nº 010/05), pois retira o veto em relação à atuação do psicólogo em práticas punitivas e disciplinares, de realização de prognósticos de reincidência e de aferição de periculosidade e, em última análise, golpeia até a carta magna, ao desobrigar o psicólogo de respeitar o direito ao contraditório.

Em vista dessa suspensão, o CRP/RJ recomendou, em nota oficial¹¹³, que enquanto durar essa decisão, os psicólogos da Secretaria de Administração Penitenciária do estado do Rio de Janeiro participem das Comissões Técnicas de Classificação “disciplinares”, sem perder de vista os fundamentos éticos de sua profissão e os direitos humanos; assim como acionou sua assessoria jurídica para tentar reverter à situação.

¹¹¹ Documento disponível no link: http://www.crprj.org.br/legislacao/documentos/resolucao_012-11.pdf, acessado em setembro de 2013.

¹¹² Para ler reportagem sobre este fato: <http://www.crprj.org.br/noticias/2012/1004-Comunicado%20aos%20psic%C3%B3logos%20da%20SEAP%20altera%C3%A7%C3%A3o%20da%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CFP%2012%2011%20pela%20Justi%C3%A7a.html>, acessado em setembro de 2013.

¹¹³ Conteúdo disponível em: <http://www.crprj.org.br/noticias/2012/1004-Comunicado%20aos%20psic%C3%B3logos%20da%20SEAP%20altera%C3%A7%C3%A3o%20da%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CFP%2012%2011%20pela%20Justi%C3%A7a.html>, acessado em setembro de 2013.

Posteriormente, em outubro de 2012, o Conselho Federal de Psicologia emitiu a Resolução N° 17¹¹⁴ que dispõe sobre a atuação do psicólogo como perito. Considerando as funções do psicólogo de realizar perícias e emitir pareceres e a necessidade de estabelecer parâmetros e diretrizes sobre o papel do profissional no contexto da perícia, entre outras considerações, resolve que:

Art. 8º – Em seu parecer, o psicólogo perito apresentará indicativos pertinentes à sua investigação que possam diretamente subsidiar a decisão da Administração Pública, de entidade de natureza privada ou de pessoa natural na solicitação realizada, **reconhecendo os limites legais de sua atuação profissional.** (grifo nosso)

Apesar de o Conselho Federal de Psicologia entender que o psicólogo poderá emitir pareceres para subsidiar decisão da Administração Pública, e no tema em discussão, realizar exames criminológicos, não há unanimidade dentre os profissionais da Psicologia. O Conselho Regional de Psicologia em parceria com o Conselho Regional de Serviço Social, ambos do Rio de Janeiro, tem debatido sobre os desafios da prática profissional no campo jurídico, sobretudo, no que se refere ao exame criminológico. Os conselhos entendem que “os exames devem ter caráter analítico, reflexivo e não-conclusivo”.¹¹⁵

Diante do exposto, é possível afirmar que o exame criminológico não pode ser utilizado como uma forma de restringir direitos durante o cumprimento da pena, pois esse, ou qualquer outro diagnóstico, não possui elementos que possam determinar condutas futuras.

¹¹⁴ Conteúdo disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-017-122.pdf>

¹¹⁵ Psicólogos e assistentes sociais debatem os desafios éticos e políticos de sua atuação no campo sociojurídico-<http://www.crprj.org.br/noticias/2012/050201-Psic%C3%B3logos%20e%20assistentes%20sociais%20debatem%20os%20desafios%20%C3%A9ticos%20e%20pol%C3%ADticos%20de%20sua%20atua%C3%A7%C3%A3o%20no%20campo%20sociojur%C3%ADdico.html>, acessado em setembro de 2013.

4

Pesquisa de campo

Este capítulo tem por objetivo apresentar as informações colhidas durante as visitas realizadas aos manicômios judiciais, ou como se convencionou chamar após a já explicitada reforma de 1984, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, administrados pela Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro. A utilização dos relatórios e metodologia produzidos pelo Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro possibilita o acesso a informações privilegiadas, na medida que são documentos produzidos a partir da averiguação *in loco*.

A intenção é avaliar a condição atual dos manicômios, espaços historicamente reconhecidos como produtores e reprodutores de isolamento, negligência, maus tratos e tortura; obter informações sobre como a Lei da Reforma Psiquiátrica vem influenciando o tratamento dado às pessoas com transtorno psíquico que cumprem medidas de segurança; adquirir elementos que possam auxiliar a traçar o perfil daqueles que hoje estão internados nos manicômios e, desta forma, realizar considerações sobre se os avanços no campo psiquiátrico e jurídico efetivamente alcançaram os loucos infratores.

4.1

Da Metodologia

As visitas foram realizadas em acordo com a metodologia elaborada pelo Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro (MEPCT/RJ), sendo necessário, portanto, que anterior à descrição da metodologia utilizada o referido órgão seja apresentado.

4.1.1

Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro

O Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro (MEPCT/RJ) foi criado pela Lei Estadual nº 5.778¹¹⁶ de 30 de junho de 2010, é vinculado à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e tem como escopo planejar, realizar e conduzir visitas periódicas e regulares a espaços de privação de liberdade, qualquer que seja a forma ou fundamento de detenção, aprisionamento, contenção ou colocação em estabelecimento público ou privado de controle, vigilância, internação, abrigo ou tratamento, para verificar as condições em que se encontram submetidas as pessoas privadas de liberdade, com intuito de prevenir a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos e degradantes. De acordo com o Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura, os Mecanismos também têm como atribuição recomendar medidas para a adequação dos espaços de privação de liberdade aos parâmetros internacionais e nacionais e acompanhar as medidas implementadas para atender às recomendações.

Com o intuito de inibir a prática da tortura e de outros tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, entende-se o seu mandato como prioritariamente preventivo, partindo de uma atuação proativa de monitoramento de espaços de privação de liberdade. O enfoque do MEPCT/RJ baseia-se na premissa de um diálogo cooperativo com as autoridades competentes conforme determina o inciso II, do art. 2º da Lei nº 5.778/10:

articulação, em regime de colaboração, entre as esferas de governo e de poder, principalmente, entre os órgãos responsáveis pela segurança pública, pela custódia de pessoas privadas de liberdade, por locais de longa permanência e pela proteção de direitos humanos

O MEPCT/RJ é resultado do processo de estabelecimento, pelo Estado Brasileiro, das diretrizes contidas no Protocolo Facultativo à Convenção contra Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes da Organização das Nações Unidas, ratificado pelo país no ano de 2007. O referido Protocolo decorre do acúmulo estabelecido na Conferência Mundial de Direitos

¹¹⁶ Lei nº 5.778 de 30 de junho de 2010, disponível em: <http://www.alerj.rj.gov.br/processo2.htm>, acessado em 06 de fevereiro de 2014.

Humanos da ONU realizada em 1993 na qual se declarou firmemente que os esforços para erradicar a tortura deveriam primeira e principalmente concentrar-se na prevenção, designando para tanto, o estabelecimento de um sistema preventivo de visitas regulares a centros de detenção.

Ademais, a construção de Mecanismos Preventivos de monitoramento dos locais de privação de liberdade fazem parte das prerrogativas do “Plano de Ações Integradas para a Prevenção e o Combate à Tortura no Brasil”, de 2006, assim como o Plano Nacional de Direitos Humanos III (PNDH III) da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Nesse sentido, o estado do Rio de Janeiro se colocou em posição pioneira na Federação, reforçando o compromisso com a implementação do Plano de Ações Integradas para a Prevenção e Combate à Tortura no Brasil, a defesa dos direitos humanos e a consolidação dos princípios democráticos. Recentemente, em agosto de 2013 foi aprovada a Lei Nº 12.847/13 que criou formalmente o Comitê e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (ainda não constituídos), bem como instituiu o Sistema Nacional de Prevenção à Tortura, do qual os mecanismos estaduais são parte integrante.

Apesar da possibilidade de outros órgãos realizarem visitas de fiscalização aos locais de privação de liberdade, tais como o Departamento Penitenciário (DEPEN), o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), o Conselho Nacional de Justiça, a Defensoria Pública, o Ministério Público e os Conselhos da Comunidade das Comarcas, o Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura das Nações Unidas recomenda a criação dos Mecanismos Nacionais de Prevenção e Combate à Tortura com objetivo de que tenham o monitoramento como atividade principal.

O Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro iniciou suas atividades em julho de 2011, ao longo desses quase três anos de funcionamento já realizou mais de cem visitas a espaços de privação de liberdade, tendo visitado, nesse período, pelo menos uma vez, todos os manicômios judiciais do estado do Rio de Janeiro.

A metodologia utilizada pelo órgão foi construída levando em consideração todo conhecimento já produzido pelos diversos órgãos que realizam monitoramento de espaços de privação de liberdade - tais como organizações de direitos humanos que trabalham com o tema, Defensoria Pública, Conselhos da

Comunidade, entre outros - a experiência de seus integrantes e uma capacitação ministrada pela Associação para Prevenção da Tortura (APT)¹¹⁷. Nessa oportunidade foram tratados diversos aspectos sobre a implementação dos Mecanismos Nacionais e a execução de suas atividades, também foram realizadas visitas de treinamento em unidades da SEAP.

