UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente

Renato Santos Gonçalves

DA LOUCURA AO CRIME: Perspectivas das medidas de segurança ante a Reforma Psiquiátrica aderida pelo Sistema Único de Saúde.

Diamantina

2013

Renato Santos Gonçalves

DA LOUCURA AO CRIME: Perspectivas das medidas de segurança ante a Reforma Psiquiátrica aderida pelo Sistema Único de Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente

Orientador: Prof. Dr. Marivaldo Aparecido de Carvalho

Diamantina

2013

Ficha Catalográfica - Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecária: Jullyele Hubner Costa CRB-6/2972

Gonçalves, Renato Santos
G635d Da loucura ao crime: perspectivas das medidas de segurança
2013 ante a Reforma Psiquiátrica aderida pelo Sistema Único de Saúde / Renato Santos Gonçalves. – Diamantina: UFVJM, 2013.
153 p.

Orientador: Prof. Dr. Marivaldo Aparecido de Carvalho

Dissertação (mestrado) –Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde. Mestrado Profissional - Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, 2013.

1. Saúde Mental. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Luta Antimanicomial. 4. Crime. I. Carvalho, Marivaldo Aparecido de. II. Título.

CDD 616.89

Elaborada com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Da loucura ao crime: Perspectivas das medidas de segurança ante a Reforma Psiquiátrica aderida pelo Sistema Único de Saúde.

Renato Santos Gonçalves

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Sociedade, nível de Mestrado, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

APROVADA EM 01 / 08 / 2013

Prof. Américo Braga Júnior (FCJ-FEVALE)

Prof.ª Angelina do Carmo Lessa (UFVJM)

Prof. Marivaldo Aparecido de Carvalho – UFVJM

Presidente

DIAMANTINA

2013

Este trabalho também é resultado de esforço primevo de Osvaldo Gonçalves e Maria Inês dos Santos Gonçalves, meus pais, exemplos de doação e amor incondicionais, na busca pela *melhora de sua geração,* como por eles afirmado, muitas vezes deixando suas vidas pessoais em segundo plano, em prol do êxito de sua prole.

Dedico ainda esta dissertação à Alessandra Santos Gonçalves, minha irmã, exemplo de médica engajada e aguerrida em trabalho exclusivo no Serviço Único de Saúde nas cidades de Indaiatuba e Salto, no interior de São Paulo, em favor da saúde da mulher.

Ao meu sobrinho Pedro Gonçalves De Marchi, símbolo de renovação e esperança de que, quando adulto, encontre políticas públicas efetivas, eficientes e eficazes para si e seus pares.

Agradeço primeiramente à Deus, pois através do exercício de fé nEle depositado pude, ao longo dos anos manter minha serenidade e sanidade ante os inúmeros desafios da vida.

Agradeço efusivamente ao orientador desta dissertação, Prof. Dr. Marivaldo Aparecido de Carvalho, pela paciência, confiança e direcionamento. Ressalto que nestes dois anos tornou-se exemplo de luta por justiça social material, esperando ainda que este processo de orientação, direcionamento e aprendizagem não se encerre com este trabalho.

Agradeço a todo o corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente da UFVJM pelo empenho, dedicação, além de, semanalmente possibilitarem-me a expansão de meus horizontes acadêmicos e de vida.

Agradeço ao Prof. Dr. Harriman Alley Morais, que não só contribuiu sobremaneira na banca de qualificação da presente pesquisa, como também se dispôs, voluntariamente, a revisar meticulosamente todo o trabalho, em seus aspectos formais.

Agradeço à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), à UFVJM (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri) e sua Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação (PRPPG), além da FAPEMIG (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais), pela valorização e incentivo à atividade acadêmica nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

Agradeço também aos meus alunos na Faculdade de Ciências Jurídicas de Diamantina, por me servirem de exemplo no retorno à sala de aula, quando do início das atividades neste programa de Pós-Graduação.

Agradeço ao corpo técnico da Faculdade de Ciências Jurídicas de Diamantina, sempre disposto a conciliar minhas atividades laborais e acadêmicas a cada semestre.

Agradeço ao qualificado corpo docente da Faculdade de Ciências Jurídicas de Diamantina, pelo aprendizado oportunizado através da troca de experiências com colegas que já haviam percorrido a trilha do mestrado, e em especial aos Professores Humberto Leandro de Melo e Sousa, Radamés Andrade e Américo Braga Júnior, referências no magistério e no conhecimento acadêmico, os quais, através (também) de cafezinhos na sala dos professores recheados de conversas sobre Direito Penal e Criminologia, contribuíram deveras com o resultado final e amadurecimento deste trabalho.

Agradeço aos servidores no Centro de Atenção Psicossocial Renascer, em Diamantina, e aos servidores no Hospital Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena, pela acolhida e pelo retrato de que o descompasso que o Estado e suas políticas em saúde mental geram não afeta só os loucos, mas todos os atores sociais, que muitas vezes se vêem de mãos atadas e impotentes frente às dificuldades.

Devemos compreender, sobretudo, que alguns dos nossos costumes podem parecer, a um observador de outra sociedade, semelhantes em natureza ao canibalismo, apesar de o canibalismo nos chocar por ser estranho à idéia de civilização. Estou pensando, por exemplo, nos nossos sistemas legal e prisional. Se estudarmos sociedades a partir de fora, seria tentador distinguir dois tipos contrastantes: as que praticam o canibalismo – isto é, que encaram a absorção de certos indivíduos possuidores de poderes perigosos como a única maneira de neutralizar estes poderes e mesmo de transformá-los em vantagem – e as que, como a nossa sociedade, adotam o que se poderia chamar de prática da antropoemia (do grego emein, vomitar); confrontando ao mesmo problema, este último tipo de sociedade escolheu a solução oposta, que consiste em expelir os indivíduos perigosos do corpo social e mantê-los temporária ou permanentemente em isolamento, longe de todo e qualquer contato com seus pares, em estabelecimentos especialmente destinados a este propósito. A maioria das sociedades que nós chamamos de primitivas encararia este costume com profundo horror; a seus olhos, nós seríamos culpados da mesma barbaridade a que nos inclinamos a acusá-los por seu comportamento simetricamente oposto. (LÉVI-STRAUSS, 1992 [1955], p. 287-8 *apud* YOUNG, 2002, p.91).

RESUMO

A presente dissertação teve como objeto de estudo as denominadas medidas de segurança previstas no Código Penal brasileiro, sob o prisma das políticas públicas advindas da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, propôs pesquisa interdisciplinar na área da Saúde Mental, com enfoque sociológico, antropológico, histórico e jurídico, tendo como ponto de partida a construção dos conceitos de saúde, loucura e razão, além do ideário envolto na criação e manutenção dos Asilos Psiquiátricos, desde o final da Idade Média, bem como a evolução dada ao tratamento dos pacientes em questão a partir de 1980, como fruto de luta do movimento antimanicomial, posteriormente transformada em política de Estado, por meio de arcabouço jurídico proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), incorporado pelo Brasil. Em seguida, a pesquisa proposta estudou a contradição do Estado Brasileiro em sua legislação, ao não permitir a aplicação de referidas políticas públicas aos portadores de transtornos mentais em conflito com a Lei (com envolvimento da prática de crimes em função de seus distúrbios), quando do tratamento aos mesmos dispensado nas Casas de Custódia (antigos Manicômios Judiciários), as quais necessitam e não possuem autorização legal suficiente para dar respostas positivas na evolução do quadro clínico de referidos pacientes institucionalizados, desrespeitando o novo modelo de atenção em saúde mental proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Pesquisa de abordagem qualitativa e aplicada, desenvolvida a partir de opção pelo método dialético-histórico; pesquisa de campo com coleta de dados orientada pela observação e estudo de documentos (prontuários médicos) do Centro de Atenção Psicossocial Renascer e Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, para avaliar o serviço de saúde mental sob a ótica do SUS e da Lei Penal.

Palavras Chave: Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Luta Antimanicomial. Crime. Violência. Direitos Humanos.

ABSTRACT

The present dissertation aimed to study the so called safety measures by the Brazilian Penal Code, through the prism of public policy arised from the Psychiatric Reform. Therefore, proposed interdisciplinary research in the field of mental health, focused on sociological, anthropological, historical and legal issues, taking as starting point the construction of the concepts of health, madness and reason, as well as the ideas related to the creation and maintenance of Psychiatric Asylums, since the late Middle Ages, and also the evolution of the treatment given to its patients since 1980, as a result of fighting anti-asylum movement, later transformed into state policy, through the legal framework proposed by the World Health Organization (WHO), incorporated by Brazil. Then, the proposed research examined the contradiction of the Brazilian State on its legislation, by not allowing the application of these policies to people with mental disorders in conflict with the law (involved in crimes according to their disorders), treated in so called Custody Houses (former Judicial Mental Asylums), which need and don´t have legal authority enough to give positive responses in the clinical evolution of these institutionalized patients, flouting the new model of mental health care system proposed by the brazilian public health programme. Qualitative and applied research, developed by choice from the historical dialectical method, field survey data collection guided by observation and study of documents (medical records) of the Center for Psychosocial and Psychiatric Care Renascer and Psychiatric and Judiciary Hospital Jorge Vaz, to evaluate the mental health services from the perspective of the brazilian public health services policies and the Criminal Law.

Keywords: Mental Health. Psychiatric Reform. Anti-Asylum. Crime. Violence. Human Rights.

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objeto de estudio las denominadas *medidas de seguridad* previstas en el Código Penal brasileño, a través del prisma de las políticas públicas derivadas de la Reforma Psiquiátrica. Por lo tanto, propuso la investigación interdisciplinária en el área de salud mental, con un enfoque sociológico, antropológico, histórico y legal, tomando como punto de partida para construir los conceptos de salud, la locura y la razón, más allá de la ideología envuelta en la creación y el mantenimiento de los asilos psiquiátricos, desde la Baja Edad Media, así como la evolución del tratamiento que se da a a estos pacientes a partir de 1980, como resultado de la lucha contra el movimiento anti- asilo, luego transformado en política de Estado, a través del marco jurídico propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), incorporado por Brasil. Entonces, la investigación propuesta estudió la contradicción del Estado en su legislación, porque no permite la aplicación de estas políticas para las personas con trastornos mentales en conflicto con la ley (prácticas criminales debido a sus trastornos), por el tratamiento em las Casas de Custodia (antiguos hospitales psiquiátricos judiciales), que necesitan y no tienen la autoridad legal suficiente para dar respuestas positivas en la evolución clínica de estos pacientes institucionalizados, no respetando el nuevo modelo de sistema de atención de salud mental propuesto por sistema Único de Salud (SUS). Investigación cualitativa y aplicada, desarrollada a partir opción por el método de dialéctico-histórico; investigación de campo con recopilación de datos guiada por la observación y estudio de documentos (registros médicos), del Centro de Atención Psicosocial *Renascer* y Hospital Psiquiátrico y Judicial Jorge Vaz, para evaluar los servicios de salud mental desde la perspectiva del SUS y la Ley Penal.

Palabras-clave : Salud Mental. Reforma Psiquiátrica. Lucha Antimanicomial. Crimen, Locura. Violencia. Derechos Humanos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
DER	Departamento de Estradas de Rodagem
ECTP	Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPJJV	Hospital Psiquiátrico e Judiciário "Jorge Vaz"
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPSEMG	Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PSF	Programa de Saúde da Família
PRPPG	Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de la Salud
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJMG	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
TO	Terapia Ocupacional
UFVJM	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO....13
1.1. Justificativa....14
2. OBJETIVOS....18
2.1. *Objetivo Geral*....18
2.2. *Objetivos Específicos*....18
3. METODOLOGIA....19
4. A PRISÃO DA LOUCURA....27
4.1. O que é a loucura?....27
4.2. "Pensamento selvagem" e a loucura....29
4.3. Loucura e progresso....30
4.4. O médico e o louco....32
4.4.1. A reforma de Pinel....34
4.4.2. Da reeducação moral para o tratamento físico....37
4.5. A idéia de natureza e a percepção da loucura....40
5. EXCLUSÃO, CRIMINALIDADE E SEGURANÇA....43
6 DESCONSTRUÇÃO DE PARADIGMAS E NOVAS PERSPECTIVAS EM SAÚDE....61
6.1. A Reforma Sanitária....61
6.2. A Luta Antimanicomial....73
6.2.1 Da discussão à prática....78
6.2.2. O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAIPJ)....85
7. COLETA DE DADOS....91
7.1. Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz....93
7.2. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Renascer....98
7.3. Discussão dos dados coletados....99
8. CONCLUSÃO....106
REFERÊNCIAS....114
APÊNDICE I....119
APÊNDICE II....129
ANEXOS....139

1 INTRODUÇÃO

Desde os tempos mais remotos, a sociedade enfrentou graves dificuldades em encarar sua pluralidade. Sendo assim, as classes hegemônicas das mais diversas organizações sociais procuraram segregar, julgar e condenar as minorias e os comportamentos que fugissem de um padrão preestabelecido.

A problemática do trabalho toma concreção no impasse gerado pelo próprio Estado, que, para determinados "loucos" concede tratamento psiquiátrico em consonância com as diretrizes expressas pelas políticas públicas de saúde mental, oriundas da luta pela reforma psiquiátrica – pelos Direitos Humanos em última instância, e para outros, tratamento de separação do paciente à margem do contexto social, aonde ficam, para garantia da "segurança social".

Fez-se necessária, portanto, a observação criteriosa de dados concretos para posterior crítica ao padrão de tratamento imposto às Casas de Custódia e Tratamento (antigos manicômios judiciários), e aos pacientes, principais prejudicados em todo o processo.

Urge ainda esclarecer que nossa escolha de pesquisa se deu durante as aulas do programa de pós-graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, no cumprimento dos créditos. Nesta oportunidade, pudemos entrar em contato com as políticas públicas em saúde, além de refletir sobre as estruturas de poder ligadas à concepção do que é dito ser saudável, além das reflexões acerca dos novos paradigmas em saúde. Pudemos também perceber a crise, não só em relação à concepção de saúde, mas também com toda a estrutura paradigmática positivista que a fundamentava.

Ademais, concomitante a este momento de amadurecimento acadêmico, pudemos ter contato, através do Núcleo de Práticas Jurídicas de Diamantina, local em que desempenhamos nossas atividades laborais, com a defesa criminal de um portador de transtorno mental envolvido em furtos e roubos, para o qual fomos contratados e prestamos serviços advocatícios gratuitos, e aguardamos, até a presente data, o deslinde processual do caso.

Pela convergência de todas estas situações acadêmicas e profissionais, entendemos ser urgente a pesquisa séria e comprometida, em caráter interdisciplinar, como fruto da intersecção entre o conhecimento jurídico e o

conhecimento da área da saúde, especialmente saúde mental, sem perder o foco de que o louco, neste caso, é um ser humano sujeito de direitos, e não um mero objeto de intervenção científica.

1.1 Justificativa

A presente pesquisa ganha relevância à medida que existe estimativa, conforme a Dra. Gro Harlem Brundtland, Diretora-Geral da Organização Mundial de Saúde em 2001, de que 450 (quatrocentos e cinquenta) milhões de pessoas no mundo sejam portadores de transtornos mentais, das quais cerca de 50 (cinquenta) milhões têm epilepsia, 24 (vinte e quatro) milhões esquizofrenia, sem prejuízo de 10 (dez) a 20 (vinte) milhões que tentam o suicídio, das quais um milhão conseguem cometê-lo (OMS, 2001, p. XII)

Abrindo um pequeno parêntese no que tange à epilepsia dentro da estatística acima, apresentamos a justificativa da Diretora Geral da OMS em 2001, quando da lavratura do relatório sobre o assunto, se posicionando no sentido que "a epilepsia, embora não seja uma doença mental, foi incluída porque enfrenta muitas vezes os mesmos estigmas, a mesma ignorância e o mesmo medo associado às doenças mentais" (OMS, 2001, p. XIII).

Diante do alarmante cenário acima, emergiu proposta de rompimento com o modelo positivista, biomédico e asilar de tratamento aos pacientes psiquiátricos, consistente no movimento antimanicomial, o qual, ao ser instrumentalizado teve como consequência a desinstalação gradativa de instituições psiquiátricas, com a contrapartida da instalação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Demonstrando a preocupação governamental em aderir às novas políticas, em memorando recente, o Coordenador da área técnica de saúde mental, álcool e outras drogas, no Ministério da Saúde, afirmou que:

> O Ministério da Saúde vem desenvolvendo, ao longo dos anos, investimento que produziram resultados como a existência de 1.690 CAPS, 603 residências terapêuticas, 3.897 beneficiários do Programa de Volta para Casa, 640 iniciativas de inclusão social pelo trabalho, 92 consultórios de rua, e o financiamento de 58 escolas de redução de danos e 44 unidades de acolhimento. Paralelo à abertura destes serviços substitutivos, contabilizamos paralelamente o fechamento de 18.500 leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011).

A cidade de Diamantina também sofre com as mazelas dos problemas de saúde mental, sendo notório o grande número de portadores de enfermidades nesta área da saúde, eis que persiste, na cidade, o personagem social do louco andarilho, em situação de rua. A cidade possuiu manicômio instalado desde o século XIX, onde atualmente é instalada a sede e são desenvolvidas as atividades do CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.

Cumpre ressaltar que ainda é incipiente no meio acadêmico a discussão prática acerca dos denominados loucos infratores. Há 25 (vinte e cinco) anos da reforma sanitária, psiquiátrica e promulgação da Constituição de 1988 (e a consagração no texto legal de uma série de direitos humanos), não se tinha traçado um perfil da comunidade carcerária psiquiátrica. Em caráter inédito, no ano de 2011 (há noventa anos da instituição dos manicômios judiciários no Brasil – ocorrida na década de 1920) foi realizado um censo detalhado dos pacientes em cumprimento de medida de segurança, censo este publicado no presente ano de 2013[1].