Ainda durante o período de elaboração de métodos de trabalho, os membros do MEPCT/RJ participaram igualmente da oficina “*A proibição da tortura e outras formas de maus-tratos: o papel das profissões jurídicas*”, promovida pela International Bar Association, na sede da OAB/RJ; do Seminário de Direitos Humanos promovido pelo Alto Comissariado das Nações Unidas, entre outros eventos internacionais. Contudo, ressalta-se que o Mecanismo tem procurado aprimorar sua metodologia adequando seus procedimentos à natureza de cada espaço visitado, tendo um questionário específico para cada unidade.

4.1.2 Da metodologia de visitas do MEPCT/RJ

Há procedimentos gerais que são utilizados em unidades destinadas à privação de liberdade de mulheres e homens, aos manicômios judiciais para aplicação de medidas de segurança e unidades de internação para adolescentes do sexo feminino e masculino, além de unidades para abrigamento de adultos, crianças e adolescentes. Devido à natureza do objeto deste trabalho a descrição da metodologia neste tópico irá focar os procedimentos utilizados nas visitas realizadas a manicômios judiciais. É importante frisar que o Mecanismo possui prerrogativa de realizar visitas sem qualquer aviso prévio à autoridade responsável, portanto, todas as fiscalizações são executadas de forma que as unidades não possam se preparar para tal.

4.1.2.1 Da conversa com a direção da unidade

Inicialmente, é realizada uma conversa com a direção da unidade, na qual os membros do MEPCT/RJ se apresentam e explicam a natureza de seu trabalho e a que se destina aquela fiscalização. O responsável pelo manicômio deverá

¹¹⁷ Informações disponíveis em: <http://www.apr.ch/>

responder a um questionário sobre a unidade. No documento, constam perguntas e/ou quesitos que deverão informar sobre: questões gerais; condições estruturais externas; condições estruturais internas; cumprimento da medida de segurança (educação, trabalho, saúde, atendimento jurídico; atendimento religioso, visitas de familiares); relato de incidentes; condições de trabalho dos funcionários e processos administrativos. Constando também uma série de condições que não podem deixar de ser observadas, como, por exemplo: o uso da força pelos agentes; o regime disciplinar e de isolamento; o projeto terapêutico que vem sendo aplicado aos pacientes, dentre outros.

Nessa oportunidade, documentos que comprovem as informações repassadas, tais como, quadro de funcionários, números de pacientes presentes na unidade, registro de ocorrências, entre outros, podem ser solicitados pelo Mecanismo. Em seguida, é solicitada a visita ao manicômio.

4.1.2.2

Das questões examinadas

A partir da conversa com a direção, a equipe visita todos os ambientes da unidade para averiguar as informações inicialmente repassadas pelo responsável assim como para conversar pessoalmente com o maior número possível de pacientes, resguardando a privacidade de suas informações. Não há um número exato de horas previsto para a visita, esta deverá durar o tempo que for necessário para responder a todos os quesitos do roteiro e outras situações identificadas como graves.

Nos manicômios, além da visita a todas as “enfermarias”, os membros do Mecanismo costumam entrar nesses espaços para conversar reservadamente com os pacientes e poder analisar, com maior propriedade, as condições em que se encontram as instalações em que vivem.

São avaliadas as condições estruturais das chamadas enfermarias, a qualidade da alimentação, os espaços de convívio coletivo, os consultórios para atendimento, os locais de isolamento e qualquer outro espaço indicado pelos pacientes como necessário à observação.

4.1.2.3

Entrevista com os internos

A conversa realizada com os pacientes tem por objetivo ouvir deles em quais condições vem sendo tratados pela direção, corpo técnico e agentes. Nesse momento, se necessário, os membros do Mecanismo podem solicitar que os agentes os deixem a sós com os internos, para que, de forma reservada, possam falar livremente sobre o seu dia a dia na unidade.

A intenção é falar com todos pacientes ou com o maior número possível, mesmo por que há o entendimento de que quanto mais pessoas fornecerem informações, mais legítimas serão as possíveis denúncias de torturas e maus tratos. Sendo também mais difícil uma possível represália.

4.1.2.4

Conversa com agentes e corpo técnico

Em todas as visitas realizadas, a prioridade é poder falar pessoalmente com os presos ou pacientes, mas o Mecanismo também entende que em respeito ao caráter preventivo de seu mandato e o objetivo de estabelecer diálogos cooperativos, é fundamental que todos os envolvidos na aplicação seja da pena ou da medida de segurança sejam ouvidos: pacientes, agentes penitenciários e o corpo técnico da unidade.

Em geral, durante a visita é possível conversar com os agentes penitenciários sobre as condições de trabalho e sua qualificação, caso não seja possível, é solicitado ao chefe da segurança que permita que alguns dos agentes possam conversar com a equipe em reservado.

Quanto ao corpo técnico, após a visita às enfermarias, procura-se obter informações sobre o projeto terapêutico que vem sendo elaborado e/ou executado para os pacientes, além também de sua condição de trabalho e qualificação.

4.1.2.5

A conclusão

Ao final da visita e após a obtenção de todas as informações necessárias para preencher o roteiro de visitas, os membros do Mecanismo retornam a sala da direção para tratar sobre as questões observadas, mas, sobretudo, sobre os pontos

conflitantes com as informações inicialmente apresentadas pelo responsável e as questões emergenciais, reconhecendo-as como aquelas que podem ser remediadas em um curto período de tempo.

4.1.2.6

Do relatório de visitas

Em consonância com a capacitação ministrada pela Associação para a Prevenção à Tortura (APT), a pesquisa em relatórios de visita de outros órgãos de monitoramento e a publicação *“Monitoramento de locais de detenção: um guia prático”* da APT, o MEPCT/RJ elaborou sua metodologia para a confecção de seus relatórios de visitas.

O relatório de visita do MEPCT/RJ relata descritivamente: o ponto de vista dos distintos atores das unidades visitadas, sejam as autoridades de direção, o corpo técnico composto pelos diferentes profissionais da área de saúde; o ponto de vista das pessoas com transtorno psíquico que cumpre medidas de segurança e as observações da equipe de visita. Todas as informações são desmembradas em tópicos que buscam tratar de forma exaustiva cada aspecto examinado durante a visita.

Reconhecendo a importância de contextualizar as informações que constam do relatório, antes de realizar recomendações às autoridades competentes, os membros do Mecanismo elaboram um tópico que vai realizar uma análise crítica sobre a sistematização de dados oficiais nacionais e estaduais referentes ao tema; artigos de especialistas no tema; informações colhidas em Fóruns Permanentes que tratam dos espaços de privação de liberdade e referências a documentos nacionais e internacionais de regras mínimas para tratamento de pessoas privadas de liberdade. A intenção é informar e provocar as autoridades e a sociedade de modo geral sobre o que vem sendo discutido sobre o tema no cenário nacional e internacional de modo a qualificar os relatórios apresentados e possibilitar sua maior eficácia e abrangência.

Ao final de cada relatório, são realizadas recomendações que estejam de acordo com a legislação nacional e internacional no que diz respeito aos privados de liberdade e ao corpo técnico da unidade. As recomendações são dirigidas às

autoridades hierarquicamente competentes para sanar as demandas e realizar as mudanças necessárias a sua efetiva implementação.

4.2

Das visitas aos manicômios judiciais do estado do Rio de Janeiro

Conforme já foi demonstrado no capítulo anterior, a Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro possui três unidades destinadas as pessoas com transtorno psíquico que cometem delitos. A seguir, serão apresentadas informações sistematizadas a partir de visitas realizadas *in loco*.

Os nomes dos internos e profissionais serão omitidos para resguardar sua privacidade.

4.2.1

Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo¹¹⁸

Na década de 50 foi inaugurado o Manicômio Heitor Carrilho, devido ao crescente número de pacientes o manicômio foi ampliado e construído em uma outra área da região, hoje o município de Niterói. Mais tarde, com a fusão dos estados do Rio de Janeiro e Guanabara e estabelecendo a cidade do Rio de Janeiro, pertencente ao primeiro, como capital, chegou-se à conclusão que não poderia haver dois hospitais com o mesmo nome na mesma região, ocorre portanto a homenagem ao professor de psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, Henrique Roxo.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo é um estabelecimento inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde¹¹⁹ e mantém a custódia de pessoas do sexo masculino com transtorno psíquico que cumprem medidas de segurança. Durante as visitas realizadas a informação sobre a capacidade da unidade variou entre 140 e 135 leitos e o número de pacientes variou entre 106 e 127 internados.

¹¹⁸ As informações constantes deste tópico foram colhidas em visitas realizadas entre agosto de 2011 e setembro de 2013.

¹¹⁹ Nº 0012823. Informações disponíveis em: http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3303300012823, acessado em 06 de fevereiro de 2014.

4.2.1.1

Informações fornecidas pelos responsáveis da unidade

Em todas as oportunidades em que o hospital foi visitado, a equipe foi recepcionada pela direção da casa, em geral, psiquiatras. Também se fizeram presentes os subdiretor e o chefe de segurança, agentes penitenciários.

Durante a conversa com a direção foi informado que o Henrique Roxo é o único hospital de custódia e tratamento psiquiátrico que recebe pacientes em cumprimento de medidas de segurança do sexo masculino, já que o HCTP Heitor Carrilho¹²⁰ não está mais recebendo pacientes. O Henrique Roxo tem sido ainda considerado como referência para o tratamento ambulatorial de Niterói e algumas outras unidades do interior.

Segundo foi informado, a equipe divide-se em áreas geográficas distintas para acompanhar e realizar um projeto individualizado dos pacientes. O projeto ocorre desde o momento que ingressam no Henrique Roxo até o momento em que estão em extinção da medida e desinstitucionalização. A equipe rosa, azul e prata são responsáveis pela região Metropolitana 1, 2 e 3, enquanto a equipe verde responsabiliza-se pelas demais regiões do estado – baixada litorânea, centro-sul fluminense, médio paraíba, noroeste fluminense, região serrana e baías da Ilha Grande. Informações complementares sobre como está organizado o trabalho das equipes serão apresentadas no tópico *“Informações do corpo técnico e agentes penitenciários”*.

Houve ponderação quanto a uma alteração no perfil dos pacientes que deram entrada no hospital. Percebe-se hoje que há uma predominância de internos procedentes do HCTP Roberto de Medeiros que tem como característica o uso abusivo de álcool e outras drogas, se distinguindo dos pacientes com transtornos psíquicos. A direção atribuiu esta mudança à reorganização recentemente realizada pela SEAP, que passou a adotar o Henrique Roxo como “porta de entrada” para cumprimento de medidas de segurança, mas também atribuiu a mudança ao processo de adequação dos manicômios judiciais aos preceitos da reforma psiquiátrica.

Está em curso um projeto de que as perícias realizadas nos loucos infratores também sejam realizadas no Henrique Roxo – atualmente realizadas

¹²⁰

No próximo tópico serão apresentadas informações sobre este estabelecimento.

somente no HCTP Heitor Carrilho - aguardando-se apenas o envio de verbas para que sua viabilidade logística seja possível. A intenção é que outras unidades possam absorver a demanda, segundo informado, internos já perderam suas perícias por terem que aguardar todo cumprimento da pauta do carro do Serviço de Operações Externas (SOE)¹²¹, verificando-se, desta forma, a necessidade de as equipes deslocarem-se e não os pacientes. Nesse sentido, cabe ressaltar que em todas as unidades monitoradas pelo MEPCT/RJ ao longo de quase três anos de trabalho, foram reportados diversos relatos que dão conta de reiterado uso indiscriminado da violência por parte do Serviço de Operações Especiais (SOE) no traslado para outras unidades, para diligências externas ou para realização de atendimento médico externo. Os presos relatam que são algemados de maneira extremamente penosa e amontoados aos montes em viaturas pequenas, chegando a alocar vinte presos em viaturas com capacidade para o transporte de quatro indivíduos.

No que tange aos projetos realizados na unidade foram destacados o Projeto Vida, que trabalha com a perspectiva da redução de danos e o NA (Narcóticos Anônimos) que realiza atividades no HCTP Henrique Roxo. Além disso, há um projeto de geração de renda que é custeado com a verba arrecadada na cantina do hospital que fica sob a responsabilidade dos pacientes, trinta internos participam deste projeto. Com essa renda já foi possível investir em equipamentos, materiais para atividades, ventiladores, dentre outros.

4.2.1.2

Das instalações do manicômio

O HCTP Henrique Roxo é composto por uma longa área administrativa em um prédio próprio conservado e bem equipado. No segundo andar, há um grande auditório com capacidade para em torno de 200 pessoas, muito bem estruturado. O prédio administrativo fica interligado por um corredor ao espaço destinado a custódia dos internos. Ao passar por esse corredor, uma grade dá acesso a outro corredor que se subdivide em duas partes: ao lado esquerdo, acessa-se a enfermaria de contenção e observação, local destinado aos pacientes recém chegados, a farmácia da unidade e a entrada para Galeria A, na qual se

¹²¹ O Serviço de Operações Externas (SOE), é o setor responsável pelo deslocamento dos internos para audiências, consultas médicas e perícias.

encontram 04 celas individuais e 04 enfermarias coletivas; ao lado direito encontra-se o espaço em que os funcionários realizam suas refeições, a sala da equipe técnica da terapia ocupacional e a sala de aula.

Em uma das visitas foram encontrados dois internos na sala de observação, pareciam sonolentos, medicalizados. O local não estava sujo, mas não tinha qualquer conforto, não havia roupa de cama, nem produtos de higiene pessoal, a direção informou que esses insumos seriam entregues aos internos no momento que fossem transferidos para o convívio com os demais.

Na farmácia, foram encontrados remédios fora de validade, fato que causou surpresa à direção e a sua equipe, segundo os mesmos, isso não ocorre com frequência. Nas visitas realizadas pelo MEPCT/RJ busca-se sempre visitar a farmácia, nas unidades prisionais, em sua maioria, é comum encontrar medicamentos fora da validade nos ambulatórios, mas causa estranheza maior que este fato também ocorra em hospitais e neste sentido cabe destacar que não só os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico possuem esse problema, nas unidades de saúde, tais como o Sanatório Penal e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizada no Complexo de Gericinó em Bangu, problemas como estes também foram identificados.

As grades da galeria A ficam abertas durante o dia quase todo, de 9h às 19h, possibilitando a circulação dos pacientes pelos corredores.

As enfermarias individuais são destinadas aos internos de outras unidades em cuidado ambulatorial e a alguns pacientes que não podem ficar no convívio coletivo. Estas “enfermarias” são pequenas, escuras, não possuem colchão ou roupa de cama e quando há, estão em péssimas condição de uso, o ambiente é sujo e fedido, na verdade, não são enfermarias, são celas e pior, celas para isolamento daqueles que tem dificuldade de se relacionar com os demais.

No andar superior, estão as galerias onde se encontra a maioria dos internos. As celas, chamadas de enfermarias, são grandes, no entanto, as galerias mostravam carecer de limpeza. As grades também se encontram abertas durante todo o dia, fato que, diferente da rotina observada em outros espaços prisionais, favorece que a unidade tenha um clima menos tensionado e uma rotina de maior acesso dos internos aos seus direitos.

4.2.1.3

Atividades recreativas

Além das atividades terapêuticas e ocupacionais, os internos dispõem de sala de televisão, ping pong e sinuca. Há uma pequena sala que comporta mais ou menos 30 pessoas aonde são oferecidas aulas do programa “Brasil Alfabetizado”. Segundo a direção da unidade o pátio de esportes é pouco utilizado, pois há poucos agentes para fazer plantão.

4.2.1.4

Informações do corpo técnico e agentes penitenciários

Nas visitas realizadas foi possível conversar com pelo menos uma das miniequipe técnica que se encontrava de plantão na unidade. Essas equipes são compostas por um terapeuta ocupacional, um técnico de enfermagem, um psicólogo, um assistente social e um psiquiatra. As miniequipes se reúnem semanalmente, enquanto o conjunto das miniequipes, direção e agentes se encontram quinzenalmente para discussão técnica. Mensalmente a Defensora Pública participa da reunião geral.

Segundo relataram os profissionais, o trabalho das miniequipes é o de implementar a ótica antimanicomial no trato com as medidas de segurança. Esta lógica iniciou-se em 2008 – com os novos concursados – e se fortaleceu em 2010, tendo sido um movimento de sensibilização realizado de “*baixo para cima*”.

Além do projeto individualizado para cada paciente, as miniequipes têm como responsabilidade a sensibilização dos territórios – que, como explicitado acima, são divididos por cores que correspondem a diferentes áreas geográficas – e dos serviços de saúde para acolhimento do louco infrator. Acreditam que o maior gargalo atualmente é na porta de saída dos pacientes, pois a não implementação da rede substitutiva aos manicômios cria a dificuldade de desinstitucionalização, em especial a falta de serviço de residências terapêuticas (SRT). Foi destacado ainda que o trabalho se depara o tempo todo com a lógica da perícia através do viés criminológico, que como já foi explicitado em capítulos anteriores, não acredita na cessação de periculosidade. Os profissionais afirmaram que inúmeras vezes seus relatórios demandavam a saída do paciente, mas o laudo

realizado pela perícia afirmava o contrário, deslegitimando o parecer da equipe que convive com o interno e busca oferecer-lhe novas alternativas.

Entre outros problemas estruturais, destacou-se a ausência de sanitário na “*enfermaria de crise*”, referindo-se à enfermaria de observação. Afirmou-se ainda a necessidade de haver ambulâncias para os casos de emergência, em substituição ao precário e violento transporte realizado pela equipe do SOE.

Ao serem perguntados sobre as sanções disciplinares, afirmaram que nenhum paciente vai para cela individual sem parecer da equipe técnica. Antes a lógica de segurança se sobrepunha às questões de saúde, mas, atualmente, a equipe técnica é “*um todo*”, sejam os agentes penitenciários, seja a equipe técnica da saúde.