A mídia deu grande destaque a esta publicação, o que denota, além do ineditismo da pesquisa, e incipiência de pesquisa, a relevância do assunto na atualidade. Corroborando esta assertiva acerca da justificativa e relevância de nossa pesquisa, as palavras do Diretor-Geral do Departamento Penitenciário Nacional, Augusto Eduardo de Souza Rossini, prefaciando a publicação do censo/2011:

> Instituídos ao longo do século XX, os ECTPs[2] assumiram a centralidade no cumprimento das medidas de segurança, principalmente pelo marco estabelecido pelo Código Penal de 1940. No entanto, após quase um século de funcionamento dos ECTPs e mais de setenta anos de execução das medidas de segurança para os inimputáveis em razão de doença ou deficiência mental no Brasil, a população que vive nos ECTPs é desconhecida. Pouco ou quase nada se sabe sobre o perfil socioeconômico, as infrações, os diagnósticos, as trajetórias penais e os itinerários jurídicos das pessoas em medida de segurança no Brasil. O desconhecimento sobre o perfil dessa população é um obstáculo para o planejamento e aperfeiçoamento das políticas penitenciárias e de assistência em saúde mental voltadas à população em medida de segurança. (...)
> O censo dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é um retrato da população dos ECTPs no ano de 2011. O levantamento, inédito no Brasil, possibilitará o conhecimento de uma das populações mais vulneráveis que vive em instituições de custódia no país. Por outro lado, o ineditismo do estudo não permite comparações longitudinais sobre particularidades da população, mas apenas do perfil da população que vivia nessas unidades no ano estudado. Serão apresentados dados que traçam

---

[1] O censo foi publicado na obra de Debora Diniz referenciada na presente pesquisa.
[2] Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

> um desenho da realidade nacional e das realidades locais e até mesmo comparações entre o perfil nacional e os perfis locais dos ECTPs. Espera-se que a divulgação deste estudo censitário desperte o interesse da sociedade, da administração pública e da academia no sentido de aprofundar o conhecimento sobre a realidade apresentada aqui (DINIZ, 2013).

Neste sentido, verifica-se que existe uma comunidade de pacientes psiquiátricos em conflito com a Lei[3], e na cidade e região de Diamantina (pacientes psiquiátricos em geral, independentemente de conflito com a lei ou não), os quais necessitam ter todos os seus direitos a tratamento adequado e perspectiva de reabilitação garantidos, de forma isonômica, independente de prática delituosa. Desta maneira, a crítica e posterior proposta de reforma do modelo legal adotado, bem como o fomento ao debate científico provocado em consequência, não só beneficiam à comunidade Diamantinense, mas a toda comunidade psiquiátrica (aqui compreendidos não só pacientes, mas também profissionais e familiares) brasileira, sempre numa proposta de inclusão humanitária no tratamento dispensado a todos os pacientes.

Isto posto, emerge o problema da pesquisa ora proposta: considerando-se o conteúdo principiológico do Sistema Único de Saúde (SUS), notadamente o princípio da equidade, além do princípio da isonomia, garantido constitucionalmente pelo Estado Brasileiro, construído como Estado Democrático de Direito, orientado pelas políticas de efetivação e garantia dos Direitos Humanos, é possível afirmar que existe equidade no acesso às políticas públicas propostas pela reforma psiquiátrica brasileira, bem como isonomia, por parte do Estado brasileiro, aos portadores de enfermidades mentais em conflito com a lei em relação aos que não se confrontam com a mesma?

A hipótese, neste contexto, é referenciada na teoria proposta por Foucault (1978a) em "A história da loucura: na Idade Clássica", de que razão e loucura são conceitos socialmente construídos, e que, após a ascensão do paradigma positivista de conhecimento científico concedeu-se ao médico o monopólio para o estabelecimento de parâmetros sobre as concepções referentes aos conceitos em questão, sob o prisma do padrão biomédico e hospitalocêntrico, culminando-se na

---

[3] Conforme o censo referenciado, no Brasil existem 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e 03 Alas de Tratamento Psiquiátrico em complexos penitenciários, com uma população total de 3.989 indivíduos.

segregação e isolamento social dos portadores de doenças mentais; não existe, portanto equidade de acesso à Saúde, sequer isonomia de tratamento por parte do Estado aos portadores de enfermidades mentais em conflito com a lei em relação aos que não se confrontam com a mesma, apesar dos esforços empreendidos no âmbito da reforma psiquiátrica e das políticas públicas dela decorrentes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Demonstrar, sob perspectiva crítica, que em virtude do sistema jurídico-social aplicável, não existe igualdade no tratamento dispensado pelo Estado aos pacientes mentais em conflito com a lei e os que não possuem referido conflito, demonstrando a ausência de sintonia entre os modelos de tratamento aplicados aos dois grupos descritos, após análise criteriosa dos dados coletados, a qual servirá também para atestar as perspectivas de reabilitação nas Instituições Psiquiátricas destinadas a abrigar os inimputáveis.

2.2. Objetivos específicos:

a. Demonstrar que os conceitos de loucura, razão e a conseqüente internação/segregação são social e historicamente construídos e interferem no tratamento dispensado e nas possibilidades de reabilitação social das pessoas com transtornos mentais;
b. Pesquisar em parceria com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Diamantina/MG, a instrumentalidade das novas políticas públicas de saúde mental, oriundas do contexto da reforma psiquiátrica;
c. Pesquisar em parceria com o Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena/MG, as perspectivas de reabilitação e o modelo de tratamento dispensado aos internos;
d. Verificar a existência de carência de reforma penal e legislativa em relação aos pacientes psiquiátricos em conflito com a lei;

3 METODOLOGIA

A discussão tratada na pesquisa partiu de um escorço histórico, iniciado na baixa idade média/renascimento, para melhor compreensão dos paradigmas científicos aplicados ao tratamento de saúde mental e sua instrumentalização pelas práticas médicas e sociais, tendo como marco referencial e teórico do trabalho as obras "A história da Loucura" (FOUCAULT, 1978a), e "O século dos manicômios" (PESSOTTI, 1996).

Ato contínuo, estudamos conceitualmente a idéia de violência, sobretudo como fato e produto social, tendo por base as obra de Young (2002) e Baratta (2002) além de verificar como se deu a construção da figura do louco criminoso, através da doutrina das obras mencionadas, seguindo-se o estudo no tratamento jurídico dado ao portador de transtorno em conflito com a Lei. Ainda no que tange às premissas teóricas da pesquisa, pesquisamos o ideário envolto nas reformas sanitária e psiquiátrica, além de sua positivação legal por instrumentos normativos legais e administrativos.

Ultrapassada a fase conceitual do trabalho, pesquisamos o tratamento dispensado pelo SUS aos doentes mentais em geral, caracterizado pela disseminação dos hospitais dia e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), frutos das novas políticas advindas do movimento antimanicomial. Para tanto, observamos a aplicação de referidas políticas no CAPS Diamantina, por meio da análise de prontuários, nos termos do formulário do apêndice A.

Em seguida, demos o mesmo tratamento em relação aos pacientes psiquiátricos infratores, com pesquisa de campo Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, localizado em Barbacena/MG, no intuito de atestar o modelo de tratamento dispensado aos internos frente às conquistas da Reforma Psiquiátrica, sendo a coleta de dados também realizada por meio de análise de prontuários, nos moldes do formulário constante do apêndice B.

O critério de escolha desta instituição foi a antiguidade, já que Minas Gerais conta com três instituições nestes moldes (em Barbacena, Ribeirão das Neves e Juiz de Fora), sendo que as instituições não localizadas em Barbacena são de origem recente, não permitindo análise adequada sobre a evolução dos pacientes e acesso às políticas públicas advindas da reforma psiquiátrica no decorrer do tempo.

Ressalta-se ainda que, para a presente pesquisa foram analisados os prontuários e dados indiretos relacionados à pacientes judiciários em cumprimento de medida de segurança de internação *stricto sensu*, excluídos os pacientes judiciários em cumprimento de medida de segurança por conversão (quando a loucura sobreveio à pena) e os em regime de internação provisória.

Considerando-se que o presente projeto propõe análise de cunho qualitativo, o tamanho da amostra foi definido em 10 (dez) prontuários em cada uma das unidades de atendimento mencionadas, totalizando-se amostra de 20 (vinte) pacientes, haja vista que as leituras dos prontuários têm como objetivo levantar a perspectiva de tratamento e condenação, sem prejuízo da busca de argumentos, usados pelos profissionais da saúde, para justificar o tratamento asilar, demonstrando-se, dessa forma, que a questão não é a quantidade em si de prontuários, mas a perspectiva teórico-medicinal ou jurídica para a internação, e a comprovação da existência ou não de acesso às políticas públicas em saúde mental, independentemente do número de pessoas submetidas a este ou àquele tratamento. Ademais, foi realizado levantamento prévio e verificado que todas as instituições envolvidas abrigam mais do que 10 (dez) prontuários.

Nesta seara, necessário destacar-se que a coleta de dados não foi proposta através da observação de fragmentos das realidades percebidas no hospital judiciário e no centro de atenção psicossocial referenciados, mas sim através da busca da informação em sua totalidade, disponível, inclusive, nos apêndices desta pesquisa. Frisamos ainda que a pesquisa qualitativa e os dados obtidos foram corroborados por dados quantitativos, levantados em censo recém publicado (DINIZ, 2013).

Importante esclarecermos ainda que, por mais que documentos normativos sejam de livre acesso e disponíveis na rede mundial de computadores, optamos pela transcrição dos trechos normativos relevantes para a pesquisa, em notas de rodapé, para, de forma didática, facilitar a leitura de leitores que eventualmente desconheçam as normas mencionadas.

Em concordância com o exposto nas exigências III.3.g, IV.3,a e IV.3.c da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, anota-se que não foi necessária a subscrição de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no Hospital Psiquiátrico e Judiciário, posto que seus internos estão sob responsabilidade e tutela estatal, e portanto, a autorização do diretor da unidade, na qualidade de

representante do Estado naquele local, é suficiente para que a coleta de dados seja realizada sem qualquer impedimento ético.

Já no que diz respeito à coleta de dados no CAPS Renascer, foi realizada a seleção dos 10 (dez) prontuários mais antigos, mediante informação do Diretor da Unidade, não havendo necessidade de subscrição de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido por força da Resolução do Conselho Federal de Medicina de nº 1.638/2002[4], que estabelece que, embora seja de livre consulta do paciente, o

---

[4]O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e
CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;
CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;
CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;
CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;
CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;
CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;
CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;
CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.
RESOLVE:
Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.
Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:
I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;
II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;
III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.
Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.
Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.
Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:
I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento),

prontuário médico é documento de responsabilidade e guarda do prestador de serviço de saúde. Frisamos ainda que o paciente pode retirar cópias dos prontuários sempre que quiser, mas nunca retirá-lo da instituição ambulatorial ou hospitalar, o que reforça a concepção de que o documento em questão é das instituições em comento, cabendo a elas decidir sobre o uso dos prontuários, desde que resguardado o sigilo do paciente (o que foi garantido pelo pesquisador). Nosso posicionamento foi referendado pelo CEP/UFVJM, que dispensou a coleta e apresentação de TCLE na presente pesquisa (relatório anexo).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri no dia 22 de abril de 2013, nos termos do parecer nº 251.100.

Corroborando o acima exposto, Suely Ferreira Deslandes, amparada em Minayo, afirma que:

> A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma pergunta importante neste item é quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado? A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2004, p. 43)

Os formulários aplicados permitiram a anotação, de maneira objetiva, de fatores de ordem prática relevantes para a pesquisa, quais sejam: identificação, profissão, patologia, tratamento e terapias ministradas. Em relação ao Hospital

---

endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;
e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.
I. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.
Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.
Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Psiquiátrico, agregam-se ainda informações relativas ao tempo de internação e crime cometido.

Portanto, o tamanho total da amostra na presente pesquisa é de 20 (vinte) fontes de informação, composta por 20(vinte) sujeitos indiretos.

Esclarece-se ainda que todos os prontuários de pacientes tiveram como critério de inclusão as datas mais antigas de entrada na Instituição a ser pesquisada, o que possibilitou o estudo da evolução (ou não) da aplicação das políticas públicas em saúde mental no decorrer do tempo, excluindo-se todos os demais prontuários médicos.

Os resultados da pesquisa foram tornados públicos, favoráveis ou não, tanto para a comunidade científica como para as instituições em questão, respeitando-se a privacidade dos pacientes envolvidos, e a confidencialidade dos prontuários médicos (por meio do sigilo em relação à identidade dos sujeitos), sob pena de pagamento de indenização aos mesmos.

A pesquisa ainda estará disponível, a qualquer tempo, a todos os envolvidos e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

O uso e destino das informações obtidas através da coleta de dados não estão restritos à presente pesquisa, podendo ser utilizados novamente para fins acadêmicos, a saber, eventual tese de doutorado a ser realizada pelo pesquisador, respeitando-se a todos os preceitos éticos afirmados na presente pesquisa e previstos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. O dever e responsabilidade de guarda dos dados são do pesquisador, em local seguro e livre de interferências alheias.

No que diz respeito à discussão dos dados coletados, o trabalho se focará na crítica ao modelo de tratamento estabelecido pela Lei e imposto aos manicômios judiciários, contraposto ao tratamento fornecido pelo SUS aos pacientes psiquiátricos em geral, sendo referida crítica amparada por revisão bibliográfica, para que assim se chegue à conclusão confirmadora da hipótese inicial, qual seja, que existe pouca possibilidade de restabelecimento da saúde mental e reinserção social dos internados psiquiátricos em virtude de conflito com a Lei, sendo urgentes e necessárias reformas no Código Penal (BRASIL, 1940) para o tratamentos dos indivíduos destinatários das normas em discussão, mas sobretudo respeito aos princípios finalísticos da saúde pública brasileira nos casos em questão.

Trata-se, portanto, de pesquisa aplicada de abordagem qualitativa de opção metodológica fundada no materialismo histórico, em uma perspectiva marxista heterodoxa, proposta por Althusser.

Embora num primeiro momento a abordagem metodológica proposta possa parecer incoerente com um trabalho cujo marco teórico é uma obra de Michel Foucault, verifica-se que o diálogo deste autor com o materialismo histórico, proposta de método eminentemente marxista, não é impossível. Primeiramente, há que se verificar com qual leitura ou interpretação marxista ocorre referido diálogo (impossível se estivermos lidando com o marxismo ortodoxo e clássico), e por isso a opção apresentada foi a do pensamento marxista althusseriano.

Ressalta-se, num primeiro momento, que Foucault e Althusser possuem algumas divergências de pensamento, posto que, por exemplo, Foucault não dá muita importância às classes sociais em si, mas sim às lutas; em sua visão, o poder não é homogêneo ou maciço de uma classe sobre a outra; entende que as relações de poder não são vistas apenas no aparelho estatal, e, portanto não fundamenta o poder no Estado, como Althusser. Seguindo esta linha, Foucault afirma que com a preocupação excessiva com a estrutura de poder estatal (portanto, com a preocupação excessiva com a superestrutura) outras formas de poder acabam por não ser estudadas.

Entretanto, a despeito das divergências, existem várias similaridades que permitem que o diálogo entre o marxismo althusseriano e o pensamento foucaultiano aconteçam, como, por exemplo a ruptura de Althusser com o economicismo nas relações de poder na infraestrutura, idéia típica do marxismo clássico: nesta visão, não é a economia a base da infraestrutura a determinar a superestrutura; portanto, não é o econômico que determina o social, mas exatamente o contrário (o que vai de encontro a idéia foucaultiana de que não é necessariamente o interesse econômico ou do capital que movimenta as relações de poder).

Ademais, o poder, para Foucault, não é um ente concreto, mas sim um exercício, uma relação, e não necessariamente uma relação entre opressor e oprimido, rico e pobre, burguesia e proletariado; esta relação consiste em práticas sociais, orientadas ideologicamente para gerir as atividades humanas. Deste ponto exsurge o famigerado conceito de micropoder foucaultiano: o poder é diluído, e não

concentrado nas mãos de uma classe social ou grupo, o que facilita, inclusive a redução de resistência ao poder e a consequente docilização de corpos.

Sendo assim, as instituições sociais e as relações de poder nelas existentes não se restringem a estruturas concretas (como cadeias, tribunais e manicômios), mas também em valores, crenças e práticas sociais – ideia esta também aceita pelo marxismo althusseriano, o qual vislumbra a sutileza de poder na ideologia disseminada pelos aparelhos ideológicos estatais, para reprodução das relações produtivas capitalistas. Para ambos os autores, o homem é historicamente constituído, seja por ideologia (Althusser) ou por práticas sociais (Foucault).

Neste interim, exemplificou-se de forma a demonstrar que, embora existam divergências entre a forma de marxismo exposta e o pensamento de Foucault, existem também congruências e similaridades, que permitem o diálogo entre estas formas de pensamento, o que justifica a opção em se valer do materialismo histórico em uma pesquisa referenciada em obra foucaultiana.

Ademais, a obra de Foucault é reconhecidamente interdisciplinar, e se não há consenso em sua natureza intelectual (se filosófica, historiográfica, sociológica, antropológica, arqueológica...), quanto mais em seu estudo, o que dificulta até o seu encaixe perfeito em um determinado método ou corrente de pensamento.

Concluímos com a reflexão no sentido da desnecessidade de adequação exata entre a obra referenciada e um respectivo método, tanto por seu caráter interdisciplinar como pelo igual cunho interdisciplinar da própria pesquisa que gerou este trabalho, a qual, por sinal, é produção científica de um programa de pós graduação também interdisciplinar. E a interdisciplinariedade, embora de concepções múltiplas, tem como fundamento pacífico o diálogo entre as formas de conhecimento – o que, repetimos, é viável entre Foucault e o marxismo de Althusser (GARCIA; SOUZA, 2007).

Inicialmente o trabalho se revestiu de cunho bibliográfico, com posterior pesquisa de campo, amparada pela coleta de dados instrumentalizada pela análise documental (prontuários médicos), desenvolvida pelo mestrando proponente em caráter exclusivo e com apoio institucional da Secretaria de Estado da Defesa Social e CAPS/Diamantina.