Por fim, no que diz respeito às condições de trabalho foram unânimes em dizer que a situação dos funcionários da saúde na SEAP vem se degradando progressivamente e que os profissionais se encontram muito desestimulados com a falta do plano de cargos e salários e de reajuste salarial. Ainda assim, afirmaram que isso não interfere no carinho com o qual exercem seu trabalho, mas de fato faz com que pensem em buscar outros empregos.

O MEPCT pôde conversar rapidamente com os Inspectores de Segurança durante o almoço. Segundo os mesmos, havia, anteriormente, maior dificuldade no trato com as questões de saúde mental e desta “*clientela*” por parte deles. Atualmente, com o trabalho que é feito em conjunto com a equipe técnica, sentem-se mais preparados para lidar com esse público. Os agentes se queixaram do afastamento de alguns de seus colegas que, segundo eles, foram vítimas de denúncias por parte de órgãos de direitos humanos. Aos serem perguntados sobre como se deu esse procedimento, os mesmos responderam que a SEAP teria aberto um processo administrativo que acabou colocando o inspetor em questão à disposição para transferência para outra unidade.

4.2.1.5

Das conversas com os internos

Segundo contaram os internos, são oferecidas cinco refeições diárias na unidade, alegam que a qualidade é ruim, as vezes sentem dor de barriga. A direção

informou que é a empresa *Home Bread*¹²² que fornece a alimentação para o Henrique Roxo.

As visitas dos familiares ocorrem nas quintas e domingos, das 14h às 16h. Em geral, os produtos de higiene são levados pelas famílias, mas também são fornecidos pelo hospital “*de vez em quando*”. Embora os faxinas¹²³ façam a limpeza uma vez por dia nos dormitórios, eles acreditam “*que podia ser mais limpo*”. A água das torneiras e chuveiro fica disponível durante todo o tempo e as instalações sanitárias pareceram limpas, e são um tipo de “*boi*”¹²⁴ mais alto”, o que era considerado por todos “*menos pior que o boi*”.

Entre as queixas os internos reclamaram da ausência de parlatório¹²⁵ para realização de visitas íntimas; de serem agredidos verbalmente pelos agentes penitenciários e de terem dificuldade de ser atendidos pela Defensoria Pública. Outros queixaram-se das agressões no transporte realizado pelo SOE e do tempo que ficam acompanhando o carro até que consigam chegar ao seu destino. Exemplificou-se que algumas vezes saem do HCTP Henrique Roxo às 7h e só retornam na madrugada. Além disso, como já é sabido, o veículo do SOE sempre transporta mais pessoas que a sua capacidade, em condições degradantes e desumanas. Alguns internos também queixaram-se do procedimento vexatório de revista com os familiares.

Outros registraram que a “*tranca é desumana*” e que um dos pacientes já ficou até 11 dias na “tranca”, o paciente fazia referência as celas individuais. É ainda mais grave aplicar sanções disciplinares, tais como isolamento individual aos inimputáveis.

Alguns questionaram o fato de pessoas com sofrimento psíquico estarem no mesmo convívio que os dependentes químicos, alegando que os problemas são diferentes e que, muitas vezes, aqueles que têm dependência perdem a paciência com os demais.

¹²² Todos as Unidades de Saúde da SEAP são abastecidas pela *Home Bread*. Disponível em: <http://www.homebread.com.br/site/default.asp>

¹²³ “Faxinas” são os internos que realizam pequenos trabalhos na unidade, tais como limpeza das celas,

¹²⁴ Em geral as unidades prisionais não possuem vaso sanitário nos banheiros das celas, é comum encontrar um buraco no chão, o qual se convencionou chamar de “boi”.

¹²⁵ Parlatório é o espaço reservado para o preso que tem direito a visita íntima. Por causa da natureza hospitalar do local no qual se encontra encarcerado, a lei não garante ao louco infrator este direito.

4.2.2

Centro de Tratamento em Dependência Química Roberto de Medeiros¹²⁶

O manicômio Roberto de Medeiros foi inaugurado em dezembro de 1977 e tinha capacidade para 150 pacientes entre homens e mulheres. Em agosto de 2005, foi publicado o Decreto nº38.073 transformando o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Roberto de Medeiros em Centro de Tratamento em Dependência Química Roberto de Medeiros.

O Centro de Tratamento em Dependência Química Roberto de Medeiros recebe pessoas do sexo masculino e feminino em acautelamento provisório e atendimento ambulatorial, as emergências psiquiátricas são todas atendidas pela UPA do Complexo de Gericinó, mesmo aquelas oriundas de Niterói, Japeri e locais equidistantes da Capital.

A unidade possui capacidade para 121 leitos. No momento da visita, abrigava 59 pacientes, apenas 01 em cumprindo de medida de segurança. A ampla maioria era composta por internados cautelarmente, ao todo eram 55 homens e 4 mulheres.

4.2.2.1

Informações fornecidas pelo responsável da unidade

O CTDQ Roberto de Medeiros foi inaugurado em 1997, à época sob a denominação Hospital Psiquiátrico Penal Roberto de Medeiros. Em janeiro de 2005, passou a ser denominado Centro de Tratamento em Dependência Química Roberto de Medeiros.

Apesar do nome atribuído ao estabelecimento, o CTDQ não possuía especialidade em tratamento de drogas no momento da visita, segundo afirmou a direção. A unidade recebe pacientes das unidades prisionais para atendimento de emergência psiquiátrica ou para cumprimento de determinação judicial. Não recebem pacientes oriundos dos hospitais Henrique Roxo e Heitor Carrilho. Os presos em condições mais graves são destinados à UPA de Bangu. A maioria dos pacientes do Roberto de Medeiros é internado por dependência química. A média do período de internação na unidade é de 01 a 02 meses.

¹²⁶ As informações constantes deste tópico foram colhidas em visita realizada em outubro de 2012.

Para a direção do Roberto de Medeiros, o fluxo ideal dos inimputáveis no Rio de Janeiro deveria ser a seguinte: pessoas com sofrimento psíquico que cometeram um delito deveriam ser encaminhadas provisoriamente para o CTDQ Roberto de Medeiros; posteriormente, caso houvesse a confirmação da inimputabilidade, o paciente seria transferido para o HCTP Henrique Roxo; por fim, seria então encaminhado ao HCTP Heitor Carrilho, para iniciar o processo de desinstitucionalização.

A direção salientou que com o advento da nova lei de medidas cautelares penais, Lei nº 12.403/11¹²⁷, a dinâmica da unidade tem mudado, há um incremento do número de internações provisórias. A lei prevê no artigo 319 do Código de Processo Penal que:

São medidas cautelares diversas da prisão: (...) VII – internação provisória do acusado nas hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem ser **inimputável ou semi-imputável** (art. 26 do Código Penal) e houver risco de reiteração; (...) (grifo nosso)

Em função do temor sobre o inimputável ou o semi-imputável voltarem a delinquir e entendendo que a “internação provisória” não é algo diverso de “prisão”, o número de internações cautelares de pessoas com transtorno mental ou dependência química tem aumentado. Ressalta-se aqui que o mesmo artigo da referida lei também apresenta alternativas tais como, pagamento de fiança, comparecimento periódico em juízo, recolhimento domiciliar em período noturno, contudo, para os loucos infratores, o que resta é a “internação provisória”, com se essa não fosse apenas uma das modalidades de encarceramento.

4.2.2.2 Das instalações do manicômio

No primeiro andar, ficam as dependências do setor administrativo que encontram-se bem conservadas. Há um refeitório para os funcionários realizarem

¹²⁷ A Lei 12.403/11 altera dispositivos do Decreto-Lei nº 3.689, de 03 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal, relativos à prisão processual, fiança, liberdade provisória, demais medidas cautelares, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/112403.htm, acessado em 06 de fevereiro de 2014.

suas refeições, uma sala destinada à assistência jurídica particular e um grande refeitório no qual todos os internos fazem as refeições.

De acordo com a direção, todos os dias há um nutricionista – da empresa *Home Bread* – monitorando as refeições. Os internos relataram que a nutricionista conversa com eles acerca do cardápio e da qualidade da comida. As refeições são preparadas na própria unidade, servida em 5 vezes por dia. A cozinha do CTDQ Roberto de Medeiros fornece refeições também para a unidade de acautelamento do Grupamento de Serviço de Escolta (GSE), na qual presos podem ficar custodiados por até 01 dia. O local encontra-se em obras, em vias de ampliação e modernização.

Na farmácia, foi informado que os remédios são recebidos mensalmente, por remessa da SEAP, foram encontrados alguns medicamentos fora do prazo de validade.

Há ainda uma galeria, a “enfermaria A”, composta por 08 “leitos” individuais destinados às mulheres. No momento da visita havia 07 mulheres, 03 em cumprimento de medida de segurança, 03 aguardando parecer médico e 01 interna do sistema prisional internada por emergência. Os leitos são azulejados e receberam pintura nova havia cerca de 01 mês. Os banheiros possuem chuveiro, mas não possuem vaso sanitário, apenas o “boi”¹²⁸. Apesar da conservação dos espaços destinados às internas, nada pareciam com “leitos”, mas sim com celas, as camas eram de alvenaria, com roupas de cama e colchões em condições precárias e grades em lugar de portas, que se mantinham fechadas durante todo dia, segundo a direção porque as pacientes não tinham condições de ficar em um ambiente coletivo.