A estratégia analítica foi descritiva, num primeiro momento, quando da coleta de dados em cada uma das instituições; em momento posterior, os dados analisados descritivamente foram comparados entre si, a fim de confirmar a

aplicação das políticas públicas de saúde mental dentro de cada um dos grupos pesquisados.

A interdisciplinariedade do trabalho se fez presente diante da discussão do tema central, a saber, saúde mental, por meio de aspectos sociológicos, jurídicos e históricos, possibilitando, desta maneira, intercâmbio de conceitos e ideários, agregando valores positivos e enriquecendo o debate, ao trazer a seu bojo enfoques de diversas áreas do conhecimento científico.

Em relação ao assunto tratado em parte da pesquisa, o pesquisador publicou o artigo *a idéia de natureza, a loucura em Foucault e a Reforma Psiquiátrica: real desconstrução de paradigma?*, em parceria com seu orientador no presente programa de pós graduação, o Prof. Dr. Marivaldo Aparecido de Carvalho (CARVALHO; GONÇALVES, 2013).

4 A PRISÃO DA LOUCURA

A relação existente entre loucura e internamento começa a ser estudada a partir do final do século XV, tempo em que, pelo declínio do problema da lepra, foi criado um vácuo no espaço e controle do internamento, até então pelos leprosários ocupados. Note-se que o problema não desapareceu por uma cura pelas práticas médicas, mas pela forma que se passou a lidar com a lepra, ressaltando-se ainda que esta ruptura não fez desaparecer os valores e imagens atribuídos ao personagem do leproso e o sentido produzido pela exclusão desse personagem do seu grupo social – estas concepções são importantes para melhor compreensão de outro fenômeno, a saber, o da loucura. Por isso que, muito bem colocado por Foucault, a loucura se tornou, metaforicamente, a herdeira da lepra.

Em seus comentários relativos à obra em discussão, Muchail (2004) observa que:

> A lepra regride e os leprosários se esvaziam. Porém, os valores e as imagens, as estruturas e as formas que, durante a Idade Média, estão vinculados à instituição do leprosário e ao personagem do leproso vão persistir; exclusão e purificação, segregação e sacralidade, reclusão e salvação serão transpostas, séculos mais tarde, para outras instituições – muitas vezes nos mesmos lugares que antes abrigavam os leprosos – e para outros personagens. Entre eles, o louco (MUCHAIL, 2004, p. 41).

No entanto, para que esta herança se consumasse, e para que as respectivas reações de divisão, exclusão e purificação dominassem a loucura, transcorreram-se aproximadamente dois séculos, já que, na idade clássica, a visão da loucura era diferente da época da renascença.

4.1 O que é a loucura?

Para a compreensão da loucura no período renascentista, imprescindível a leitura da *Nau dos Loucos*, figura pictórica que transportava tipos sociais que faziam uma viagem simbólica em busca de suas verdades. Ressalte-se que a figura das naus eram comuns, sobretudo em obras literárias, que incluíam, por exemplo, a *Nau dos Príncipes* e a *Nau das damas virtuosas*. Contudo, diferentemente das demais naus, a dos loucos não se restringia à idéia de uma figura pictórica, explorada pela arte; elas existiam de fato. Referidos barcos, inclusive, eram rotineiros aos loucos,

que eram expulsos de suas cidades e enviados para longe, entregues a mercadores, peregrinos ou marinheiros, conferindo um caráter errante aos loucos (MUCHAIL, 2004).

Para Foucault (1978a), não havia só uma utilidade social de segurança em relação ao louco, agora distante, mas também uma demonstração da aflição em relação à loucura no final da idade média, já que

> [...] a loucura não está ligada ao mundo e a suas formas subterrâneas, mas sim ao homem, a suas fraquezas, seus sonhos e suas ilusões. [...] a loucura não está mais à espreita do homem pelos quatro cantos do mundo. Ela se insinua nele, ou melhor, é ela um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo (FOUCAULT, 1978a, p. 29-30).

Sendo assim, houveram duas experiências da loucura na Renascença; a primeira, cósmica, sintetizada na figura da *Nau dos Loucos;* a segunda, crítica, concernente à relação entre a loucura e as verdades humanas, demonstrada na citação acima.

Desta forma, não existiu apenas uma experiência renascentista sobre a loucura, esperando por desenvolvimento, evolução e complexidade. A experiência cósmica e a crítica se digladiaram, e como já disse Foucault, "as forças que se encontram em jogo na história não obedecem nem a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta" (FOUCAULT, 1978b, p. 28).

Do embate entre as experiências da loucura mencionadas, no século XVI, a modalidade crítica venceu, e como resultado, a experiência da loucura foi fragmentada:

> a experiência trágica e cósmica da loucura viu-se mascarada pelos privilégios exclusivos de uma consciência crítica. É por isso que a experiência clássica, e através dela a experiência moderna da loucura não pode ser entendida como uma figura total, que finalmente chegaria, por esse caminho, à sua verdade positiva; é uma figura fragmentária que, de modo abusivo, se apresenta como exaustiva; é um conjunto desequilibrado por tudo aquilo de que carece, isto é, por tudo aquilo que o oculta. Sob a ciência crítica da loucura e suas formas filosóficas ou científicas, morais ou médicas, uma abafada consciência trágica não deixou de ficar em vigília (FOUCAULT, 1978a, p.34).

Vocábulos como luta, descontinuidade e fragmentação tomam maior concreção se vistos sob o prisma de que na idade clássica, a loucura é vista exclusivamente em contraponto à razão, consistindo-se, desta forma, em *desrazão*, a qual, posteriormente, tornar-se-á em doença mental.

Este pode ser considerado, portanto, o período que marca o termo inicial para a desumanização do louco, por meio da concepção de seu pensamento, *"desracionalizado"*. Este processo ocorre por meio da construção epistemológica sobre o que seria natural, levando-se em conta que, conforme aduzido por Muchail (2004), o pensamento do louco, ou melhor, a *desrazão* do louco fazia com que este expressasse "a bestialidade presente no coração do homem", o que faria com que sua figura assumisse caráter *"fantástico"* e *"humano-animalesco"*. Necessário então que o louco, como parte integrante da natureza, ou seja, ao não responder aos padrões forjados na constituição do pensamento ocidental moderno, fosse "localizado", "jogado" para o pólo da natureza, o *locus* da não razão. Neste sentido, o louco foi controlado e subjugado, tal qual os animais e demais seres humanos portadores de pensamento tido como *"selvagem"* (como comunidades indígenas "descobertas" no período das Grandes Navegações, por exemplo), já que, no contexto de racionalidade então iniciado, a natureza e tudo o que ela possui deveria estar disponível ao homem para dominação e exploração.

4.2 "Pensamento selvagem" e a loucura

O pensamento racional e ocidental iniciado no classicismo, amparado no positivismo científico, coloca o *"pensamento selvagem"* [5](do qual a visão de mundo do louco faz parte) como uma forma embrionária e não desenvolvida da racionalidade científica, haja vista que, para os ditos selvagens, o universo seria visto sob um prisma demasiado mágico ou fantasioso. Lévi-Strauss (2008) tece sua crítica em relação a este *modus operandi:*

> Entretanto, não voltamos à tese vulgar (e aliás, inadmissível, na perspectiva estreita em que se coloca) segundo a qual a magia seria uma forma tímida e balbuciante da ciência, pois privar-nos-íamos de todos os meios de compreender o pensamento mágico se pretendêssemos reduzi-lo a um momento ou a uma etapa da evolução técnica e científica. Mais uma sombra que antecipa seu corpo, num certo sentido ela é completa como ele, tão acabada e coerente em sua imaterialidade quanto o ser sólido por ela simplesmente precedido. O pensamento mágico não é uma estréia, um começo, um esboço, a parte de um todo ainda não realizado; ele forma um sistema bem articulado; independente, nesse ponto, desse outro sistema

---

[5] "... Este pensamento selvagem, que não é para nós, o pensamento dos selvagens, nem o de uma humanidade primitiva e arcaica, mas o pensamento em estado selvagem, diferente do pensamento cultivado ou domesticado com vistas a obter um rendimento". (LÉVI-STRAUSS, 2008, p.245)

> que constitui a ciência, salvo a analogia formal que os aproxima e que faz do primeiro uma espécie de expressão metafórica do segundo. Portanto, em lugar de opor magia e ciência, seria melhor colocá-las em paralelo, como dois modos de conhecimento desiguais, quanto aos resultados teóricos e práticos (pois, desse ponto de vista, é verdade que a ciência se sai melhor que a magia, no sentido de que algumas vezes ela também tem êxito), mas não devido à espécie de operações mentais que ambas supõem e que diferem menos na natureza que na função dos tipos de fenômeno aos quais são aplicadas (LÉVI-STRAUSS, 2008, p. 28).

A tese de Lévi-Strauss (2008), no sentido de que o pensamento "natural"[6] não deve ser excluído pelo pensamento dito racional, pois o pensamento selvagem também possui normas e lógica próprias, não devendo ser analisado sem nenhum critério de negação, e que ambas as formas de conhecimento podem ser estudadas em paralelo, se confirma na obra foucaultiana central ao presente trabalho, quando, após toda a sua pesquisa histórica, o autor propõe que "a verdade da loucura é ser interior à razão, ser uma de suas figuras, uma força e como que uma necessidade momentânea a fim de melhor certificar-se de si mesma" (FOUCAULT, 1978a, p.42).

Ou seja, os pensamentos da loucura e da racionalidade caminham de forma paralela, e, dentro de um exercício dialético, se complementam dentro de uma estrutura de dependência em que, ao mesmo tempo em que se recusam, se fundamentam. O pensamento em estado selvagem do louco só pode ser assim concebido por força do pensamento racional clássico, e vice-versa.

4.3 Loucura e progresso

No século XVII, estreitam-se os laços entre loucura e internamento, que se tornaram, posteriormente indissolúveis. Falar sobre o internamento é relevante porque ele foi o grande símbolo da experiência clássica da loucura, e, quando ultrapassada esta experiência, por meio da proposta de libertação dos loucos, no século XIX, foi também o motivo de maior repulsa ao modelo até então vigente.

Dessa forma, o internamento no século XVII ainda não é uma estrutura médica, mas semijurídica, que decide, julga e executa. Não existe ainda idéia ou liderança médica em seu bojo – loucura e medicina não andavam juntas.

---

[6] O pensamento "natural" seria o pensamento em estado selvagem, tratado por Lévi-Strauss, que aliado à idéia de natureza tratada no presente trabalho (dicotômica em relação à idéia de cultura/sociedade), faria com que o louco, como elemento da natureza, pudesse ser estudado como ente alienígena à condição humana, o qual, se portador de algum tipo de pensamento, este seria um pensamento "natural", e não "civilizado".

Para que a união entre estes conceitos (loucura e medicina) acontecesse, foi preciso a criação de uma nova sensibilidade social para destinar a loucura ao internamento – mas ainda não libertá-la do internamento. Esta nova sensibilidade se fundava na visão em relação à miséria e a assistência, que rechaçava o desemprego e a sociedade – por meio de uma nova ética do trabalho, desejo da união da lei com a moral, sob a forma da coação estatal.

Neste contexto, a miséria, no século XVI era ligada ao conceito de culpabilidade. Já que o Estado, e não mais a Igreja, tinha o dever de assistência, a miséria era obstáculo para o bom andamento da máquina estatal, passando, portanto, de uma experiência religiosa que santificava, para uma moral que condenava. Sendo assim, percebe-se que, no curso da história, as concepções morais sempre trabalharam a favor das elites e de quem tinha o poder (na Idade Média a Igreja, e ao final da Idade Média, ao Estado, Absolutista, e sua nobreza, e, pouco tempo depois, à burguesia).

Da mesma forma, se antes o louco era "acolhido" pela Igreja, agora será excluído, pois perturba a ordem. Não tinha, repetimos, nenhuma relação com medicina ou cura, mas sim com a condenação da ociosidade que impedia o progresso. Tanto é que não só o louco, mas o desempregado também era detido e sustentado – sob o preço da coação ao internamento e trabalho, sempre visto como solução para a miséria.

Ressalta-se também que, na crise econômica do século XVII, que envolvia o desemprego, o internamento se tornou uma alternativa dos poderosos para que revoltas fossem evitadas.

A loucura, então, foi arrancada de sua liberdade imaginária e porque não mística da Renascença e reclusa pelo internamento, ligada à razão e à moral.

A história da loucura, portanto, é ligada a um começo baixo, indecoroso, em que um paradigma anterior foi sobreposto, por força, interesse e coação das classes hegemônicas, eliminando a idéia anterior:

> (...) o grande jogo da história será de quem se apoderar das regras, de quem tomar o lugar daqueles que as utilizam, de quem se disfarçar para pervertê-las, utilizá-las ao inverso e voltá-las contra aqueles que as tinham imposto (FOUCAULT, 1978b, p. 25).

Referida assertiva se comprova no fato de o modelo de internamento proposto no século XVII não ter prosperado, já que, no século XVIII, com a

emergência da burguesia e de seu positivismo científico, o louco foi libertado do internamento em conjunto com o pobre e demais tipos marginalizados, por exemplo.

4.4 O médico e o louco

Na idade moderna, ora tratada, em função do novo modelo científico em ascensão, novas reflexões sobre a doença são realizadas, e consequentemente, nasce a interação entre o médico e o louco, trazendo o médico ao universo da loucura, sobretudo por meio do surgimento da psiquiatria, o que culminou nas feições hospitalares então assumidas pela estrutura asilar. Neste diapasão, a discussão relacionada às perturbações mentais migra do campo moral para o físico-patológico.

Destaca-se, ainda, que a sociedade temia o "barril de pólvora" que os asilos estavam se tornando, e o médico, neste contexto, não servia só para separar o mal da doença, mas para proteger a sociedade do risco que os asilos demonstravam ser, reforçando a concepção de que as ideias e as formas de estruturação do conhecimento seguem um interesse externo à ciência fragmentada que o propõe – o interesse da sociedade, ou melhor, da classe dominante da sociedade.

Surgiu então uma "nova" loucura, com casas exclusivas para os loucos, concedendo, consequentemente, uma nova significação à loucura. No entanto, estas novas casas não eram diferentes na estrutura e condições semijurídicas; de qualquer forma, este foi um marco importante, pois a loucura passou a ter uma significação autônoma, o que não resultou em uma visão humanitária da loucura, ou da realidade humana do louco.

A crítica do século XVIII não libertou a loucura para uma atenção mais filantrópica, mas uniu ainda mais a loucura ao internamento, mas agora dentro de uma visão médica, sobretudo porque a experiência asilar classicista, recém concluída, não havia permitido nenhuma possibilidade de conhecimento da loucura, mas tão somente uma resignada e distante segregação.

Com a existência de asilos exclusivos aos loucos, mudando-se a visão anterior, fundada no internamento como repressão ao desemprego, o pobre foi reabilitado, notando-se, por cautela, que, neste período houve a transição da economia mercantilista (de onde o pobre foi excluído porque não era produtor nem consumidor) para a economia industrial (poderia ser de bom uso). A crítica que fez o

pobre ser reabilitado também não tinha um apelo humanitário, mas de riqueza, já que o pobre segregado diminuiria a capacidade de produção de riquezas e poderia ser utilizado pelo sistema capitalista emergente a título de mão de obra barata.

O médico, já aliado da "nova" estrutura asilar excludente, fundado no reajustamento político, social e moral da loucura, obtido por uma necessidade de padronização dos costumes, assume feições terapêuticas.

Foucault (1978a) conclui sua obra aduzindo que, ao tentar contar a história da loucura criou a história do aparecimento da psicologia. Não contou esta história por meio de um objeto acabado, mas pelos mecanismos que produziram o objeto: o louco. Com a criação da psicologia, concebeu-se que o homem possui em seu interior sua própria verdade. O louco também possui sua verdade, que por estar oculta, precisaria de um profissional para revelá-la. Abriu-se o caminho para que o confinamento, com nova roupagem, e sob o monopólio biomédico, se perpetuasse até a atualidade.

Neste novo cenário, a loucura passou a ser estudada de forma empírica, por meio da observação, e almejava educar ou reeducar o louco para que assim chegasse à razão – esta foi a base para a psicologia então nascente:

> (...) a conduta ou o pensamento normal ou desviante teria suas origens na história de experiências do homem. De cada homem. E os desvios de pensamento deveriam ser corrigidos a partir de experiências que o substituíssem por um pensamento ordenado, coerente, condizente com a racionalidade (PESSOTTI, 1996, p. 28).

Dessa forma, surgiram doutrinas médicas para a explicação da loucura, visando a prevalência da verdade científica sobre conceitos filosóficos ou metafísicos, os quais foram objetivados pelo discurso científico; a alma, por exemplo era concebida como centro de coordenação das percepções humanas.

Com objetividade nos diagnósticos, via-se a alienação como distúrbio de função ou estrutura orgânica. Esta visão permitiu que o médico, no papel de "sacerdote do corpo" (FOUCAULT, 2004), tivesse autoridade para definir e estudar o fenômeno da loucura, a qual era então compreendida sem nexo de causalidade com o meio social, ou com qualquer conteúdo psicológico.

Segundo Pessotti (1996), o comportamento do louco, sobretudo o pensamento delirante, nesta visão, era a demonstração de suas lesões orgânicas, e era explicado por três correntes:

- Iatroquímica: pensamento delirante causado por alteração de sais no corpo;
- Pneumática: partículas sanguíneas especiais perpassariam o cérebro, e este movimento causaria os transtornos mentais;
- Iatromecânica: Processos hidráulicos e mecanismos no corpo causariam tensões nas fibras cerebrais, culminando na manifestação da loucura. (PESSOTTI, 1996)

Independente da filiação científica a uma das correntes acima, ressalta-se que todas, em comum, explicam o delírio como sendo manifestação da loucura, a qual "é uma doença, que tem causas naturais, implica danos à fisiologia cerebral, e por isso, delírios, irracionalidade e descontrole emocional"(PESSOTTI, 1996, p. 39)

Ocorre que, com a exclusão dos aspectos comportamentais e sociais na construção da ideia da loucura, as classificações deste fenômeno foram inúmeras, realizadas de forma arbitrária e particular, dificultando uma maior homogeneização em sua compreensão, o que enfraqueceu a teoria exposta.