No andar superior, fica a “enfermaria B”, destinada aos homens, nesse espaço ficam alojados os pacientes com maior grau de comprometimento psiquiátrico. Há um total de 23 leitos coletivos; no momento da visita, havia 18 pacientes. Os ambientes que também se assemelham a celas, não possuem chuveiros, apenas um cano na parede, também não há vaso sanitário, somente o “boi”. Há sujeira nas celas, paredes com vazamento, umidade e mofo e fiação elétrica exposta, as condições do Centro são precárias.

¹²⁸ Em geral as unidades prisionais não possuem vaso sanitário nos banheiros das celas, é comum encontrar um buraco no chão, o qual se convencionou chamar de “boi”.

4.2.2.3

Atividades recreativas

Há atendimento do grupo Narcóticos Anônimos, às terças-feiras. Há atividades de assistência religiosa às segundas, terças, quintas e sextas-feiras, com a Igreja Católica e igrejas evangélicas. O banho de sol compreende 1:30h por dia, exceto às quintas-feiras. São desenvolvidas atividades recreativas durante o banho de sol, mas não foram especificadas quais.

4.2.2.4

Informações do corpo técnico e agentes penitenciários

O MEPCT conversou com alguns agentes, segundo eles informaram, o CTDQ Roberto de Medeiros atua com 05 agentes por turma, sendo que o ideal seria 07 ou 08 profissionais. Relataram ainda que não houve nenhuma capacitação específica oferecida aos agentes penitenciários que atuam em unidades de saúde mental. Destacam, ainda, que tal medida seria de extrema relevância, em razão das especificidades da natureza da unidade. Também não há atividades de formação voltadas para situações de emergência.

No que se refere à condição de trabalho, disseram que em relação aos vencimentos houve valorização recente da categoria. Foi aprovado plano de cargos e salários e incrementado o vencimento. A respeito dos uniformes, a SEAP não fornece a contento, de modo que os agentes precisam comprar com recursos próprios. Os agentes queixaram-se também que não recebem auxílio moradia ou atendimento médico.

Outro ponto destacado é o fato de que o Chefe de Segurança não recebe gratificação no CTDQ Roberto de Medeiros, como recebe em outras unidades prisionais. Todos os agentes atuantes na unidade são concursados.

Quanto ao corpo técnico foi informado que o Centro conta com 09 médicos psiquiatras: 01 chefe de clínica e 02 médicos assistentes, os outros 6 realizam exames criminológicos; 01 terapeuta ocupacional; 02 enfermeiras; 02 psicólogas; 01 assistente social e 25 profissionais de enfermagem – técnicos de enfermagem e agentes de saúde. A direção destacou que seriam necessários ao menos mais 01 assistente social e 01 terapeuta ocupacional. Apesar do grande número de profissionais que compõe a equipe técnica, não havia nenhum

representante na unidade no decorrer da visita, não sendo possível, portanto, obter mais informações sobre o projeto terapêutico elaborado para cada paciente.

4.2.2.5

Da conversa com os internos

Os pacientes não relataram incidentes com uso excessivo da força por parte dos agentes. Contaram que as visitas são realizadas nos dias de quinta-feira e domingo. Não há reclamação quanto à revista realizada com as visitas, segundo afirmaram a direção flexibiliza os critérios para visita, caso a família tenha alguma dificuldade.

Havia 06 pacientes em isolamento, eles foram submetidos a tal medida em razão de apreensão de aparelho de telefone celular. O isolamento dura em média 10 dias. Nesse período, o paciente fica impossibilitado de receber visitas. Os isolados recebem o banho de sol à tarde, separado dos demais pacientes. O banheiro do isolamento possui chuveiro, mas não dispõe de vaso sanitário, apenas “boi”.

Os internos queixaram-se que a Defensoria Pública realiza atendimento apenas uma vez por mês no CTDQ Roberto de Medeiros, muitos ficam meses sem ter notícias sobre o andamento de seu processo.

Apesar de não haver nenhum relato sobre maus tratos e uso excessivo de força, restam dúvidas sobre a contenção química comumente utilizada para acalmar pessoas com sofrimento psíquico. Diferente do HCTP Henrique Roxo e mais adiante será possível também perceber a diferença no HCTP Heitor Carrilho, onde os pacientes conversaram longamente com a equipe de visita, no Roberto de Medeiros os pacientes pareciam muito medicalizados, alguns não conseguiam levantar de suas camas ou falavam frases desconexas. Como não foi possível conversar com a equipe técnica, não se pretende aqui fazer um juízo de valor sobre o tratamento destinado aos pacientes dessa unidade, de qualquer forma, as impressões tiradas a partir da aproximação com os internos não poderia deixar de ser relatada.

4.2.3

Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho¹²⁹

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho foi o primeiro manicômio judiciário fundado no Brasil e América Latina, tendo sido inaugurado em 30 de maio de 1921. Na época, era chamado de Manicômio Judiciário de Rio de Janeiro. A instituição foi originalmente criada para receber as pessoas que eram portadoras de transtorno psíquico e haviam cometido crimes. Hoje, mais de noventa anos após sua fundação e sob a égide do que preconiza a Lei 10.216/01, a Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro, em agosto de 2012, decidiu transformar o hospital em um abrigo para aquelas pessoas que já cumpriram sua medida de segurança e estão em processo de desinstitucionalização.

O HCTP Heitor Carrilho atende usuários do sexo feminino e masculino. Segundo a direção, a capacidade máxima é de 240 pacientes. No momento da visita abrigava 91 usuários internados, 80 homens e 11 mulheres. Do total de pacientes, 80 já estão em processo de desinstitucionalização e 11 ainda cumpriam seus últimos meses de medida de segurança, alguns dos quais já de posse do parecer de cessação de periculosidade. Segundo informado pela direção, boa parte dos internos possui dificuldades no que se refere à documentação pessoal, sendo que 28 estão pleiteando em juízo ação de registro tardio de nascimento, através da Defensoria Pública. Segundo informou a direção, o Heitor Carrilho não está mais recebendo pacientes.

4.2.3.1

Informações fornecidas pelo responsável da unidade

Durante a visita, o diretor não estava presente na unidade, mas a equipe foi recebida pelo subdiretor, que apesar de responder algumas perguntas, preferiu que a equipe técnica fornecesse as informações solicitadas. Em um tópico adiante, dados mais detalhados sobre o hospital serão expostos.

Antes mesmo de iniciar a visita às “enfermarias”, os membros do Mecanismo puderam ter um panorama de que o Hospital se encontrava em péssimas condições, pois a própria equipe técnica, apesar de informar sobre os

¹²⁹ As informações constantes deste tópico foram colhidas em visita realizada em outubro de 2012.

esforços que vem sendo realizados para efetivar a desinstitucionalização dos pacientes, também destacou a precariedade da estrutura do Heitor Carrilho. As dificuldades se avolumam, visto que há determinação judicial no sentido de desativação do mesmo. Vale destacar que a rede substitutiva atualmente implementada é ainda insuficiente para receber os internos da unidade.

O HCTP Heitor Carrilho é o mais antigo hospital do sistema prisional brasileiro e também um dos maiores do Rio de Janeiro em espaço físico. Possui duas “casas de passagem”, uma feminina e outra masculina; um pequeno prédio onde ficam localizados os pacientes mais idosos, salas de fisioterapia; salas de atendimento psicológico; posto de enfermagem, com leitos para observação e farmácia; conta ainda com dois prédios maiores, divididos em “enfermarias” coletivas, em um deles, estão as pacientes mulheres e, no outro, o maior deles, os pacientes homens. Há ainda área de lazer refeitório e as dependências administrativas.

4.2.3.2

Das instalações do manicômio

Foram visitadas todas as instalações do hospital, as condições estruturais encontradas estão em patente estado de abandono e degradação da unidade. Com exceção das “casas de passagem” que se encontram em estado menos precário.

Como se tratam de muitos ambientes, cada um será retratado em separado.

O primeiro local visitado foi a “casa de passagem”, que é chamada dessa forma por que além de possuir um ambiente mais semelhante a uma casa, com quartos, janelas, armários para objetos pessoais, cozinha, pequena lavanderia e não possuir grades, é destinada àqueles que já são mais idosos e já cumpriram com sua medida de segurança, estando, portanto, em processo de desinstitucionalização.

A casa em questão tinha boa aparência externa. No local, foram encontrados alguns pacientes repousando em suas camas. Internamente havia forte odor de urina e muitos gatos sobre as camas. Os lençóis e o ambiente como todo tinham aspecto de sujo e desorganizado.

Em seguida, foi visitado o prédio onde fica localizado o posto de enfermagem. Nessa instalação, estavam pacientes idosos com dificuldade de locomoção, seus quartos e banheiros estavam limpos e organizados.

No posto de enfermagem, foi possível conversar com algumas funcionárias que nos relataram que a maior dificuldade, para além da estrutura precária, é a falta de medicamentos e outros insumos. Na farmácia, recebemos a informação de que falta, por exemplo, haldol¹³⁰, medicamento, frequentemente, receitado para pessoas com transtorno psíquico.

No prédio maior, ficavam os pacientes que ainda estão cumprindo medida de segurança e aqueles que aguardam pela desinstitucionalização. A arquitetura desse local é análoga a uma unidade prisional. São três andares com grandes “enfermarias” coletivas, que muito embora abriguem pacientes, estão dispostas pela lógica prisional, todas gradeadas com aparência de grandes celas coletivas. Os corredores não possuem iluminação artificial e pouca luz natural, o ambiente está muito escuro e sujo. De modo geral, há ainda um grande problema no que se refere à acessibilidade, visto que a estrutura do hospital possui muitas escadas, o que representa dificuldade aos cadeirantes e demais internos com dificuldade de locomoção.

A ausência de recolhimento de lixo e manutenção da limpeza é fato gravíssimo constatado. Segundo o subdiretor, o hospital estava sem equipe de limpeza há mais de um ano. O contrato com a empresa terceirizada que realizava a limpeza no estabelecimento expirou, e, desde então, tal serviço não era realizado a contento. Esporadicamente uma equipe de profissionais do HCTP Heitor Carrilho faz uma faxina para retirar o excesso. Em muitas “enfermarias”, os próprios pacientes fazem a limpeza do ambiente, tornando-o menos precário e habitável, mas a maioria está muito suja e abandonada.

Os pacientes ficam trancados durante a noite e pela manhã os portões são abertos, entretanto, cada paciente tem outro cadeado de sua “enfermaria” e se preferir pode trancá-la enquanto aproveita o banho de sol. O banho de sol é assegurado de 9h às 11h e de 14h às 16h. Foi possível perceber muitas enfermarias com cadeados particulares. Os pacientes informaram que preferem assim, pois se sentem mais seguros quanto a não haver nenhum problema com

¹³⁰ Segundo foi possível anotar de um quadro fixado na farmácia o Haldol estaria sendo substituído por Risperidona: “2caps de hadol de 5mg = 2caps de rispidona de 2mg”.

seus pertences. Segundo a direção, essa medida foi tomada para evitar conflito entre os pacientes.

As enfermarias masculinas do HCTP Heitor Carrilho estão em condições precárias, mas as femininas estão ainda em pior estado de conservação.

O prédio que abriga as pacientes femininas possui dois andares. Foi o espaço mais destruído encontrado durante a visita, não há luz elétrica e pouca iluminação natural, o teto possui manchas de umidade, a fiação elétrica está exposta colocando pacientes e funcionários em risco, as paredes em muitos casos estão com manchas de umidade ou de fumaça, os banheiros são compostos apenas por um chuveiro e um buraco no chão, o “boi” - em uma das “enfermarias” foi encontrado um filhote de gato dormindo no buraco do “boi”. Há forte odor de urina e fezes.

Algumas poucas “enfermarias” estão em condição mais habitável por que as próprias pacientes assim as tornam, mas são ações isoladas em um prédio que reconhecidamente não tem qualquer condição de abrigar pessoas.

A “casa de passagem” das pacientes mulheres, assim como a para homens, é um ambiente disposto como uma casa possuindo banheiro e lavanderia, possibilitando maior conforto as pacientes que ali vivem.

4.2.3.3 Atividades Recreativas

Segundo informado pela equipe técnica e confirmado através de conversas com os pacientes, pequenos grupos de pessoas que já estão em processo de desinstitucionalização estavam saindo para atividades externas, tais como passeios recreativos, com objetivo de aproximá-los do convívio em sociedade, pois muitos pacientes estão há muito tempo institucionalizados, sem qualquer contato extra muros. São as chamadas saídas terapêuticas.

Foram relatados passeios à praia e ao Aterro do Flamengo e também as saídas durante os finais de semana quando os pacientes podem visitar seus familiares. A unidade possui 03 viaturas utilizadas para tais atividades, bem como para atendimento médico externo e realização de diligências.

4.2.3.4

Informações do corpo técnico e agentes penitenciários

Segundo foi relatado, há, no Heitor Carrilho, uma equipe que realiza as perícias e outra que atende aos pacientes. A equipe é formada por três miniequipes compostas por 01 psicóloga, 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional e 01 psiquiatra, que cumprem 30 horas semanais. No momento da visita, só existia uma psiquiatra para as três miniequipes. Há ainda oito estagiários(as) das categorias mencionadas. As técnicas informaram que, devido ao esvaziamento de médicos no sistema prisional, no hospital havia apenas uma médica clínica e um fisioterapeuta.

Há um claro déficit no corpo técnico, agravado pelos vencimentos defasados sem aumento há mais de 2 anos e pela ausência de concursos públicas para a área, tendo sido o último realizado em 1998. Muitos integrantes da equipe técnica são contratados. Boa parte destes teria seu contrato expirado em dezembro de 2012.

As miniequipes trabalham os processos de desinstitucionalização de cada paciente. Relataram que enfrentam vários desafios para efetivar a desinstitucionalização e a transinstitucionalização¹³¹, há inclusive a dificuldade de identificar os pacientes, pois muitos não possuem seu certificado de nascimento, o que dificulta a identificação de seus familiares, a concessão de benefícios e o conseqüentemente retorno à sua casa. Contaram ainda que dois pacientes que vieram a óbito foram enterrados como indigente por falta de documentos.

Informaram que em caso de emergência os pacientes são levados para a UPA de Bangu no Complexo de Gericinó, mas se o caso for muito grave, o encaminhamento é feito para o Souza Aguiar devido à proximidade com o HCTP Heitor Carrilho. Vale destacar que o transporte para tais atendimentos externos não é feito pelo SOE, apenas os deslocamentos para comparecimento a audiências judiciais permanecem realizados por esse serviço.

Na unidade há ainda 4 equipes de segurança, cada qual composta por 5 agentes.

¹³¹ A transinstitucionalização ocorre quando o paciente é transferido de uma instituição para outra, sem que possa ou consiga ser efetivamente desinstitucionalizado.

4.2.3.5

Da conversa com os internos

Durante a visita realizada no Heitor Carrilho, não foram relatados episódios de tortura ou maus tratos. Os pacientes pareceram ter uma boa convivência com os agentes que fazem a segurança e também com a equipe técnica. Contudo não se pode deixar de afirmar que as condições estruturais degradantes em quem vivem os pacientes já são por si só reconhecidas como tratamento cruel e desumano.

Muito embora a equipe técnica tenha se mostrado empenhada em garantir a desinstitucionalização dos pacientes de forma eficiente e breve, o hospital não possui quaisquer condições de abrigar pessoas.

Em 04 de setembro de 2012, a 3ª Promotoria de Justiça de Saúde da Capital ajuizou Ação Civil Pública (ACP) requerendo a imediata desinstitucionalização dos pacientes do Heitor Carrilho cujas medidas de segurança já haviam sido extintas pela Vara de Execução Penal. Solicitou ainda ao Estado que,

garanta a adequação das condições de funcionamento da unidade até a remoção dos abrigados. É pedida a regularização do serviço de lavanderia, limpeza, manutenção, nutrição, enfermagem, assistência médica clínica, além da alocação de novos recursos humanos no Hospital - dois psiquiatras, seis psicólogos, seis assistentes sociais e 25 profissionais para equipe de enfermagem.¹³²

Em meados de outubro de 2012, a Promotoria conseguiu liminar da justiça obrigando o estado e o município do Rio de Janeiro a oferecer dois psiquiatras, cinco cuidadores, seis psicólogos, seis assistentes sociais e 25 profissionais de enfermagem para os trabalhos de transferência em um prazo de dez dias. Ademais, deveriam ser apresentados um relatório e um cronograma para o efetivo cumprimento dos projetos terapêuticos dos pacientes.¹³³

¹³² “MP pede desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos abrigados irregularmente no hospital de Custódia Heitor Carrilho”, O Globo online, em 05/09/12, disponível em: <http://oglobo.globo.com/rio/mp-pede-desinstitucionalizacao-de-pacientes-psiquiatricos-abrigados-irregularmente-no-hospital-de-custodia-heitor-carrilho-6010850>, acessado em 05 de setembro de 2012.

¹³³ “Justiça determina que governo transfira pacientes de hospital de custódia no Estácio”, Agência O Globo, em 19/10/12, disponível em: <http://br.noticias.yahoo.com/justi%C3%A7a-determina-governo-transfira-pacientes-hospital-cust%C3%B3dia-est%C3%A1cio-234531422.html>, acessado em 19 de outubro de 2012

Há uma preocupação sobre a possibilidade do HCTP Heitor Carrilho se tornar um local de abrigamento de forma permanente, oferecendo a pessoas com sofrimento mental que já cumpriram suas medidas de segurança o acolhimento ou a transinstitucionalização. Contudo, recentemente, segundo informou a médica Tânia Kolker, será implantado um projeto¹³⁴ no Heitor Carrilho - do qual esta será a coordenadora técnica – que será responsável por realizar a desinstitucionalização dos últimos 60 pacientes do hospital. O órgão executor do projeto é o Ministério da Saúde por meio de suas áreas técnicas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e Saúde no Sistema Penitenciário em parceria com o Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da ENSP-FIOCRUZ.