Passou-se então a admitir-se que mudanças na vida afetiva poderiam contribuir para o desenvolvimento da loucura. Neste contexto, a voz de Pinel ganha força, por meio da mudança doutrinária sobre a concepção da loucura por ele realizada.

4.4.1 A reforma de Pinel

Preambularmente, necessário frisarmos que o texto que se segue foi referenciado na obra de Pessotti (1996), um dos marcos teóricos de nossa pesquisa. Como já dito, nem sempre a loucura fez parte do discurso médico. Com a ascensão do positivismo científico e do estudo racional da loucura, esta entrou para o campo da ciência, e da ciência médica, já que o lugar da loucura, agora doença, é o corpo. Com Pinel, o estudo da loucura ganhou força, pois este se dedicou ao conhecimento da natureza da loucura, saindo da zona de conforto do mero estudo descritivo dos sintomas da alienação, como até então vinha sendo feito.

Pinel inova ao permitir, no discurso científico, a paixão ou a moral na origem da loucura, quando propõe que esta tenha origem no excesso de paixões. Desta

forma, com a origem passional do transtorno mental, não se deveria mais ficar procurando lesões encefálicas para a respectiva explicação.

A teoria orgânica contra a qual Pinel se opunha não tinha nos asilos qualquer função especial, já que a loucura, de fundo biológico, poderia ser tratada em qualquer lugar. Entretanto, a teoria pineliana reformulou a função do manicômio, o qual:

> se torna parte essencial do tratamento, não será mais apenas o asilo onde se enclausura ou se abriga o louco, será um instrumento de cura, conforme definiu Esquirol. Na leitura do *Traité* de Pinel, fica nítido que etiologia passional ou moral, lesão mental e manicômio são, inevitavelmente, complementares (PESSOTTI, 1996, p.39).

Logo, o ambiente de observação para a loucura e suas manifestações era o manicômio, fruto de uma necessária segregação, haja vista que a loucura não era um fenômeno estático ou acabado, mas passível de correção. A loucura era vista, por Pinel e seus seguidores, como um desequilíbrio na natureza humana que poderia ser corrigido. O próprio Pinel, neste sentido, estabelece que:

> se os sintomas são observados com atenção e empenho constante, é possível classificá-los e distinguir entre eles com base nas lesões fundamentais do intelecto e da vontade, sem deixar-se despistar pelas inumeráveis formas que eles apresentam (PINEL, 1809, *apud* PESSOTTI, 1996, p. 72).

Hegel (1830 *apud* PESSOTTI, 1996), a respeito da obra pineliana, afirma que:

> A alienação não é a perda abstrata da razão nem do lado do querer e da sua capacidade de deliberar; mas é apenas alienação, apenas contradição na razão que ainda existe [...] Um tratamento desse tipo, racional – e é preciso reconhecer os grandes méritos de Pinel neste campo- pressupõe o doente como um ser racional (HEGEL, 1830, *apud* PESSOTTI, 1996, p.72).

Necessário frisar-se que, partindo-se das premissas acima, em nenhum momento a loucura deixa de ser um fenômeno que coisifica o homem, retirando-lhe sua humanidade. A diferença advinda com Pinel é que, a partir do momento em que a loucura pode ser corrigida, o louco passa a ser visto com "humanidade residual"[7];

---

[7] Mais uma vez aqui podemos traçar um paralelo entre o louco e o *selvagem*, pois a questão da *humanidade residual* também foi preconizada na relação com os povos indígenas, principalmente por

e é para que a humanidade residual perca este caráter e prevaleça sobre a bestialidade que o asilo se impunha, como meio de garantia de devolução da plenitude humana ao louco. O método pineliano era completamente dependente da estrutura asilar, num molde positivista e biomédico, haja vista que as classificações das enfermidades mentais seguiam o seguinte método:

> [...] deve basear-se sobre uma ampla observação, prolongada durante anos no interior de hospícios públicos e privados dedicados a alienados de um e outro sexo e, sucessivamente, descrita com método. Um regulamento rigoroso e inalterado na gestão e direção desses doentes deve garantir que o curso dos sintomas não seja alterado ou perturbado para que se possam estudar acuradamente as fases da doença, desde o surto agudo até o declínio e a convalescença. A descrição das várias fases seguiu um método rigoroso e constante e observador precisou insistir, com particular cuidado, sobre os caracteres distintivos da alienação, resultantes das diferentes lesões do intelecto e da vontade (PINEL, 1809, *apud* PESSOTTI, 1996, p. 75).

Como ponto positivo, podemos ainda mencionar que, para uma melhor observação e aplicação do método mencionado, as correntes e meios de contrição severos foram abolidos, para fomentar a locomoção e as relações interpessoais dos internados. Os mais perigosos eram contidos por camisas de força, mas não mais por correntes e algemas. Para melhor execução do método pineliano, os hospícios passaram a ter melhores condições de higiene, alimentação e tratamento médico.

Pinel, repetimos, tinha como principal causa da loucura o excesso das paixões, da qual é decorrente outra grande causa da loucura, qual seja, a imoralidade. Consequentemente, seu tratamento se denominava "moral", posto que objetivava a contenção das emoções excessivas, por meio do respeito às normas sociais e costumes – uma efetiva mudança de comportamento para o que seria moralmente aceito, ressaltando-se que a moral em Pinel era aquela mesma formulada por Kant, apriorista, fundada na idéia de imperativo categórico[8].

---

parte dos Jesuítas, que viam uma alma no selvagem, porém a mesma deveria ser educada – através da escola, que assumiria a mesma função do manicômio. Cf. OLIVEIRA, 2011).

[8] "Kant acreditava que, como seres humanos racionais, temos certos deveres. Estes deveres são categóricos: por outras palavras, são absolutos e incondicionais - deveres como "deves sempre dizer a verdade" ou "nunca deves maltratar ninguém". Estes deveres são válidos sejam quais forem as conseqüências que possam advir da sua obediência. Kant pensava que a moral era um sistema de imperativos categóricos: mandamentos para agir de determinadas maneiras. Este é um dos aspectos mais distintivos da sua ética. Ele contrastou os deveres categóricos com os hipotéticos. Um dever hipotético é um dever como "se queres ser respeitado, deves dizer a verdade" ou "se não queres ir para a prisão, não deves matar ninguém". Os deveres hipotéticos dizem-nos o que devemos ou não fazer se quisermos alcançar ou evitar um dado objectivo. Kant pensava que só existia um imperativo

Concebendo-se a loucura como uma disfunção corrigível, o espaço aonde esta correção ocorreria não poderia ser outro que não o do manicômio, mediante a conduta terapêutica correta, restituindo-se o equilíbrio perdido, o que revestiu o manicômio de função pedagógica, denotando que o manicômio e a escola, dentro de uma perspectiva de relações de poder e utilização dos corpos para o sistema, possuem a mesma finalidade. O médico nesta visão, era o ser humano responsável pela educação moral do louco, salvador e depositário da norma social. Como dentro dessa visão profissional a alteridade na relação médico-paciente era nula, eventuais abusos foram justificados clinicamente, já que intimidação e ameaça, por exemplo eram tidas como condutas terapêuticas. Isto fez com que a proposta pineliana, rapidamente espalhada em solo europeu, logo perdesse força, em virtude dos abusos ocorridos. Com o enfraquecimento da doutrina moralista, o modelo organicista, por ela refutado, volta a ascender:

> Como um dos resultados dessa orientação, os aspectos afetivos, passionais da alienação, bem como os efeitos emocionais do delírio ou da terapia, aspectos nucleares na abordagem de Pinel, passam agora a um plano muito inferior de importância. São detalhes sem valor científico. Na medida em que uma visão organicista da loucura se revigora e passa a dirigir a prática terapêutica, o manicômio passa a ser um asilo, onde agora os loucos são tratados com métodos genuinamente médicos (PESSOTTI, 1996, p. 145).

4.4.2 Da reeducação moral para o tratamento físico

Preliminarmente, forçoso comentar que o desapego a doutrina pineliana foi tamanho que o termo "psicologia" e derivados foram substituídos pelo termo "frenopatia", o que comprova o apego biológico e orgânico da época. A doutrina moral foi estereotipada e até inferiorizada, a ponto de sociedades científicas não usarem o termo "psicologia médica", mas sim o termo "frenopatas".

A teoria organicista, novamente hegemônica, desqualifica totalmente o tratamento moralista, e propunha que, se a loucura se dava por disfunções orgânicas, o tratamento também deveria ser orgânico. Anota-se que o aspecto moralista do tratamento não foi completamente abandonado, pois os internos eram

---

categórico básico: "age apenas segundo máximas que possas ao mesmo tempo querer como leis universais". "Querer" significa aqui "desejar racionalmente". Por outras palavras, a mensagem do imperativo categórico é: age apenas segundo uma máxima que quererias aplicar a toda a gente. Este princípio é conhecido como princípio da universalidade". WARBURTON (2007)..

vistos como instrumento de docilização e adesão do tratamento pelos funcionários. Neste ínterim, remédios, dietas, sangrias, purgantes e vomitórios faziam parte da rotina manicomial, justificados em sua suposta atuação nas lesões encefálicas causadoras do transtorno mental. Era o retorno potencializado de uma das mais obscuras práticas psiquiátricas: a terapia física.

Os previsíveis excessos eram tolerados, como escrito por Ugolotti:

> Mas o tratamento que merece ser recordado como específico para as doenças mentais é o tratamento violento, sob as mais diversas formas; tratamento violento que era, na verdade, prescrito pelos mestres da medicina de então como meios curativos, mas que certamente eram empregados de modo punitivo e com fins de castigo, por pessoas não educadas e movidas por uma brutalidade bestial. Recordaremos, entre todos os métodos de terapia violenta, a privação de alimentos, as queimaduras na nuca – muito usadas na Senavra de Milão – os comuns abcessos, o seton [fio ou cordão de seda ou lã, introduzido com uma agulha sob a pele, ficando as pontas fora do corpo, para provocar supurações e drenagem de humores] as fricções de tártaro estibiado sobre o couro cabeludo raspado, todos os tratamentos feitos com o intento de distrair a mente dos obsessionados e dos delirantes. Para fim hipostenizanda usavam-se, de bom grado, a intimidação e as ameaças, que segundo alguns médicos deveriam empregar-se com a maior prudência (UGOLOTTI, 1949, *apud* PESSOTTI, 1996, p.217).

A presença do médico na doutrina organicista não é tão relevante quando na teoria moralista, pois o médico não mais possui o papel de autoridade detentora da cura. Já que a loucura é um desarranjo puramente biológico, imprescindível é apenas a medicação e a terapia física, apenas prescritas pelo médico, e administradas por qualquer um.

Da tolerância aos excessos à tolerância a tortura percorreu-se um pequeno caminho; tornaram-se comuns o uso de máquinas rotatórias, choques elétricos e até inoculação de agentes biológicos como varíola e malária, pois acreditava-se que a febre causada por estas doenças poderia levar os pacientes à normalidade.

A agressividade dos tratamentos físicos se deu em uma linha crescente, ao ponto da tortura se tornar um instrumento de cura – quase no século XX. Vejamos a posição de Grasset, em 1889:

> Ademais, a dor produzida é, em certos casos, um poderoso meio de perturbação e o medo de uma nova aplicação pode conseguir a cura; é o que nos aconteceu com uma doente cuja paralisia foi curada por uma eletrização dolorosa. Preconizada também como meio perturbador contra as convulsões tenazes, ela é aconselhada por Bricquet contra a tosse histérica

> e os espasmos permanentes; o efeito psíquico deve ter aqui um papel muito importante [...] (GRASSET, 1889, *apud* PESSOTTI, 1996, p. 277)

As práticas de tortura acima mencionadas, justificadas pela ética médica psiquiátrica adentraram o século XX, e persistiram até pouco tempo. No documentário "*Stonewall Uprising*"[9], há o relato de jovens homossexuais (a homossexualidade era tida como uma enfermidade psiquiátrica – uma forma de loucura) que nos anos 50 eram internados na Califórnia, e submetidos a tratamentos de intensa corrente elétrica enquanto viam fotografias de conteúdo homoerótico, para que assim desenvolvessem a respectiva aversão. Boa parte deles terminou em estado vegetativo, após repetidas tentativas "frustradas".

Percebe-se que duas correntes doutrinárias se digladiaram nos últimos dois séculos na discussão da loucura, mas nenhuma delas abriu mão da estrutura asilar como instrumento e local de tratamento, a não ser por um tímido movimento antimanicomial no século XIX, movido por questões de financiamento público. Ademais, nenhuma das correntes deixou o tratamento físico, que era aplicado com fins "pedagógicos" ou de "restabelecimento das funções orgânicas".

Nenhuma das abordagens tratou o louco com alteridade, pois sua humanidade era desconsiderada ou reduzida, e sem humanidade, ou com pouca, o louco se torna objeto praticamente inanimado da pesquisa científica, já que era observado como "com objetividade, empiricamente, como qualquer outro elemento da natureza" (PESSOTTI, 1996, p. 76). Esta observação se dava através de uma grande lupa, posicionada sobre a grande lâmina que se tornou o manicômio, instituição de notória orientação positivista.

O manicômio, portanto, torna-se poderoso instrumento de segregação de seus internos, e por meio de sua práxis "terapêutica" acaba por isolá-los não só fisicamente, mas socialmente, ocasionando a desconstrução da identidade e individualidade deles. Alijados de qualquer tipo de consciência civil, tem que se adaptar à uma realidade de imposições de regras, sem qualquer autonomia de vontade, aceitando serem domesticados pelo totalitarismo institucional que lhes foi (e ainda é, como veremos) direcionado (GOFFMAN, 2001).

Todo este arcabouço teórico não foi apenas uma realidade distante na Europa ou nas grandes capitais brasileiras como São Paulo ou Rio de Janeiro. A

---

[9] *Stonewall Uprising*. EUA, 2010. Direção: David Heilbroner, Kate Davis.

cidade de Diamantina sediou o primeiro manicômio das Minas Gerais, conforme exposto por Magnani (2004). Neste trabalho, de cunho histórico, é evidenciado que a cidade de Diamantina, procurando modernizar-se, norteada pelo modelo europeu, em 1889 passou a abrigar seus loucos em uma edificação específica, movida pela necessidade de supostas segurança comunitária e tratamento adequado ou especializado – porque não também uma necessidade de limpeza das ruas, ocupadas por loucos, para demonstrar que a pequena cidade, ao menos formalmente, era um exemplo de progresso. O caminho percorrido foi o já exposto: primeiramente a atenção ao enfermo psiquiátrico se deu através da filantropia e da caridade, e, desvencilhando-se de premissas religiosas (uma exigência do moderno positivismo biomédico), o saber médico foi introduzido, aqui seguindo a corrente moralista de Pinel e seu mais proeminente pupilo, Esquirol. Por questões políticas, sociais e de financiamento, pouco tempo depois de seu funcionamento, e antes de uma inauguração oficial e de conclusão total de seu projeto, o manicômio diamantinense fechou suas portas em 1906.

Estas foram as contribuições históricas do século XVIII e XIX, que lançaram as bases do tratamento psiquiátrico do século XX, hegemônicas até pouco menos de trinta anos, e ainda persistentes na conduta clínica, ainda que apenas no olhar destinado ao paciente com transtorno psíquico.

4.5 A idéia de natureza e a percepção da loucura

Pelo exposto, constata-se que a concepção clássica da loucura se relacionava, conceitualmente, com as estruturas de poder então em ascenção, haja vista que a construção do estado moderno e da sociedade nele existente se fundamentou na legitimidade de manipulação do homem sobre a natureza (por meio da ciência), a qual, se intocada, consistiria em constante ameaça à evolução civilizatória, o que pode ser percebido, inclusive, no fato de ser o progresso científico relevante critério de desenvolvimento das sociedades até a contemporaneidade.

Por meio da criação, pela sociedade ocidental capitalista, de referida dinâmica de poder do homem sobre a natureza, estruturou-se a dicotomia entre o que é social e o que natural. A percepção da natureza estruturada na dicotomia apregoada pelo pensamento ocidental entre o ser humano e a natureza constituiu representações sociais em que os "humanos" que apresentem diferenças de

comportamentos, de pensamentos, de valores, são expulsos da esfera das relações sociais e jogados na esfera do selvagem, dos instintos e do desconhecido (inserindo-se aí a experiência da loucura). Constituiu-se o homem ocidental como o "normal", sujeito de si e das coisas, anulando, por conseguinte a natureza (IANNI, 2009). Dentro desta lógica, grupos minoritários foram colocados no pólo da natureza; dentre eles, o dos loucos, o que fez emergir políticas higienistas, de segregação e internamento.

Verificou-se então, em linhas gerais, como se deu a construção da atual experiência da loucura, justificada no paradigma biomédico, este, por sua vez, oriundo do positivismo científico.

Referido paradigma, como muito bem demonstrado por Foucault (1978a), atendeu ao sistema de poder então emergente (e hoje hegemônico), desconsiderando qualquer possibilidade de determinação social no processo saúde-doença (no caso em apreço, saúde-doença mental). Ocorreu, destarte, o reducionismo das possibilidades de acometimento de transtorno mental somente por fatores biológicos. Por esta premissa, reforçou-se a desumanização do louco, que, se assim o seria por força de questões puramente biomédicas, poderia ser manipulado e explorado sem qualquer dilema ético, tendo em vista que o homem poderia possuir total poder sobre a natureza, incluindo-se aí sua manipulação por meio do método científico.

Neste ínterim, nota-se ainda que com o desenvolvimento do método científico positivista, a psiquiatria buscou analisar tão a fundo o louco que acabou por fragmentá-lo de tal forma que, holisticamente deixou de existir. Assim, impossibilitado ser visto em sua totalidade, acabou por perder nitidez como objeto de estudo. Como proposto por Adorno; Horkheimer (1985):

> O preço que os homens pagam pelo aumento do seu poder é a alienação daquilo sobre o que exercem o poder. O esclarecimento comporta-se com as coisas como o ditador comporta-se com os homens. Este conhece-os na medida em que pode manipulá-los (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 24).