4.3 Considerações gerais

Uma análise nos tratados internacionais que versam sobre as medidas de tratamento a partir do seu recolhimento a uma instituição manicomial, possibilitam a nítida conclusão de que os princípios da excepcionalidade, brevidade e incompletude institucional da internação redirecionaram a visão contemporânea dos legisladores em todo o mundo. Em 1991, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas aprovou os “Princípios para a Proteção das Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, influenciando legislações regionais que reorientaram a atenção à saúde mental no âmbito de Estados Nacionais. Entre tais princípios, vale ressaltar o item um (1) e quatro (4) do princípio nove (9), que versam sobre o “tratamento”, indicando que: *“Todo usuário terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física dos outros”*; e *“O tratamento de cada usuário deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar a autonomia pessoal”*.

¹³⁴ Projeto: “Estudo do perfil dos presos e internados no sistema prisional por envolvimento com drogas e apoio técnico para a desinstitucionalização e reorientação do modelo de atenção aos pacientes em cumprimento de medida de segurança e demais pessoas submetidas à internação compulsória, de acordo com a lei 10.216/2001.”

Dez anos após a promulgação dos Princípios, a Organização Mundial da Saúde lança o relatório “*Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*”¹³⁵, corroborando com as já mencionadas ideias sobre a desinstitucionalização. A Organização Mundial de Saúde afirmou que:

O malogro dos manicômios é evidenciado por repetidos casos de maus-tratos aos pacientes, isolamento geográfico e profissional das instituições e do seu pessoal, insuficiência dos procedimentos para notificação e prestação de contas, má administração e gestão ineficiente, má aplicação dos recursos financeiros, falta de treinamento do pessoal e procedimentos inadequados de inspeção e controle de qualidade.

O marco legal brasileiro da Reforma Psiquiátrica foi aprovado em 6 de Abril de 2001, a partir da aprovação da Lei 10.216, que “*Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*”, lá se vão quase 13 anos da aprovação da lei antimanicomial.

No bojo desta discussão internacional e nacional, enfrentar-se-ia a mudança de paradigma do cuidado, indicando que os serviços de base comunitária poderiam favorecer intervenções precoces e combater o estigma associado aos usuários dos serviços de saúde mental; por conseguinte, os grandes hospitais psiquiátricos, de tipo carcerário, deveriam ser substituídos por serviços que organizassem o cuidado com base na comunidade.

A Política Nacional de Saúde Mental tem por objetivo qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada por uma rede de serviços e equipamentos variados tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III), e o Programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

No Rio de Janeiro iniciou-se o “*Programa de Reinserção Social Assistida*” nos anos 90. Sua existência foi fundamental e resultou em avanços reais. Importantes diagnósticos foram concretizados como estudos sobre o perfil clínico, jurídico e socioeconômico dos pacientes e visitas experimentais às

¹³⁵ Informações disponíveis em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf, acessado em 13 de fevereiro de 2014.

famílias, todos vindo a compor os “*Estudos para formulação de um programa de desinstitucionalização e reinserção social assistida dos Pacientes Internados em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro*” publicado pela SEAP e coordenado por Tânia Kolker e Márcia L. Carvalho.

Elaborou-se, a partir de então, um conjunto de propostas para reestruturação do modelo de atenção em saúde mental da SEAP pela Coordenação de Gestão em Saúde Penitenciária, que passou a enfrentar o desafio de adequar a aplicação das medidas de segurança ao que preconiza a Lei nº 10.216 e como recomenda a Resolução nº 5/2004 do Conselho Nacional de Políticas Criminais e Penitenciárias (CNPCP)¹³⁶. A referida resolução propõe a “*reinserção social do paciente em seu meio (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar*”.

A partir das visitas realizadas, é possível afirmar que em alguma medida a Lei da Reforma Psiquiátrica tem efetivamente inspirado mudanças nos manicômios da SEAP. É positiva a reorganização da “porta de entrada” e da “porta de saída” dos manicômios judiciais, indicando que os loucos infratores tenham já, desde o início, um projeto terapêutico destinado à sua recepção e posterior saída. De qualquer forma, ainda é preocupante perceber todas as dificuldades enfrentadas no processo de desinstitucionalização dos pacientes oriundos de manicômios judiciais pelo duplo estigma que os persegue e pela lentidão na expansão da rede substitutiva.

Conforme já foi explicitado anteriormente, experiências inovadoras demonstram ao possibilitar que o louco infrator permaneça fora do manicômio judicial, inserindo-o em redes de atenção à saúde mental, há maiores chances de seu tratamento ser melhor sucedido. A rede substitutiva de saúde mental, com seus dispositivos como os CAPS, Residências Terapêuticas, ambulatórios e Centros de Convivência, legitima-se para oferecer tratamento também as pessoas com sofrimento psíquico que cometeram delitos. A criação, em 2001, do PAI-PJ¹³⁷ de Minas Gerais proporcionou a muitos pacientes sua recuperação com

¹³⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. 257 p. Brasília, Ministério da Saúde. 2010. Página 233. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>, acessado em 13 de fevereiro de 2014.

¹³⁷ Programa de Apoio Integral ao Paciente Judiciário

responsabilidade no atendimento clínico, jurídico e a inserção social, assim como o PAILI¹³⁸ em Goiás. Em ambos, boa parte dos pacientes vive fora do manicômio, integrados à sociedade e assistidos pela rede de saúde mental. Não foi possível identificar, durante as visitas realizadas, iniciativas do judiciário ou ministério público conforme se observa nos programas de inserção acima citados.

Os pacientes são em sua maioria negros e pobres, mas a causa que os levou ao manicômio é bem variada, foi possível encontrar pessoas com sofrimento psíquico que haviam cometido delitos graves, assim como pacientes que haviam apenas discutidos com seus vizinhos e ainda usuários de drogas ilícitas, que poderiam estar realizando tratamento ambulatorial em um CAPS. É notório que independente do delito cometido é a possibilidade de voltar a delinquir que os mantém internados. Sobre as mulheres mais especificamente, causa estranheza não haver uma unidade destinada unicamente a elas, que ficam em uma única galeria no Roberto de Medeiros. Não foi possível saber de que forma se elabora o projeto terapêutico para as mulheres com sofrimento psíquico que cometem delitos.

No que se refere ao tratamento dispensado aos pacientes, os relatos de maus tratos ouvidos foram sempre direcionados aos agentes penitenciários que estão envolvidos no trato diário com estes. Muitas vezes, foram ouvidas queixas sobre agressões verbais e uso excessivo da força para manutenção da disciplina. Durante a pesquisa, não foram encontradas pessoas visivelmente agredidas, como ocorre corriqueiramente nas vistas às unidades prisionais, mas há relatos que agressões já haviam ocorrido em momentos de surto. As miniequipes técnicas relataram que esporadicamente ouvem dos pacientes reclamações sobre agressões e que imediatamente os encaminham para registrar o ocorrido à direção, contudo, os pacientes preferem não oficializar as denúncias por medo de represálias.

O que se pode efetivamente afirmar é que havendo ou não agressões físicas as pessoas com sofrimento psíquico que ainda se encontram em manicômios judiciários, e estas certamente ocorrem ainda que não de forma sistemática, os loucos infratores ainda estão sujeitos a condições estruturais desumanas e a uma dinâmica que permanece reproduzindo ambientes torturantes e mortificantes de sua natureza.

¹³⁸ Programa de Apoio Integral ao Louco Infrator

5

Considerações finais

*“Eu quero dizer
Agora o oposto do que eu disse antes
Eu prefiro ser
Essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião
Formada sobre tudo
Sobre o que é o amor
Sobre o que eu nem sei quem sou”
(Raul Seixas)*

Como foi mencionado na Introdução, essa pesquisa se insere em uma trajetória de quase 15 anos de militância no campo dos direitos humanos, sobretudo no que esta jornada se refere à tramitação do Caso Damião Ximenes, ao monitoramento do sistema prisional brasileiro e, mais recentemente às experiências vividas nas visitas realizadas enquanto membro do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do estado do Rio de Janeiro.

Foi uma longa pesquisa na área de saúde mental, primeiro, para entender de um campo que, muito embora se possa afirmar através dos exemplos trazidos no trabalho, como o Exame Criminológico, faz parcerias com o campo jurídico, não é matéria do Direito; depois, para nos inspirar com suas ideias antimanicomiais.

Como assinalamos anteriormente, é inegável que a Lei nº 10.216/01 é um importante marco legal e um instrumento político que tem proporcionado ao longo destes 13 anos significativa mudança de paradigmas no que se refere ao tratamento dispensado às pessoas com sofrimento psíquico. É possível perceber que os movimentos compostos por trabalhadores da saúde mental e os usuários do sistema, sem os quais a lei não teria sido aprovada, permanecem suscitando o debate sobre a inserção dos loucos na sociedade e a ampliação da rede substitutiva.

No Rio de Janeiro, por exemplo, os militantes da Luta Antimanicomial estão presentes em diversas frentes, sobretudo na atual discussão sobre as internações compulsórias de usuários de crack. Contudo, não se percebe esse mesmo empenho dos movimentos e organizações de direitos humanos quando se

trata de loucos infratores. A invisibilidade que atinge o sistema prisional se estende aos manicômios judiciários.

Analisando as visitas realizadas é possível afirmar que a velha mentalidade ainda está vigente, o estado de periculosidade e o comportamento da pessoa com sofrimento psíquico que comete delito ainda é prioritariamente observado para além do ilícito perpetrado. O campo jurídico não avançou na mudança de elementos que compõe a inimputabilidade, a ideia de que se trata de alguém que não responde por seus atos passados ou futuros ainda persiste e possibilita a perpetuação das medidas de segurança.

A instituição total ainda é vista como espaço destinado aos loucos infratores no Rio de Janeiro. Muito embora se observe a gradativa desinstitucionalização de internos que tiveram suas medidas de segurança cumpridas ou suspensas, os recém chegados infratores, neste momento, são enviados para um manicômio judiciário. Neste caso específico, como vimos no tópico sobre a visita ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, a equipe desta instituição informou iniciar um projeto de desinstitucionalização, que deverá ocorrer 01 ano após a entrada do paciente, contudo ressalta que para efetiva desospitalização a equipe de peritos que atesta a cessação da periculosidade deverá estar de acordo com o laudo fornecido pelo hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, o que nem sempre ocorre, permanecendo o louco infrator institucionalizado.

Não foi possível obter informações direto dos peritos, mas, diante do que foi possível averiguar nas visitas, ainda é o fantasma da possibilidade do delito futuro e por que não dizer do preconceito racial, que determinam o período de cumprimento das medidas de segurança. O perfil das pessoas com sofrimento psíquico que cometem delitos encontradas nas unidades manicomiais visitadas é o mesmo do século passado, são em sua maioria homens negros, jovens e pobres, moradores de territórios criminalizados. Ou seja, independe do crime ou da sua gravidade, a condição de criminoso é distinta para cada pessoa.

A partir dos elementos analisados, pode-se afirmar que há um super encarceramento em andamento que claramente produz e reproduz estereótipos e desigualdade, utilizando-se inclusive do saber da psiquiatria para manter a massa carcerária exatamente onde ela está.

Os apenados e apenadas passam por um processo de degradação do início ao fim de sua detenção, todos os símbolos de sua dignidade lhes são retirados, suas roupas, produtos de higiene pessoal, sua subjetividade, sua integridade física e mental. A disciplina imposta tem caráter opressivo e torturante, como bem disse Baratta (2002:184); ela na verdade dasadapta o interno “às condições necessárias para a vida em liberdade”, ocorrendo o efeito inverso, a “prisionalização”.

O exame criminológico é sistematicamente solicitado pelo Ministério Público sem que a súmula do STF seja respeitada. A manutenção da privação da liberdade ou a não concessão dos benefícios do interno com base nas informações contidas em um documento confeccionado durante uma conversa de 15 minutos com o preso representa a negação de todo ordenamento jurídico penal brasileiro, e mais, é prescindir do princípio da superioridade ética do Estado, sob pena de promover o arbítrio, como mais uma vez bem assinala Baratta (1987).

Durante as visitas aos manicômios judiciários, não se pode negar, pelo menos em sua maioria, que as mudanças são perceptíveis no que se refere aos projetos terapêuticos elaborados pelas equipes técnicas, há claro empenho dos profissionais da área de saúde mental em promover a desinstitucionalização dos pacientes, ainda que a médio prazo. Mas também não se pode negar que a estrutura e disciplina imposta nestes espaços ainda refletem as antigas instituições totais com ambientes propícios à prática de tortura e maus tratos; por isso, a necessidade de o quanto antes extinguir estas instituições.

Ousamos dizer que, muito embora os atores do campo jurídico não tenham sido ouvidos nesta pesquisa, o avanço da reforma psiquiátrica nos manicômios ainda se depara com um sistema penal apoiado em premissas punitivas que nortearam o tratamento dado as pessoas com sofrimento psíquico no século XIX. O Direito ainda trabalha com a lógica de que tratam-se de pessoas que não tem condições de discernir sobre certo ou errado e por isso são totalmente incapazes de responder por seus atos, desconsiderando todo progresso que já se obteve no saber psiquiátrico.

No século passado, quando da inauguração dos manicômios judiciários, estes foram vistos como vitória, pois finalmente tinham conseguido separar os loucos dos “normais”, possibilitando-lhes “tratamento” ao invés de isolamento tão somente. Hoje, a existência do manicômio judiciário deveria ser entendido como um sinal de ignorância, de retrocesso.

Este trabalho se encerra, mas esta pesquisa nos fez pensar em como efetivamente trabalham os operadores do Direito no estado do Rio de Janeiro quando estão diante de um delito cometido por uma pessoa com sofrimento psíquico, sob que perspectiva constroem suas acusações, suas defesas e suas decisões; eles realmente acreditam no permanente estado de periculosidade ou apenas ignoram a existência da Lei da Reforma Psiquiátrica? Estas perguntas demonstram que este trabalho foi uma etapa vencida de uma pesquisa que seguirá propondo a análise sobre a Reforma Psiquiátrica nos manicômios judiciários.

Quanto aos loucos e loucas infratores, foi imensamente gratificante estar com eles e *“Sim sou muito louco, não vou me curar (...) Já não sou o único que encontrou a paz (...) Mais louco é quem me diz (...) E não é feliz (...) Eu sou feliz”* (Arnaldo Baptista e Rita Lee).

Referências Bibliográficas

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Asilos, alienados, alienistas**: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 73-95.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela Vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 136p.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. 142p.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. 120p.

ARAÚJO, Ubiratan Castro de. **Conexão Atlântica**: História, Memória e Identidade. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/artigos-institucionais-conexao-atlantica-historia-memoria-e-identidade/>. Acesso em 26 de fevereiro de 2014.

BARATTA, Alessandro. **Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal**: Introdução à sociologia do direito penal. Tradução de Juarez Cirino dos Santos. 3.ed. Rio de Janeiro: Revan, 2002. 256p.

BARATTA, Alessandro. **Principios del Derecho Penal Mínimo**: Para una Teoría de los Derechos Humanos como objeto y limite de la Ley Penal. In: Revista “Doutrina Penal” n. 10-40, Buenos Aires: Depalma, 1987. p. 623-650.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BATISTA, Vera Malaguti. **Introdução crítica à criminologia brasileira**. Rio de Janeiro: Revan, 2011, 2.ed. julho de 2012. 128p.

BECCARIA, Cesare Marchese di. **Dos delitos e das penas**. Tradução de Paulo M. Oliveira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

BORGES, Nadine. **Damião Ximenes**: Primeira condenação do Brasil na corte Interamericana de Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Revan, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: OPAS, de 2005.

CAMURI, Ana Claudia. **Cartografia do desassossego**: o encontro entre os psicólogos e o campo jurídico / Ana Claudia Camuri. – Niterói: Editora da UFF, 2012. 260p.

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

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**: fundamentos e aplicação judicial. São Paulo: [s.n], 2013.

CARVALHO, Salo de; Weigert, Mariana A. B. **A Punição Do Sofrimento Psíquico No Brasil**: Reflexões Sobre Os Impactos Da Reforma Psiquiátrica No Sistema De Responsabilidade Penal. Revista de Estudos Criminais 48, Janeiro/Março 2013, p. 55 – 90.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 3.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

CRUZ, Marcelo Lebre. **A Inconstitucionalidade da Medida de Segurança face a periculosidade criminal**. 2009. 222 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdades Integradas do Brasil, Escola de Direito e Relações Internacionais, 2009

DIAS, Rafael. **Do asilo ao CAPSad**: lutas na saúde, biopoder e redução de danos / Rafael Mendonça Dias. 2008. 158 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2008.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as forma jurídicas**. Tradução Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. 160p.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Tradução de Lúcia M. Pondé Vassallo. Petrópolis: Vozes, 1987. 280p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 295p.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

JESUS, Damásio E. de. **Direito penal**. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. 1 v.

MANSUR, Isabel; TRISTÃO, Rafael Barcelos. **Entre o Direito e a Sociologia**: Uma abordagem sobre o Exame Criminológico. In: Escritos Transdisciplinares de Criminologia, Direito e Processo Penal: Homenagem aos Mestres Vera Malaguti e Nilo Batista. Rio de Janeiro: Revan, 2014.

NASCIMENTO, Abdias do. **Democracia Racial: Mito ou realidade?** Disponível em: <http://www.geledes.org.br/atlantico-negro/afrobrasileiros/abdias-donascimento/826-democracia-racial-mito-ou-realidade>. Acesso em 26 de fevereiro de 2014.

PRADO JR., Caio. **Formação do Brasil Contemporâneo**: colônia. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003. 128p.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Do contrato social**. Tradução de Lourdes Santos Machado; introdução e notas de Paulo Arbousse-Bastide e Lourival Gomes Machado. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

ZAFFARONI, Eugênio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**: parte geral. 9 ed. rev. atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. 766 p.