Configurou-se, desta forma, uma crise no modelo de tratamento ao louco, institucionalizado de forma estatal por séculos, sendo certo que referido modelo perdurou em todo o mundo ocidental e, portanto, no Brasil.

Os reflexos desta percepção desumanizante da loucura se sedimentam até os dias atuais nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Em que pesem críticas desfavoráveis ao modelo manicomial, quando se trata do louco infrator, sua categorização junto ao grupo das coisas da natureza ou selvagens é realidade confirmada pela assertiva de Barros-Brisset (2010):

> Nada de acessibilidade às soluções instituídas na civilização como garantias mínimas que edificariam um sentido compartilhado para as condições pactuadas de humanidade...Aos loucos infratores restou, como manifestação da humanidade, apenas o seu pior...Apenas o silêncio, o isolamento, o massacre cotidiano da sua condição subjetiva e o sequestro institucional dos direitos fundamentais válidos para qualquer pessoa humana (BARROS-BRISSET, 2010, p. 19).

5 EXCLUSÃO, CRIMINALIDADE E SEGURANÇA:

A idéia de modernização das cidades, conforme anotado por Magnani (2004), consistia numa real higienização das mesmas, varrendo-se de sua paisagem todos os personagens desviantes, como os loucos, mendigos e andarilhos. Com o isolamento destes seres humanos, as cidades, aparentemente limpas e organizadas, demonstravam que todos os seus habitantes tinham igual acesso às oportunidades, e porque não, ao progresso (mesmo que de forma maquiada).

Este modelo cultural, de segregação do desviante e de inclusão dos seres ditos normais fundava-se na idéia liberal, comum até hoje, de que aqueles que merecem e que trabalham por seus objetivos, serão recompensados com prosperidade; ideal este doravante denominado meritocracia, então embrionário, e hegemônico na modernidade recente:

> Se visualizarmos a meritocracia contemporânea como uma pista de corridas em que o mérito é recompensado segundo o talento e o esforço, encontramos uma situação de duas pistas e um mosaico de espectadores: um mercado de trabalho primário em que as recompensas são distribuídas segundo um plano, mas onde há sempre a possibilidade de um rebaixamento para a segunda pista, na qual as recompensas são substancialmente inferiores, somente pequenos trechos da pista estão abertos aos competidores e há sempre a possibilidade de ser rebaixado ao papel de espectador. Quanto aos espectadores, sua exclusão é evidenciada pela existência de barreiras e de policiamento pesado: o acesso real à corrida lhes é negado, mas eles são testemunhas perpétuas dos prêmios resplandecentes em oferta (YOUNG, 2002, p. 25).

Desta forma, percebe-se, com a metáfora da corrida entre os seres humanos em busca de tranqüilidade e prosperidade, que muitos atores sociais acabam por ser excluídos da competição, entretanto espectadores e desejosos dos prêmios como qualquer outro *atleta*. E já que não só os loucos, os mendigos e andarilhos, mas também os miseráveis e pobres se encontram alijados dos processos de produção e progresso de modo a ascender socialmente, mas com ganas pelos prêmios que constantemente lhes são expostos, desencadeia-se um processo de entrada *forçada* ou *alternativa* na corrida para que o prêmio principal não esteja distante aos mesmos. Por isso o mercado que exclui a participação do trabalhador, mas o estimula ao máximo enquanto consumidor; inclui, mas de forma precária, e as conseqüentes privações são o embrião, na maior parte das vezes, do desenvolvimento da criminalidade. Ou seja, a inclusão das classes e grupos

periféricos do sistema capitalista de produção ocorre tão somente em relação ao consumo que estes podem gerar, mas não em relação a trabalho, empreendorismo ou outras formas de subsistência perante o padrão do sistema consumista – o que desencadeia, muitas vezes, o desenvolvimento da violência, para que assim estes grupos, impossibilitados de entrar na corrida meritocrática *formalmente e de fato*, possam conseguir os mesmos prêmios alcançados pelas classes hegemônicas (YOUNG, 2002, p. 26).

Isto posto, os ideais do liberalismo econômico não tinham sensibilidade nenhuma com as desigualdades sociais estruturais que se mostravam latentes, posto que, ao invés de procurar encontrar formas alternativas de solução acabou por retirar da equação, da *corrida,* aqueles que não tinham condições de competir. Esta exclusão se deu de forma literal entre os que não tinham nenhuma capacidade de alimentar o sistema (como com os loucos e deficientes), e com a manutenção eterna dos trabalhadores operários nos setores básicos de produção, sem possibilidade de crescimento ou prosperidade.

Este modelo foi sendo sedimentado nas relações sociais até a modernidade recente, e até o ponto em que se torna cediço que a sociedade de consumo atual fomenta a desigualdade, frustração e desvio, de forma seqüencial, o que, fatidicamente, gera, na maior parte das vezes, aumento de criminalidade, até como forma alternativa, de conquista do *prêmio* exposto pela sociedade meritocrática.

Com o aumento da criminalidade, as estruturas detentoras de poder (Estado, grandes corporações) não buscaram incluir os segregados ou conferir-lhes formas de ingressar na corrida de forma equânime, mas mudar a visão de segurança pública para uma questão atuarial, securitária, prevenindo o crime da maneira mais excludente possível, num perfeito modelo de gestão administrativa. Com isso, não existe atenção para com causas, culpas e motivação, mas tão somente com minimização de riscos e limite de perdas:

> Não estamos interessados nem em responsabilidade nem em patologia, nem em dissuasão ou reabilitação. O foco é anterior à ocorrência em vez de posterior, está na preservação em vez de no encarceramento ou na cura. Não é uma filosofia inclusionista que abrange os considerados culpados de uma infração e tenta reintegrá-los à sociedade. Trata-se, isto sim, de um discurso excludente que busca prever o problema, seja no *shopping* ou na prisão, e excluir e isolar o desviante. Ele não está interessado no crime *per se*, mas sim na possibilidade de crime, em comportamentos anti-sociais em geral, criminosos ou não, em prováveis doenças mentais ou recalcitrâncias conhecidas: em qualquer coisa que possa perturbar o funcionamento suave

> do sistema. Tal criminologia administrativa se preocupa em gerir em vez de reformar, seu realismo está em não pretender eliminar o crime (o que ela sabe impossível, mas minimizar riscos) (YOUNG, 2002, p. 76).

Referida postura frente à criminalidade, adotada pela modernidade recente, por não procurar causas para os crimes como solução para a criminalidade, também não é preocupada com a obtenção de justiça, mas tão somente com a prevenção criminológica pelo controle social. Vê na criminalidade um dilema social insolúvel, e portanto, com seus métodos probabilísticos, procura conter o desviante, teoricamente presente em todas as esferas sociais, mas praticamente nas classes mais baixas, evitando o delito antes de sua ocorrência, fazendo da Lei Penal um instrumento de exclusão e inabilidade de acesso ao propalado progresso, construído durante séculos de exploração proletária.

Ocorre que esta marginalização das classes tidas como menos sucedidas pela lógica do capital tem como resultado principal a sua *demonização*, processo entendido como a imputabilidade de criminalidade a um grupo ou setor social específico, alijando-o da busca de soluções dentro do núcleo básico de contradições sociais. Citemos como exemplo a questão da luta contra as drogas: ao invés do reconhecimento de que seu uso deletério tem como fonte as desigualdades e a injustiça sociais, sugere-se que, coibindo-se o seu uso, o problema estaria resolvido. Ascendeu-se desta forma, o modelo proibicionista em relação ao uso de drogas, aparelhando-se o Estado de um forte instrumental repressivo, principalmente em relação aos traficantes, afirmando-se que, com as prisões conseqüentes, a questão estaria devidamente equacionada. Frise-se que grupos étnicos marginalizados (principalmente imigrantes e afrodescendentes de estratos sociais inferiores) constantemente são *demonizados* socialmente pela mesma lógica de imputabilidade criminal a ser coibida, constantemente sendo apontados como fator principal para o aumento de criminalidade.

É preciso, portanto, que haja uma visceral mudança de valores sociais, fundados no respeito à diversidade, com vistas à obtenção de justiça social, sem prejuízo de mudança estrutural na estrutura meritocrática (em que a recompensa é fornecida conforme o esforço e a habilidade empregados), fundada principalmente na igualdade material de acesso às oportunidades, para que as conquistas individuais sejam, de fato, obtidas por mérito.

Neste sentido, de extremo valor alguns apontamentos sobre a obra de Alessandro Baratta (2002), que procura, tal qual Jock Young (2002), já citado, criticar o paradigma ainda vigente de um Direito Penal excludente, seletivo e distante das mazelas sociais oriundas da marginalização do sistema político-econômico atual:

> Em geral, salvo infortúnios individuais, os grupos sociais mais elevados conseguem subtrair os próprios menores à ação dos mecanismos institucionais de reação ao desvio e, portanto, aos efeitos da estigmatização daquela espiral sobre o seu status social, que ao contrário, leva os menores provenientes de estratos sociais mais débeis a uma assunção cada vez mais definitiva de papéis criminosos. De fato, a cada sucessiva recomendação do menor às instâncias oficiais de assistência e de controle social, a cada sucessiva ação desta sobre o menor, corresponde um aumento, em lugar de uma diminuição, das chances de ser selecionado para uma carreira criminosa (BARATTA, 2002, p. 181-182).

Ao discorrer sobre o atual modelo de *etiquetamento* de determinados grupos sociais, o professor ora em estudo afirma que o Direito Penal Ocidental (incluído portanto o aparato legal brasileiro), nos moldes propostos, criou e sedimentou uma *clientela* recorrente, constituída pelos diversos tipos marginalizados (dentre os quais, o louco, objeto deste trabalho). Desta forma, propõe, em sua crítica ao Direito Penal, que este, em virtude do etiquetamento mencionado, se torna excludente, estigmatizante e segregador, amparado, entre outros, no pensamento de Sutherland, de que

> [O crime] é um processo de conflito, de que o direito e a pena são as outras partes. Este processo começa na comunidade, antes que o direito tenha existência, e continua na comunidade e no comportamento dos delinquentes particulares, depois que a pena foi infligida. Este processo parece que se desenvolve mais ou menos do seguinte modo: um certo grupo de pessoas percebe que um de seus próprios valores – vida, propriedade, beleza da paisagem, doutrina teológica é colocado em perigo pelo comportamento de outros. Se o grupo é politicamente influente, o valor importante e o perigo sério, os membros do grupo promovem a emanação de uma lei, e, desse modo, ganham a cooperação do Estado no esforço de proteger o próprio valor: o direito é o instrumento de uma das partes em causa, em conflito com outra das partes em causa, pelo menos nos tempos modernos. Aqueles que fazem parte do outro grupo não consideram tão altamente o valor que o direito foi chamado a proteger, e fazem algo que anteriormente não era crime, mas que se tornou um crime com a colaboração do Estado. Este é a continuação do conflito que o direito tinha sido chamado a eliminar, mas o conflito se tornou maior no sentido de que agora envolve o Estado. A pena é um novo grau no mesmo conflito. Também ela, por sua vez, é um instrumento usado pelo primeiro grupo no conflito com o segundo grupo, por meio do Estado. Este conflito tem sido descrito em termos de grupos pela razão de que quase todos os crimes

> implicam ou a participação ativa ou passiva de mais de uma pessoa, ou um favorecimento passivo ou ativo, de modo que o indivíduo singular que está diante da corte pode ser considerado como um mero representante do grupo (COHEN et al, *apud* BARATTA, 2002, p. 76).

Em virtude do conflito acima descrito, percebe-se que a criminalidade é um status conferido pela falta de poder de definição do grupo vencido, o qual passa a ter suas práticas ilegitimadas, e caso não se adapte às normas do vencedor do conflito em testilha, vestirá (à força) a pecha de *criminoso*, podendo, inclusive, ser perseguido pelo grupo vencedor, detentor também de poder político, salientando-se que "nesta sociedade, o conflito não é mais o conflito entre capital e trabalho assalariado, mas um conflito que versa imediatamente sobre a relação de poder, sobre a participação no poder ou sobre a exclusão dele" (DAHRENDORF, *apud* BARATTA, 2002, p. 140).

Infere-se, portanto, que o Direito Penal Ocidental, assim como o Direito Ocidental em geral, é orientado pelos interesses econômicos e políticos dos representantes dos estratos sociais superiores, que buscam impor seu comportamento e suas práticas aos demais, alijando-os de todo o processo de construção valorativa dos bens juridicamente tutelados, inclusive no que diz respeito ao grau de importância destes bens dentro do sistema normativo. A conseqüência lógica é exatamente a opressão legal ao grupo não hegemônico, fundada na exclusão, chancelada pelo Estado, denotada na afirmação que

> O sistema penal de controle do desvio revela, assim como todo o direito burguês, a contradição fundamental entre igualdade formal dos sujeitos de direito e desigualdade substancial dos indivíduos, que, nesse caso, se manifesta em relação às chances de serem definidos e controlados como desviantes. Em relação a este setor do direito a ideologia jurídica da igualdade é ainda mais radicada na opinião pública, e também na classe operária, do que ocorre com outros setores do direito (BARATTA, 2002, p. 164).

O modelo normativo em apreço, ao excluir o divergente e selecionar condutas desviadas, acaba por rechaçar condutas contrárias aos seus interesses, culminando na criminalização de determinados grupos sociais[10], sob o fundamento

---

[10] O Prof. Alessandro Baratta afirma que a sociedade de consumo evidenciada no tardo-capitalismo distribui, de forma desigual, o *bem negativo da criminalidade* em favor das classes e grupos marginalizados, fundamentada no mecanismo excludente de valoração de condutas penalmente tuteladas constante da citação acima.

viciado de que, por serem todos humanos iguais, e a lei ser a mesma para todos, todo o arcabouço legal provém de valores imutáveis e constantes a todos os seres humanos, ao afirmar que "as normas e os valores sociais que os indivíduos transgridem, ou dos quais desviam, são universalmente compartilhados, válidos a nível intersubjetivo, racionais, presentes em todos os indivíduos, imutáveis, etc." (BARATTA, 2002, p. 87).

Ocorre que esta visão do fenômeno do desvio, por esquecer-se das desigualdades geradas pelo sistema de produção capitalista explorador, bem como das desigualdades geradas pelos padrões criados pela sociedade de consumo por este sistema concebida (fundada em uma igualdade meramente formal, e não prática), não considera como fator desencadeador para a maior parte das práticas criminosas a dificuldade de vitória na *corrida* metafórica citada na obra de Jock Young (2002), muito menos que as agências de poder[11] se valem do Direito Penal para manutenção de seus membros no topo da pirâmide social, selecionando, entre os marginalizados, a população criminosa, criando e/ou ratificando desigualdades sociais.

Como comprovação do exposto podemos mencionar o tratamento penal dado aos loucos infratores no Brasil. Já foi visto, no capítulo anterior, como se construiu a estrutura manicomial, que conteve a loucura em espaços vigiados e *protegidos*. Foi verificado também que a prisão da loucura ocorreu em função da impossibilidade de adaptação do comportamento de seus portadores à exploração consubstanciada no trabalho e produtividade. Os loucos, dada a sua inutilidade ao modelo burguês, foram descartados, esquecidos, punidos e porque não penalizados pela sua simples condição de existência, já que dentro desta lógica excludente, aqueles que não conseguem se socializar conforme os parâmetros impostos através das instituições de controle são segregados:

> O cárcere vem a fazer parte de um continuum que compreende família, escola, assistência social, organização cultural do tempo livre, preparação profissional, universidade e instrução de adultos. O tratamento penitenciário e a assistência pós penitenciária prevista pelas novas legislações são um setor altamente especializado deste continuum, dirigido a recuperar atrasos

---

[11] Agências de poder, no nosso entendimento, podem ser consideradas as instituições que tem como prerrogativa a limitação de conduta individual dos cidadãos, seja de forma difusa (igrejas, família, mídia) ou institucional, como unidades prisionais, reformatórios, hospitais psiquiátricos, forças policiais; enfim, todo o aparelho repressivo estatal.

> de socialização que prejudicam indivíduos marginalizados, assim como as escolas especiais tendem a recuperar os menores que se revelaram inadaptados à escola normal (BARATTA, 2002, p.169).

O ser humano tido como *normal*, quando comete prática que foge à regra imposta, é penalizado através do cárcere, para que lá se adapte e seja reprogramado de modo a não fugir à linha de conduta esperada pelas classes detentoras de poder (caso contrário, para o cárcere volta, ou lá permanece, até que a mudança ocorra).

Já o louco possui maiores dificuldades de adaptação e reprogramação, pois, segundo o pensamento dominante, possui mente *bestial*, incapaz de dominação por completo; isto posto, aliado à impossibilidade de cura de doenças psiquiátricas, dada a sua cronicidade, faz com que o louco, ao envolver-se com o delito, não mais, ou dificilmente, deixe de ser institucionalizado pelo Estado, conforme denota texto da lavra do Dr. Franco da Rocha (1904), ícone do tratamento psiquiátrico brasileiro no século passado, em relação aos loucos infratores:

> Si se trata de um caso de loucura que não tem intermitência, que apresenta marcha contínua, chronica, póde se dizer que é uma felicidade – sob o ponto de vista social, já se vê. Neste caso o Codigo manda recolhel-o a uma casa de tratamento de loucos e ahi fica ele o resto da vida: a sociedade está protegida. Mas não é isto o que se dá sempre; só se oberva este facto numa parte dos casos. Os exemplos não faltam, como veremos adeante.
> O direito de punir ainda está entendido como castigo e não como defesa da sociedade. E" esta a causa do mal.
> Castigar ou tentar corrigir criminosos que tenham praticado actos puniveis em consequência da moléstia será realmente incomprehensivel, porque nesses casos o acto criminoso tem o caracter de um desastre. Entretanto, ninguém nega que é preciso remover a causa do desastre, para que ele não se repita. E tão evidente o é – que dispensa demonstração. Os factos, porêm, ahi estão para indicar que há necessidade de se chamar para eles a atenção dos poderes competentes (ROCHA, 1904, p. 168).

Percebe-se, neste contexto, a existência da manutenção do ideário segregacionista em relação aos portadores de transtorno mental, aliado à idéia de que, tão somente penalizando o infrator, extirpando-o de vivência comunitária, resolver-se-á o dilema do crime ocasionado por doença mental, desconsiderando-se a historicidade da patologia desenvolvida, e principalmente, as desigualdades ocasionadas pela falta de tratamento adequado e pela marginalização característica do sistema produtivo de acumulação de riquezas e exploração do homem pelo homem. Ocorreu, portanto, a junção das mais desumanas concepções tanto em relação à loucura, quanto em relação ao crime.

Note-se ainda que a este membro do tecido social, desviante por excelência, o meio de imposição normativa e colocação no trilho da conduta social aceitável são tentados não somente pelo cárcere, mas também pela sedação ocasionada pelo abuso farmacológico, que muitas vezes torna este ser humano incapaz de qualquer resposta à socialização básica, nos moldes dos manicômios descritos no 4º capítulo deste trabalho (ou seja, como o louco não se adapta normalmente, esvazia-se a sua personalidade através da medicalização excessiva, para que assim, inerte às relações sociais, não tenda ao desvio novamente – se não existe uma personalidade reprogramada/adaptada, surge uma personalidade sedada e contida).

Reproduzindo este ideário, o Direito Penal brasileiro, positivado no Código Penal em vigor, de 1940 (BRASIL, 1940)[12], possibilita ao louco infrator a possibilidade de prisão perpétua (embora exista previsão constitucional em sentido contrário), no caso de não adaptação ao modelo de conduta imposto:

> Decorre que o louco de todo gênero, único a receber a insígnia da periculosidade, de acordo com a política atual do tratamento nos manicômios judiciários, provavelmente passará o resto de sua vida contido em cárcere privado por ser o que é, ou seja, portador de sofrimento mental. Embora o Código preveja a realização do exame a qualquer tempo, veremos cotidianamente esses pacientes condenados à prisão perpétua, não pelo crime cometido, mas pela lógica da cultura que os interpreta (BARROS BRISSET, 2010, p. 41).

Neste sentido, os artigos 96 a 99 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940)[13] tratam das medidas de segurança, espécie do gênero sanção penal, ao lado

---

[12] Importante ressaltar ainda que, por mais que o Código Penal seja norma do ano de 1940, no ano de 1984 foi realizada reforma de sua parte geral, que trata exatamente da teoria do delito, destacando-se o posicionamento do legislador em relação aos loucos infratores, chamados de inimputáveis, bem como o tratamento legal que lhes é dispensado, através das medidas de segurança, inovando-se, inclusive, com a possibilidade de medidas de segurança a serem cumpridas por meio de tratamento ambulatorial, para práticas apenadas com detenção, conforme perceber-se-á.

[13] Art. 96. As medidas de segurança são:
I – Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;
II – sujeição a tratamento ambulatorial.
Parágrafo único. Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.
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
Parágrafo 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.

da pena; desta forma, esta sanção é direcionada aos agentes criminosos sem transtorno mental, e aquela, aplicável aos portadores de transtorno que cometeram um injusto penal, e que, em função deste ato, tem sua periculosidade presumida, consistindo portanto em uma probabilidade – e não possibilidade de condutas delitivas. Referida concepção é fruto da guinada epistemológica ocorrida em relação à percepção da loucura, apresentada no capítulo anterior:

> Pinel não fez nenhum esforço para separar a loucura da delinquência; ao contrário, foi ao classificar o doente mental como aquele que traz em si um déficit moral intrínseco, em razão das lesões deficitárias permanentes que o fazem portador de um mal moral, que amarrou definitivamente, no plano conceitual, uma coisa a outra. A idéia da delinquência passou a ser identificada como uma característica da loucura (BARROS-BRISSET, 2011, p.48).

De forma sobreposta, o saber psiquiátrico e o saber jurídico difundiram a idéia, hoje pulverizada culturalmente de que os loucos são temidos, perigosos por si só, e merecem a segregação que lhes é imposta – ganhando, portanto, a adesão comunitária no que diz respeito ao controle dos corpos insanos através do discurso médico-jurídico, desaguando na possibilidade de presunção de periculosidade ou violência por parte dos loucos, justificativa para a aplicação das medidas de segurança até hoje.

Dita possibilidade de encarceramento de ser humano que provavelmente será criminoso não deixa de ser mais um argumento que desumaniza o louco – e o insere no campo das coisas da natureza, exploráveis e manipuláveis legitimamente dentro do contexto atual de relação entre o homem e a natureza:

> O conceito de *periculosidade*, desde seu surgimento, promoveu e ainda promove, de modo que parece natural e evidente, a construção de práticas sociais e discursos orientados a partir dele, como se presumir periculosidade a alguém fosse um fato dado como incontestável. Assim, atualmente, designar alguém como instrinsecamente perigoso parece algo banal, tendo em vista a circulação e a apropriação desse conceito pelas diversas redes sociais; no entanto, as consequências dessa banalização na atribuição da periculosidade aos loucos infratores são catastróficas para o

---

Substituição da pena por medida de segurança para o semi-imputável
Art. 98. Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos parágrafos 1º a 4º.
Art. 99. O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento.

> destino desses indivíduos. Por causa da presunção de sua periculosidade, eles são, de modo geral, lançados para fora da órbita da humanidade, e, na maioria das vezes, sem passagem de volta (BARROS-BRISSET, 2010, p. 19)
> (...)
> A sentença de inimputabilidade decretada a um cidadão e a consequente presunção de periculosidade é a mais violenta violação dos direitos humanos em vigor nestes tempos que correm. Esses cidadãos não nos deixam esquecer que predicar comportamento e agregar valores absolutos foi uma prática muito usada para condenar pessoas na Santa Inquisição. Nos casos dos loucos infratores, a modernidade ainda se orienta pela mesma lógica, deslocando apenas o seu destino como forma de segregação (BARROS-BRISSET, 2010, p. 42).

Dentro desta lógica de exclusão da racionalidade, concebeu-se o cumprimento das medidas de segurança, deferido aos portadores de transtorno mental, nos termos do art. 26, *caput,* do Código Penal (BRASIL, 1940)[14], apurada conforme previsão nos artigos 149 a 154, do Código de Processo Penal (BRASIL, 1941)[15], através do denominado incidente processual de insanidade mental, em que a decisão judicial deveria, em tese, ser amparada na perícia médica. Caso aplicada a medida de segurança, para os casos em estudo pela presente pesquisa, sua forma de execução é prevista nos artigos 171 a 179 da Lei de Execução Penal

---

[14] 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.

[15] 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.
Art. 150. Para o efeito do exame, o acusado, se estiver preso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar.
§ 1o O exame não durará mais de quarenta e cinco dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo.
§ 2o Se não houver prejuízo para a marcha do processo, o juiz poderá autorizar sejam os autos entregues aos peritos, para facilitar o exame.
Art. 151. Se os peritos concluírem que o acusado era, ao tempo da infração, irresponsável nos termos do art. 22 do Código Penal, o processo prosseguirá, com a presença do curador.
Art. 152. Se se verificar que a doença mental sobreveio à infração o processo continuará suspenso até que o acusado se restabeleça, observado o § 2o do art. 149.
§ 1o O juiz poderá, nesse caso, ordenar a internação do acusado em manicômio judiciário ou em outro estabelecimento adequado.
§ 2o O processo retomará o seu curso, desde que se restabeleça o acusado, ficando-lhe assegurada a faculdade de reinquirir as testemunhas que houverem prestado depoimento sem a sua presença.
Art. 153. O incidente da insanidade mental processar-se-á em auto apartado, que só depois da apresentação do laudo, será apenso ao processo principal.
Art. 154. Se a insanidade mental sobrevier no curso da execução da pena, observar-se-á o disposto no art. 682.

(BRASIL, 1984)[16], garantindo à autoridade administrativa nos Hospitais de Custódia e Tratamento a responsabilidade sobre o cumprimento das medidas, e à autoridade judicial o poder para decretação de seu término, estabelecendo-se ainda à necessidade de uma desinternação condicional, nos moldes do livramento condicional oferecido ao preso *comum*, que, se não cumprido, culminará em reinternação.

Ou seja, ao cessar a periculosidade do interno, se o juiz entender que a medida de segurança também deve cessar, esta ocorrerá, inicialmente, de forma condicional, cabendo ao então egresso cumprir as mesmas obrigações relativas ao

---

[16] Art. 171. Transitada em julgado a sentença que aplicar medida de segurança, será ordenada a expedição de guia para a execução.
Art. 172. Ninguém será internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou submetido a tratamento ambulatorial, para cumprimento de medida de segurança, sem a guia expedida pela autoridade judiciária.
Art. 173. A guia de internamento ou de tratamento ambulatorial, extraída pelo escrivão, que a rubricará em todas as folhas e a subscreverá com o Juiz, será remetida à autoridade administrativa incumbida da execução e conterá:
I - a qualificação do agente e o número do registro geral do órgão oficial de identificação;
II - o inteiro teor da denúncia e da sentença que tiver aplicado a medida de segurança, bem como a certidão do trânsito em julgado;
III - a data em que terminará o prazo mínimo de internação, ou do tratamento ambulatorial;
IV - outras peças do processo reputadas indispensáveis ao adequado tratamento ou internamento.
§ 1° Ao Ministério Público será dada ciência da guia de recolhimento e de sujeição a tratamento.
§ 2° A guia será retificada sempre que sobrevier modificações quanto ao prazo de execução.
Art. 174. Aplicar-se-á, na execução da medida de segurança, naquilo que couber, o disposto nos artigos 8° e 9° desta Lei.
Art. 175. A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte:
I - a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao Juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida;
II - o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico;
III - juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um;
IV - o Juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver;
V - o Juiz, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança;
VI - ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o Juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias.
Art. 176. Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.
Art. 177. Nos exames sucessivos para verificar-se a cessação da periculosidade, observar-se-á, no que lhes for aplicável, o disposto no artigo anterior.
Art. 178. Nas hipóteses de desinternação ou de liberação (artigo 97, § 3º, do Código Penal), aplicar-se-á o disposto nos artigos 132 e 133 desta Lei.
Art. 179. Transitada em julgado a sentença, o Juiz expedirá ordem para a desinternação ou a liberação.

livramento condicional, previstas nos arts. 132 e 133 da Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984)[17] – caso contrário, novamente será reinternado.

Primeiramente, necessário salientar-se que por tratar-se de instituto jurídico inserido no ordenamento pátrio na década de 40, necessário se faz que seja aplicada à luz dos princípios constitucionais advindos no ano de 1988 aplicáveis à pena, dos quais podemos ressaltar a ampla defesa e devido processo legal para a sua imposição, além do respeito ao teto de 30 (trinta) anos de cumprimento.

Nesta senda, André Estefam afirma que:

> Nossa jurisprudência caminha para o reconhecimento de que todos os princípios constitucionais ligados à pena devem ser observados pelas medidas de segurança. Nesse sentido, por exemplo, o julgamento proferido pelo Supremo Tribunal Federal, em que o Pretório Excelso julgou não poder a medida de segurança ultrapassar trinta anos de duração, pois se traduziria em sanção de caráter perpétuo, afrontando o Texto Constitucional (art. 5º, XLVII, b) (ESTEFAM, 2010, p. 421).

Entretanto, a despeito do posicionamento da Corte Máxima de nosso país, verificar-se-á que, na prática, os hospitais de custódia e tratamento, destinados a aplicar as medidas de segurança, muitas vezes, involuntariamente, acabam por se tornar em depósitos de loucos que por lá ficam, inclusive contra a vontade de seus gestores (que entendem, muitas vezes, que não deveriam mais abrigar determinados cidadãos já readaptados), por prazo superior ao parâmetro constitucional de trinta anos conferido às penas.

Note-se ainda que, referido lapso temporal máximo de encarceramento é fruto de construção da interpretação legal de tribunal superior, mas não consiste em dispositivo legal, que deixaria inequívoca a impossibilidade de superação de tempo em comento. Afirma-se isso, inclusive, porque muitas vozes se levantam em sentido

---

[17] Art. 132. Deferido o pedido, o Juiz especificará as condições a que fica subordinado o livramento.
§ 1º Serão sempre impostas ao liberado condicional as obrigações seguintes:
a) obter ocupação lícita, dentro de prazo razoável se for apto para o trabalho;
b) comunicar periodicamente ao Juiz sua ocupação;
c) não mudar do território da comarca do Juízo da execução, sem prévia autorização deste.
§ 2° Poderão ainda ser impostas ao liberado condicional, entre outras obrigações, as seguintes:
a) não mudar de residência sem comunicação ao Juiz e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção;
b) recolher-se à habitação em hora fixada;
c) não freqüentar determinados lugares.
d) (VETADO) (Incluído pela Lei nº 12.258, de 2010)
Art. 133. Se for permitido ao liberado residir fora da comarca do Juízo da execução, remeter-se-á cópia da sentença do livramento ao Juízo do lugar para onde ele se houver transferido e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção.

contrário, dada pela ausência de dispositivo legal expresso, e principalmente para melhor atendimento das finalidades e pressupostos das medidas de segurança.

Diferentemente da pena, que possui finalidade preventiva e retributiva, a medida de segurança possui escopo meramente preventivo; já que o louco criminoso não possui consciência da ilicitude do ato praticado, muito menos da exigibilidade de conduta diversa, não pode ter sobre si atribuída a responsabilidade ou culpabilidade[18] em relação ao injusto penal.

---

[18] Entendia-se a culpabilidade, um dos elementos do crime (junto com a tipicidade e a ilicitude/antijuridicidade), como um conceito complexo, que não possuía em seu bojo tão somente dolo ou culpa, mas também as circunstâncias em que o delito ocorreu, inclusive porque, dependendo das circunstâncias, a culpabilidade não existiria, e consequentemente, o crime também não.
A culpabilidade, entendida como juízo de reprovabilidade da conduta, era analisada não apenas sob o prisma psicológico (dolo ou culpa), mas também normativamente, pois era composta também pelo estudo da imputabilidade (capacidade) do agente e pela normalidade das circunstâncias nas quais se deu a ação ou omissão prevista em lei como crime. Esta teoria criminal, denominada neoclássica, foi o primeiro passo para o conceito atual de culpabilidade.
Ocorre que em meados do século passado, Hans Welzel, com sua teoria finalista, mudou a concepção de crime, através da máxima de que "todo comportamento humano é movido por uma finalidade" e que a finalidade seria, portanto "a espinha dorsal da conduta humana (ESTEFAM, A. , 2010, pág. 170). Desta forma, ao entender que a motivação da conduta que poderia dar origem ao crime, retirou o dolo e a culpa do âmbito da culpabilidade e inseriu-os no contexto da própria ação humana criminosa (conduta típica).
No finalismo welzeliano, portanto, a culpabilidade passa a ser composta por sua capacidade (imputabilidade), bem como pela potencial consciência de ilicitude, sem prejuízo do requisito supralegal de exigibilidade de conduta diversa – não deixando, portanto, nenhum elemento psicológico na composição da culpabilidade, razão pela qual muitos a chamam de culpabilidade normativa. Este posicionamento, ainda predominante no Brasil, tem se desgastado, sobretudo no que diz respeito ao tratamento dado à culpabilidade, quando afirma que esta é composta por potencial consciência de ilicitude – lidando assim com o agente supostamente criminoso a partir de elementos preconcebidos, de forma ontológica, desconsiderando-se a diversidade de condutas humanas, e porque não, de motivações.
Diante desta crise, na década de 70 emerge a teoria denominada funcionalista, cujo componente nuclear é exatamente a expansão do conceito de culpabilidade para uma idéia de responsabilidade, com a conclusão de que culpabilidade e necessidade de prevenção da sanção penal se limitam, e o ser humano será responsabilizado se ambas existirem ao mesmo tempo; "a categoria delitiva que tradicionalmente denominamos culpabilidade tem em realidade muito menos a ver com a averiguação do poder agir de outro modo, algo empiricamente difícil de se constatar, mas sim com o problema normativo de saber se, e até que ponto, nos casos de circunstâncias pessoais irregulares ou condicionadas pela situação, convém impor-se uma sanção penal a uma conduta que, a princípio, está ameaçada com uma pena" (Claus Roxin, *Política criminal y sistema del derecho penal*, p. 59, apud ESTEFAM, A., 2010, pág. 177).
Portanto, no funcionalismo de Roxin, a culpabilidade possui em seu bojo de constituição não somente elementos normativos, mas também de política criminal, ligados à função da pena, já que nem todo injusto seria evitável ou digno de pena.
Desta forma, a responsabilidade une a culpabilidade (tal qual se concebia no finalismo) a uma necessidade preventiva, advinda da finalidade preventiva da pena, eliminando-se, ou ao menos buscando-se eliminar a presunção finalista de seres humanos dotados das mesmas condições de acesso ao cumprimento das normas. A visão funcionalista da culpabilidade, conforme Juarez Tavares, via a culpabilidade não sob um prisma de dados potenciais e valores preconstituídos, mas sobre a exclusão e os desajustes (TAVARES, J. Culpabilidade: Incongruência, RBCCrim, 1998, *apud* RODRÍGUEZ, 2010, p. 269).

Desta forma, a medida de segurança não poderia servir para a penalização do agente, para que *pagasse pelo que fez*, exatamente porque, nesses casos, referido agente não teria consciência da ilicitude de seus atos – de onde exsurge a idéia que, a despeito de sua inimputabilidade penal, este ser humano, dada a sua periculosidade, deveria ficar alheio ao convívio social, para que não mais coloque em risco a segurança da sociedade. Ficaria internado antes de que, novamente, cometesse outro injusto penal, ainda que sem consciência de sua gravidade; inequívoca, desta forma a presunção de periculosidade[19] , já que, segundo Estefam (2010) "inspira-se num fato concreto, mas se justifica em razão de um fato provável (a possibilidade de cometer novos atos semelhantes, ou seja, a periculosidade – é, portanto, prospectiva) " (ESTEFAM, 2010, p. 422).

A medida de segurança não pode ser aplicada paralelamente à pena; se o indivíduo era completamente incapaz, e lhe é aplicada a sanção em apreço, assim que este seja *recuperado* terá sua punibilidade extinta. No entanto, se a loucura sobrevier à pena imposta, ser-lhe à aplicada medida de segurança, cujo tempo será contado como tempo de pena – mas não é permitido no Brasil a aplicação conjunta de ambas sanções penais, por força de adoção, em nosso ordenamento do sistema vicariante.[20]

A espécie de sanção penal em estudo possui duas modalidades, uma detentiva, de internação em hospital judiciário psiquiátrico, os famigerados manicômios judiciários, atualmente denominados hospitais de custódia e tratamento, destinada a agentes que cometeram atos apenados com reclusão; a outra modalidade, restritiva, permite que o agente se submeta a tratamento ambulatorial, desde que o ato praticado seja apenado com detenção. Para o fim da aplicação da medida de segurança, necessário que seja realizado exame pericial de cessação de periculosidade positivo, o qual deve ser feito num período variável de um a três

---

De qualquer forma, sintetizada (mas não esgotada) a evolução e concepção de culpabilidade, anota-se que esta, no Direito Penal Brasileiro, é excluída ao portador de transtorno mental, por força da inimputabilidade atribuída a estes seres humanos, haja vista que, em função de referido quadro patológico, não tem consciência da ilicitude de eventuais atos praticados, tampouco liberdade de autodeterminação.

[19] A periculosidade é presumida nos casos de agentes que se enquadrem na disposição do art. 26, *caput*, do Código Penal: É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão [injusto penal], inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou determinar—se de acordo com este entendimento.

[20] Termo originado da expressão latina *vicariu*, que é conceituada como "poder exercido por delegação de outrem; na presença do delegante, o delegado não atua (BETANHO, *apud* ESTEFAM, 2010, pág. 423).

anos, conforme arbítrio do juiz do processo em que se apura o ato praticado, levando-se em conta a dita periculosidade, e, eventualmente a ausência de melhora do paciente judiciário neste sentido.

Note-se, portanto, que as medidas de segurança, embora se direcionem à indivíduo que não possuía consciência do ato praticado, não o sanciona em função de sua condição de saúde, mas sim em função do ato praticado inconscientemente. Ademais, note-se ainda que possui, pela Lei, prazo indeterminado: caso os exames de cessação de periculosidade realizados periodicamente não atestem a possibilidade de convívio social (caráter extintivo condicionado à perícia), no cárcere hospitalar o ser humano fica, muitas vezes sem possibilidade de readaptação, por toda a vida (por isso se afirma que as medidas de segurança, na prática, tornam-se penalidades de cunho perpétuo, a despeito de previsão constitucional contrária). Por fim, salienta-se que as medidas de segurança por possuírem prazo mínimo (o período de um a três anos estabelecido judicialmente), denotam uma "infiltração do pensamento retributivo" (ESTEFAM, 2010, p. 425), apesar de sua finalidade estritamente preventiva.

Corroborando o exposto, novamente BARROS-BRISSET:

> A indeterminação da sanção penal está relacionada à presunção de periculosidade e a consequência imediata dessa presunção é a correlação entre a doença mental e a probabilidade de cometimento de novos crimes, motivados pela patologia psíquica. A indeterminação da sanção penal é sustentada juridicamente pelo pressuposto de que o "doente mental' é um sujeito patologicamente incapaz de reconhecer o caráter ilícito de seus atos e, portanto, um irresponsável, incapaz de determinar-se racionalmente, o que indica a probabilidade de cometer crimes futuros. Parece ser esse o sentido do perigo: perigo de vir a realizar novos crimes.
> (...)
> Só assim podemos ousar compreender que, apesar de Fernandinho Beira-Mar poder ser considerado um sujeito que talvez cometa novos crimes, isso não faz dele alguém perigoso juridicamente. Esse risco é atribuído à sua capacidade racional de planejar, organizar e comandar grupos na execução de crimes organizados. Ele é considerado um sujeito que conhece a lei e conscientemente planeja ações fora da lei, de modo racional, servindo-se das suas habilidades cognitivas e volitivas para seguir na direção contrária à pretendida pela ordem social. Mesmo considerando ser alta a probabilidade de esse sujeito cometer novos crimes, devido ao seu currículo criminal, ele tem direito à liberdade após o cumprimento de sua sentença, de acordo com o Código Penal brasileiro. Jamais um Juiz poderia prolongar a sua sentença, apoiado na presunção de reincidência de novos crimes. Ele é, do ponto de vista jurídico, um sujeito perfeitamente capaz de responder pelo caráter ilícito de seus atos (BARROS-BRISSET, 2010, p. 17).

Ademais, não podemos deixar de registrar que a redação do Código Penal e, portanto, do modelo de tratamento dispensado aos denominados loucos infratores, se deu dentro do contexto do paradigma científico positivista, empirista e mecanicista, ainda vinculado à internação como única medida eficaz de tratamento psiquiátrico (no entanto, ligada a interesses maiores do que a mera recuperação do paciente, conforme analisado no primeiro capítulo).

Neste diapasão, devemos mencionar ainda que toma concreção na atualidade um novo paradigma de estudo das ciências, denominado por Boaventura Sousa Santos (2008) como *emergente*, que busca romper com a visão científica mecanicista, empírica e estritamente causal - agregando ao conhecimento formal subjetividades e formas de conhecimento não tradicionais, o que torna necessário, conforme lição de Jorge de Figueiredo Dias, a realização de perícia[21] do louco infrator, nos respectivos processos criminais, com o devido reconhecimento não só de sua humanidade, mas também de que deve responder por sua atitude pessoal na prática do desvio, considerando-se a sua humanidade em sua totalidade e individualidade (DIAS, 2007, p. 567), através de exercício interdisciplinar e autônomo entre juízes e peritos, para que se compreenda a personalidade do agente dentro da totalidade e individualidade mencionadas.

Por fim, percebemos que não só a forma de apuração da insanidade mental do agente de suposto crime que deve se moldar a novos paradigmas de produção de conhecimento, mas também o paradigma de estudo da criminalidade e fenômeno do desvio. Antigas concepções neste sentido que se olvidam das desigualdades, e tratam o crime de forma objetiva (mecanicista, estritamente causal e empírica), acabam por conferir caráter superficial ao estudo e limitada eficácia, pois

> Só descendo do nível fenomênico da superfície das relações sociais, ao nível de sua lógica material, é possível uma interpretação contextual e orgânica de ambos os aspectos da questão. Mas isto ultrapassa os limites das teorias de médio alcance, e implica um deslocamento do ponto de partida para a interpretação do fenômeno criminal, do próprio fenômeno para a estrutura social, historicamente determinada, em que aquele se insere (BARATTA, 2002, p. 99).

---

[21] Para que seja apurada a inimputabilidade do agente de fato tido como criminoso, em função de sua alienação mental, e total incapacidade de compreensão do caráter ilícito da conduta, necessária se faz a apuração de seu quadro psiquiátrico através de perícia, que confere à inimputabilidade, nos casos em apreço, critério biopsicológico. Atestada a incapacidade e a inimputabilidade pela perícia médica, cabe ao juiz declarar (ou não) a inimputabilidade do agente.

Urge, portanto, o estudo do desvio (inclusive o relativo aos portadores de transtorno mental) orientado por este novo paradigma emergente, que não veja o fenômeno crime como um mero dado estatístico, prevenido por medidas atuariais que ao final potencializam, ainda que despropositadamente, a marginalização de determinados grupos explorados e na periferia dos processos de acumulação de riquezas, pois "a criminalidade não existe na natureza, mas é uma realidade construída socialmente através de processos de definição e de interação" (BARATTA, 2002, p. 108) [22].

Como fruto da percepção da criminalidade como um produto social, não podemos mais conceber o louco como um ser mais animal (e portanto, mais para o campo do que é natural e selvagem) do que humano, conforme exposto por Barros-Brisset:

> Contudo, nos interstícios dessas determinações normativas, subjaz uma concepção de sujeito incapaz e irresponsável em casos em que o indivíduo for portador de sofrimento mental. Admite-se o sofrimento mental como uma condição deficitária do ser humano; está implícito que o portador de sofrimento mental é "menos" humano que os demais, pois a sua condição humana, sua capacidade de agir e sua responsabilidade para com sua ação estão diminuídas em razão do seu estado psíquico. Podemos entender também que, muito além do perigo de realizar novos crimes, está em questão o perigo que a loucura significa para um determinado ideal de ser humano (BARROS-BRISSET, 2010, p. 17).

Pelo exposto, não devemos restringir as causas do crime de forma estatística e preventiva, mas, em uma abordagem qualitativa e crítica, procurar compreender, neste exercício, quais são os mecanismos sociais e institucionais dos quais erige a realidade do crime ou desvio. Como resposta, amparada, inclusive em dados práticos, poderemos concluir que, na grande maioria dos casos, a criminalidade e a violência (inclusive a perpetrada pelo louco infrator) não é ontológica, mas principalmente um reflexo do descaso e abandono às classes e

---

[22]Baratta, arremata a questão da necessidade de um novo modelo criminológico, que dê a devida importância às desigualdades como elemento inicial do processo cadenciado da prática criminosa ao estabelecer que "*o que distingue a criminologia tradicional da nova sociologia criminal é visto, pelos representantes do labelling approach, principalmente, na consciência crítica que a nova concepção traz consigo, em face da definição do próprio objeto da investigação criminológica e em face do problema gnosiológico e de sociologia do conhecimento que está ligado a este objeto (a "criminalidade"o "criminoso"), quando não o consideramos como um simples ponto de partida, uma entidade natural para explicar, mas como uma realidade social que não se coloca como pré-constituída à experiência cognoscitiva e prática, mas é construída dentro desta experiência, mediante os processos de interação que as caracterizam. Portanto, esta realidade deve, antes de tudo, ser compreendida criticamente em sua construção*" (BARATTA, 2002, p. 86).

grupos periféricos, tanto pela ausência quanto pela ineficiência de políticas públicas e/ou respeito à direitos – atenção à saúde, educação, carência de recursos sociais básicos. *O efeito de uma política que segrega* (BARROS-BRISSET, 2010:41).

6 DESCONSTRUÇÃO DE PARADIGMAS E NOVAS PERSPECTIVAS EM SAÚDE

6.1 A Reforma Sanitária

Embora o movimento denominado reforma sanitária não seja objeto de nossa pesquisa, necessária se faz a anotação de aspectos básicos a ele relacionados, pois de referido movimento e sua forma de *repensar* a saúde[23], sobretudo seu conceito e acesso, surgiu toda uma nova estrutura de atenção ao portador de transtorno mental, a ser discutida à frente.

Tratam-se de considerações de cunho exploratório, sem a intenção de esgotar o assunto, mas tão somente lançar as bases para melhor compreensão do desenvolvimento dos pilares das políticas em saúde pública no Brasil democrático.

Referido *repensar* da saúde tem como pedra fundamental a desconstrução do até então vigente conceito de saúde. Embora o conceito de saúde seja algo muito complexo e dinâmico, a discussão ora travada se inicia com a ascensão da concepção de que saúde consiste no "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença", conforme definição do preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, de 1948. Referida concepção rompe com a visão hospitalocêntrica e positivista que via a saúde tão somente como a ausência de doença, o que se refletia nas políticas públicas estatais em saúde, reduzidas à ações de prevenção de agravos, garantindo o monopólio das ações em saúde, portanto, aos médicos, que se formavam conforme a concepção flexneriana de atenção à saúde.

Percebe-se, portanto, que o direito à saúde, em virtude desta nova percepção, pode ser compreendido entre o direito a estar são, e a permanecer são; sem contudo limitar-se a estas duas situações:

> Como consequência primeira do direito à saúde (direito de estar são), deve-se agregar o direito à prevenção de doenças (direito de permanecer são). Assim, o Estado é responsável, tanto por manter o indivíduo são,

---

[23] Embora o conceito de saúde seja algo muito complexo e dinâmico, a discussão ora travada parte da premissa mola-motriz do *repensar* do movimento de reforma sanitária, de que saúde consiste no "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença", conforme definição do preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, de 1948. Referida concepção rompe com a visão hospitalocêntrica e positivista que via a saúde tão somente como a ausência de doença, o que se refletia nas políticas públicas estatais em saúde, reduzidas à ações de prevenção de agravos, garantindo o monopólio das ações em saúde, portanto, aos médicos, que se formavam conforme a concepção flexneriana de atenção à saúde, descrita em nota a seguir.

> desenvolvendo políticas de saúde, como para evitar que ele se torne doente. O direito à prevenção de doenças é, consequentemente, parte do direito à saúde.
> O direito à saúde não significa, apenas, o direito de ser são e de se manter são. Não significa apenas o direito a tratamento de saúde para manter-se bem. O direito À saúde engloba o direito à habilitação e à reabilitação, devendo-se entender a saúde como o estado físico e mental que possibilita ao indivíduo ter uma vida normal, integrada socialmente (ARAÚJO, *apud* WEICHERT, 2004. p.121).

Ressalta-se, portanto, que o movimento de Reforma Sanitária Brasileira se confunde com o próprio processo de redemocratização do Brasil, durante a crise do denominado período de ditadura militar, ganhando espaço no final da década de 70, em que o movimento para eleições diretas também ganhava força, tratando-se a Reforma Sanitária não só de um movimento isolado para discussão da saúde, mas de um verdadeiro movimento social, que tinha em sua agenda as iniqüidades sociais perpetradas até então. Jairnilson Silva Paim, sobre o assunto, afirma que

> Retrospectivamente, pode-se afirmar que os brasileiros responderam a esse desafio [enfrentamento das condições de saúde vinculadas ao modo de vida da população, considerando-se o saber disponível, a oferta de serviços e outras respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde] com muita ousadia, articulando lutas sociais com a produção de conhecimentos. Enquanto enfrentavam a ditadura e denunciavam o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde, defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos. De um lado, engendravam a idéia, a proposta, o movimento e o projeto da Reforma Sanitária brasileira, e, de outro, construíam um novo campo científico e um novo âmbito de práticas denominado Saúde Coletiva (PAIM, 2009, p. 29).

A resposta à crise da medicina positivista tradicional[24]pode ter, como termo inicial básico a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, em 1979, buscando a articulação das práticas teóricas – de produção de conhecimentos – e políticas em saúde - voltadas à mudança das relações sociais (PAIM, 2009, p. 31).

---

[24] Embora ainda possua prestígio nas práticas em saúde, o modelo do paradigma biomédico, entendido também como flexneriano (em virtude de embasamento em relatório realizado por Abraham Flexner, a pedido da Fundação Carnegie dos Estados Unidos da América, que teve forte impacto nas práticas em saúde do mundo, principalmente América – e que privilegiava o saber científico positivista ocidental em detrimento dos demais), " baseado num paradigma fundamentalmente biológico e quase mecanicista para a interpretação dos fenômenos vitais, gerou, entre outras coisas, o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro de atividade científica e de assistência à saúde."(SCHERER, M. D. A.; MARINO, S.R.A; RAMOS, F.R.S.; 2005: 57), entrou em crise (em virtude da crise de todo o positivismo científico, inclusive), passando a ser desconstruído, no Brasil, a partir do movimento de Reforma Sanitária.

Neste sentido, relembra-se a apresentação, pelo CEBES, de documento que trazia *a questão democrática na área da saúde,* para a Câmara dos Deputados, propondo a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, que foi novamente discutida e aprofundada na 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS, em 1986, marco principal da Reforma Sanitária, já que esta foi recomendada a título de política pública necessária no relatório final da conferência em apreço. Notamos que as datas trazidas são as relacionadas à queda do autoritarismo e processo de redemocratização nacional, consagrado na Carta Política de 1988.

Observamos que devido à participação do movimento de reforma sanitária durante o período de elaboração da Constituição Federal em vigor (Assembléia Nacional Constituinte), houve incorporação de frutos da discussão desencadeada pelo movimento (constantes do Relatório da 8ª CNS, inclusive) ao texto constitucional – em linhas gerais[25], aprofundadas e complementadas na Lei Orgânica da Saúde, de 1990 (BRASIL, 1990).

---

[25] A saúde é tratada dos art. 196 ao 200 da Constituição Federal:
Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, os termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade.
§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios,

A incorporação do movimento às políticas públicas estatais não se deu de forma instantânea – foi fruto de amadurecimento articulado de práticas ideológicas, políticas e culturais, sobretudo após a 8ª CNS, através da criação do Sistema Unificado e Descentralizados em Saúde - SUDS, sem prejuízo de uma comissão específica no assunto durante os debates da Assembléia Nacional Constituinte (Comissão Nacional da Reforma Sanitária).

A saúde é então concebida pela nova ordem constitucional como um direito social, na perspectiva de um Estado que se submete ao controle da Lei, para que possa garantir suas atividades para os cidadãos, sem se vincular a arbitrariedades de seus governantes, numa tentativa de prevenção do autoritarismo que precedeu o

---

objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. .(Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)
§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)
§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)
Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.
§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.
§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.
Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

atual momento democrático brasileiro. O artigo 1º da Constituição da República[26], além da submissão estatal ao ordenamento jurídico, estabelece que o poder governamental é constituído pelo povo e para o povo, ou seja, uma construção popular conquistada pelo exercício da cidadania.

A Constituição da República de 1988 trouxe em seu arcabouço alguns princípios norteadores para o ordenamento jurídico (incluindo-se aí a própria Constituição), dentre os quais ressaltamos a liberdade (destacando-se as liberdades individuais), a igualdade e a legalidade. Destacamos, conforme Piovesan, que "o estudo dos princípios fundamentais de cada Constituição revela seu núcleo, donde se extrai toda sua força normativa, e, por isso, necessariamente, molda todo o cenário jurídico a ela subjacente" (PIOVESAN, 2003, p. 360).

Desta forma, nossa visão acerca de princípios não é aquela que os tem como distantes e talvez inatingíveis parâmetros de conduta, pois seu grau semântico de abstração não

> Significa impossibilidade de determinação – e, consequentemente, de baixa densidade semântico normativa (mas podendo ser integrados por meio de interpretação/aplicação, sobremodo através de outras normas e até mesmo em relação a situações específicas, como decisões judiciais e atos administrativos), ao passo que as demais normas (regras) possuem um menor grau de abstração e mais alta densidade normativa (ROTHENBURG, 1999, *apud* WEICHERT, 2004, p. 155).

Portanto, os princípios possuem poder normativo, e devem ser analisados de forma integrada às normas, as quais somente tem sentido se irradiadas a partir da base dos princípios constitucionais, "são a diretriz da norma posta, o seu fundamento de validade, de maneira a existir necessária consonância desta para com aqueles" (PIOVESAN, 2003, p. 362). Certo é, portanto, que os princípios sofrem desdobramentos para facilitar sua concretização, até que cheguemos às regras *tradicionais*, num exercício em que, a cada desdobramento, novas compreensões, dimensões e possibilidades são adquiridas; somente válidas à luz do princípio original, termo inicial dos sucessivos desdobramentos (WEICHERT, 2004, p. 156). Corroborando o exposto, Menelick de Carvalho Neto:

---

[26] Art. 1º, parágrafo único, Constituição Federal: Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

> A validade da própria lei e de seus dispositivos específicos depende de sua coerência com os princípios que se encontram na base da (comunidade de princípios instituída pela) Constituição, ou seja, a validade da leitura do legislativamente aprovado deve ser condicionada pela melhor leitura dos princípios constitucionais em um amplo e contínuo debate público, difuso e institucional, que também leve em conta reflexivamente o nosso passado para melhor compreendermos os desafios presentes e não nos cegarmos quanto aos desafios futuros com que virá a se defrontar o nosso projeto comum (NETO, 2005, p. 70-71).

Luis Roberto Barroso, recém nomeado ministro do Supremo Tribunal Federal, Corte máxima brasileira, cuja prerrogativa principal é assegurar a adequada interpretação constitucional, de forma clara, nos ensina como deve ser o exercício de desdobramentos em questão, para que o princípio e sua normatividade alcancem as ditas regras *comuns*. Imprescindível, nesta senda, exercício hermenêutico da parte do aplicador da lei:

> O ponto de partida do intérprete há que ser sempre os princípios constitucionais, que são o conjunto de normas que espelham a ideologia da Constituição, seus postulados básicos e seus fins. Dito de forma sumária, os princípios constitucionais são as normas eleitas pelo constituinte como fundamentos ou qualificações essenciais da ordem jurídica que institui. A atividade de interpretação da Constituição deve começar pela identificação do princípio maior que rege o tema a ser apreciado, descendo do mais genérico ao mais específico, até chegar à formulação da regra concreta que vai reger a espécie.(BARROSO, *Interpretação e Aplicação da Constituição*, 1998, p. 141, *apud* PIOVESAN, 2003, p. 362).

Desta forma, necessária a conceituação de princípios como normas abertas, sem necessidade de controle prévio para sua aplicabilidade; já as regras são proposições igualmente normativas, mas que buscam controlar sua própria aplicação. Temos como certo que as normas, por si sós não conseguem regular a complexidade das situações individuais e coletivas dentro da malha social, e que, necessitam do diálogo para com os princípios para que sejam legitimadas, haja vista que, se válidas, constituem densificações dos princípios, que devem ser aplicados de modo a respeitar a diversidade social e principiológica, já que princípios, ainda que eventualmente opostos, se requerem complementarmente, e não podem ser considerados e aplicados de forma isolada (NETO, 2005, p. 77-78).

Isto posto, na Constituição Federal de 1988 são assumidos compromissos estatais por meio da positivação de direitos sociais, ligados à estrutura principiológica constitucional, no escopo de que sejam minimizadas as mazelas

sociais nacionais, através da prestação de serviços sociais - que não mais deveriam estar restritos ao discurso populesco:

> A importância funcional dos direitos sociais básicos, assinalada por inumeráveis juristas do Estado social, consiste pois em realizar a igualdade na Sociedade; igualdade niveladora, volvida para situações humanas concretas, operada na esfera fática propriamente dita e não em regiões abastratas ou formais do Direito (BONAVIDES, 2000, p. 343).

Como princípios básicos e mantenedores de toda a estrutura ideológica do movimento de Reforma Sanitária, temos a tríade formada pela universalidade, equidade e integralidade, compreendidas como princípios finalísticos da Reforma, e posteriormente, do SUS em si[27].

Sinteticamente, a universalidade consiste no acesso de todos ao sistema público de saúde, e não somente aos empregados formalmente e/ou contribuintes com o Regime de Previdência, como ocorria anteriormente, já que os serviços públicos de saúde eram oferecidos através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, substituto do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS.

O acesso universal constitui exercício de cidadania, não impedindo, em sua implementação, que sejam estabelecidos critérios para que se evite a falta de pessoas sem cobertura ou a duplicação de cobertura para aqueles que possuem serviços de saúde complementares. No Brasil, predomina o entendimento que a universalidade garante a todos, indistintamente, todos os serviços em saúde pública existentes, independentemente de seguros de saúde privados ou não. Existem vozes que defendem que, em virtude da dificuldade de financiamento para o acesso universal, diminua-se a prestação de serviços em saúde pública para os que já pagam por planos de saúde, que acabam possuindo dupla porta de entrada aos serviços (tanto pela forma pública, quanto pela suplementar), permitindo-se o acesso, nesses casos, tão somente aos serviços de média e alta complexidade. Desta forma, possibilitaria-se a ampliação dos serviços públicos em saúde aos estratos inferiores, que não tem nenhum acesso (BACHA, SCHWARTZMANN,

---

[27] Podemos mencionar ainda princípios estruturais, também denominados diretrizes estratégicas do SUS: descentralização (da gestão dos serviços), regionalização e hierarquização dos serviços e integração de ações promovidas, que não serão discutidos por não fazerem parte do arcabouço teórico da pesquisa proposta.

2011). Esta não é a nossa posição; defendemos a universalidade a todos, independentemente de condições de arcar com os custos com saúde suplementar, posto que também defendemos que o necessário é o caminho inverso: não é a saúde pública que deve ser destinada apenas aos pobres, mas os que possuem maiores condições é que devem chegar à conclusão da desnecessidade de custeio de saúde suplementar, ante a boa prestação de serviços de saúde pública.

Já a igualdade é decorrente da universalidade, posto que, se a prestação de serviços e realização de ações em saúde são para todos, nenhum dos destinatários destas ações e serviços pode ser discriminado, sem prejuízo do atendimento prioritário para grupos, classes sociais e comunidades mais vulneráveis a determinados tipos de agravo (WEICHERT, 2004, p. 161).

Entretanto, necessário o destaque para o fato de que a igualdade meramente formal, sem respeito à diversidade humana, dentro de um discurso de práticas homogêneas acaba por mascarar as desigualdades, que se acentuam através deste exercício:

> No duro processo histórico de aprendizado do que significam para nós os direitos fundamentais à liberdade e à igualdade pudemos compreender que, se a afirmação formal desses direitos, desconhecendo o Direito as desigualdades materiais efetivas entre as pessoas, gera uma exploração sem precedente histórico dos materialmente em desvantagem, por outro lado, condicionar o seu reconhecimento à satisfação de determinadas condições materiais, privatiza o público e gera apenas clientela, e não a cidadania prometida. E isso porque, se a todos devem ser asseguradas oportunidades mínimas para alcançarem as condições materiais necessárias ao pleno exercício dos seus direitos constitucionais fundamentais de liberdade e de igualdade, é precisamente porque já os reconhecemos como cidadãos iguais e livres, como membros da comunidade de princípios. Devem ser tratados, portanto, como cidadãos desde o início, livres e iguais, titulares dos direitos fundamentais, tendo a oportunidade de responder por suas opções, e de com elas aprender (NETO, 2005, p. 80).

Tem-se ainda que o marco legal do princípio da igualdade é fruto do liberalismo, e da ascensão da burguesia ao poder, no pós-absolutismo, sem atenção a diversidade. De qualquer forma, foi um importante momento de ruptura, o pontapé inicial para a multiplicação dos Direitos Humanos *a posteriori:*

> A igualdade formal se reduz à fórmula de que *todos são iguais perante a lei,* o que significou um decisivo avanço histórico decorrente das modernas Declarações de Direitos do final do século XVIII. Nesse momento histórico, as chamadas modernas Declarações de Direitos – destaquem-se a Declaração francesa de 1789 e a Declaração americana de 1776 –

> consagravam a ótica contratualista liberal, pela qual os direitos humanos se reduziam aos direitos à liberdade, segurança e propriedade, complementados pela resistência à opressão. O discurso liberal da cidadania nascia no seio do movimento pelo constitucionalismo e da emergência do modelo de Estado Liberal, sob a influência das idéias de Locke, Montesquieu e Rousseau. Frente ao absolutismo, fazia-se necessário evitar os excessos, o abuso e o arbítrio do poder. Nesse sentido, os direitos humanos surgem como reação e resposta aos excessos do regime absolutista, na tentativa de impor controle e limites à abusiva atuação do Estado. A solução era limitar e controlar o poder do Estado, que deveria se pautar na legalidade e respeitar os direitos fundamentais. A não-atuação estatal significava liberdade. Daí o primado do valor da liberdade, com a supremacia dos direitos civis e políticos e a ausência de previsão de qualquer direito social, econômico e cultural.
> Era nesse cenário que se introduzia a concepção formal de igualdade, como um dos elementos a demarcar o Estado de Direito Liberal. Todavia, como já ressaltado, não era previsto qualquer direito de natureza social e nem mesmo se pensava no valor da igualdade sob a perspectiva material e substantiva (PIOVESAN, 2003, p. 191-193).

Neste sentido, anotamos que a igualdade pretendida vai além da igualdade formal; trata-se de igualdade material, real, traduzida na noção de equidade:

> Igualdade é um valor moral, enquanto equidade é uma questão de justiça. A igualdade enquanto ideia abstrata não tem força, mas a equidade é uma expressão de justiça social, a qual se destina a corrigir desigualdades, que podem ser evitadas na distribuição das capacidades básicas dos indivíduos, que são de responsabilidade social ou coletiva (BACHA, SCHWARTZMAN, 2011).

O princípio em questão se direciona à necessidade de superação das desigualdades sociais, através de tratamento muitas vezes desigual (a igualdade, muitas vezes significa tratar desigualmente os desiguais, para que ao final, a igualdade almejada seja alcançada), por meio de ofertas específicas de serviços em saúde para determinados grupos, analisadas a partir de situação de risco diferenciada, sobretudo no que diz respeito às condições de vida e saúde (incluindo-se aí os portadores de transtorno mental), o que definiria a denominada equidade vertical[28]. Neste sentido, o magistério de Carmen Teixeira (2011):

> O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a

---

[28] A equidade horizontal, sob o prisma da classificação das modalidades de equidade entre horizontal e vertical consistiria na atenção às pessoas de mesmo perfil de forma idêntica.

> possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos (TEIXEIRA, 2011).

Considerando-se, portanto que a igualdade formal não é suficiente, mas que devemos prestar atenção à igualdade material, a equidade, fundada sobre a diversidade e a desigualdade existentes, emerge a luta pela igualdade para os grupos minoritários, alijados dos processos de inserção social, dando maior amplitude para a concepção de *sujeito de direito* como o ser humano considerado individualmente, no escopo de desvelar-se a igualdade meramente legal:

> A partir da extensão da titularidade de direitos, há o alargamento do próprio conceito de sujeito de direito, que passou a abranger, além do indivíduo, as entidades de classe, as organizações sindicais, os grupos vulneráveis e a própria humanidade. Esse processo implicou ainda a especificação do sujeito de direito, tendo em vista que, ao lado do sujeito genérico e abstrato, delineia-se o sujeito de direito concreto, visto em sua especificidade e na concreticidade de suas diversas relações. Isto é, do ente abstrato, genérico, destituído de cor, sexo, idade, classe social, dentre outros critérios, emerge o sujeito de direito concreto, historicamente situado, com especificidades e particularidades. Daí apontar-se não mais ao indivíduo genérica e abstratamente considerado, mas ao indivíduo especificado, considerando-se categorizações relativas ao gênero, idade, etnia, raça, etc.
> Consolida-se, gradativamente, um aparato normativo especial de proteção endereçado à proteção de pessoas ou grupos de pessoas particularmente vulneráveis, que merecem proteção especial. Os sistemas normativos internacional e nacional passam a reconhecer os direitos endereçados às crianças, aos idosos, às mulheres, às pessoas vítimas de tortura, às pessoas vítimas de discriminação racial, dentre outros (PIOVESAN, 2003, p. 194).

Por fim, salienta-se que em decorrência da necessidade de reorientação do serviço advinda da aplicação do princípio da igualdade, emerge o princípio da integralidade. Referidos princípios se articulam de forma simbiótica, eis que a equidade só se torna efetiva quando o usuário é visto em toda a sua integralidade – e tem acesso às políticas públicas em saúde, e os serviços dela decorrentes, de forma total, respeitados os níveis de atenção e a descentralização do serviço.

Concebe-se a integralidade como um princípio oriundo da reorientação à atenção em saúde, em sua concepção de ruptura com o paradigma biomédico e hospitalocêntrico. Referida mudança conceitual e de atenção, conforme o Fórum da Reforma Sanitária de 2006[29],

---

[29] O Fórum de discussão em questão foi realizado por instituições de relevância nacional no que diz respeito à Saúde Coletiva, entre elas o CEBES e a ABRASCO.

> Envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, mas, principalmente, concentrar-se no usuário-cidadão como um ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes. As práticas interativas, mais holísticas, devem estar disponíveis como alternativas de cuidado à saúde. A humanização do cuidado, que envolve desde o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, deve orientar todas as intervenções (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA, 2006, p. 389).

Desta forma, o profissional em saúde deve estar atento não somente ao agravo que origina a busca pelo serviço, mas também à todos os potenciais agravos, ainda inexistentes, articulando o serviço preventivo e o assistencial, conforme disposição da previsão legal da integralidade, constante no art. 198, II, da Constituição Federal (BRASIL, 1988):

> Uma primeira dimensão da integralidade, na prática se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos. Para os profissionais, isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento. Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção. (MATTOS, 2004, p.1413).

Salienta-se, ainda, que por mais que a integralidade seja decorrente da equidade, não é princípio menor entre os demais que constituem a tríade principiológica da Saúde Pública brasileira; pelo contrário, a integralidade ganha extrema relevância, por trazer em seu corpo a noção do indivíduo diversa da de uma *colcha de retalhos orgânica* a constituí-lo (visão holística, respeitando-se as subjetividades individuais, alteridade e autonomia do paciente), permite a incorporação de aspectos socioculturais na construção de saúde, e porque não a possibilidade de alternativas terapêuticas diversas da tradicional, ampliando a atenção à saúde, através de práticas interdisciplinares.[30]

Trazemos à lume posicionamento de MATTOS (2009), que preleciona que

---

[30] A título de exemplo da aplicação da integralidade, mudança de atenção da saúde e visão holística do usuário que a fundamenta, mencionamos a Rede Cegonha, projeto do Ministério da Saúde, que, além da medicina obstetrícia tradicional, possibilita a intervenção de parteiras e doulas no serviço prestado à usuária gestante. Disponível em http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1816, acesso em 12 de maio de 2013, às 18:36 horas.

> o princípio da integralidade pode nos oferecer uma chave para reconceitualizar a qualidade que aspiramos [qualidade dos serviços em saúde pública]. Independentemente de seus múltiplos sentidos, integralidade tem a ver com a recusa às formas de reducionismo, a começar pelo reducionismo de sujeitos a objetos. Nesse sentido, reconhecer que as práticas de cuidado são necessariamente intersubjetivas, e que devem se pautar por uma perspectiva dialógica para a determinação das necessidades de ações e serviços de saúde em cada situação, tanto de grupos como de pessoas (Mattos, 2001). Diálogo que necessariamente se faz no contexto concreto dos modos de andar a vida desses grupos sociais e dessas pessoas (Mattos, 2004a, 2004b). Nesse sentido, o termo integralidade expressa um conjunto de valores que devem pautar todas as práticas de saúde, conferindo-lhes qualidades (MATTOS, 2009, p. 778)

A despeito da efervescência do debate relativo às finalidades do SUS, asseveramos que a década de 90 foi marcada pelo retraimento da participação social e do movimento instituinte da reforma, ocasião em que as discussões se restringiam à "questões de financiamento, organização e gestão, reduzindo o seu conteúdo reformista ou revolucionário" (PAIM, 2009, p. 33-34).

Isto se deu, conforme Paim (2009) pelo descompasso entre o Estado de Bem Estar Social preconizado na Constituição de 1988 (legitimadora da reforma sanitária) e o Estado Neoliberal existente na realidade:

> A Constituição criou o SUS. Mas sua implementação se fez em um contexto político bem distinto do imaginado pelo movimento sanitário: no cenário internacional, crescia a difusão do ideário neoliberal, com as propostas de redução da atuação do Estado em vários setores, inclusive na saúde; no cenário nacional, o restabelecimento das eleições diretas levou à presidência governos que efetivamente incorporavam, de modo significativo, aquele ideário de redução da atuação do Estado. (...) O SUS que foi se desenhando no concreto da vida dos brasileiros nem sempre correspondia (e corresponde) ao ideário do movimento sanitário, embora sejam inequívocos os avanços produzidos nesses vinte anos (MATTOS, 2009, p. 771-772).

Pouco depois da virada do milênio, em 2003, na 12ª Conferência Nacional de Saúde, o tema Reforma Sanitária voltou à discussão, sob o prisma da saúde no contexto de direito à cidadania, além de conquista da democracia. Desde então a agenda principiológica do SUS se revitaliza, sobretudo com a ampliação do Programa Saúde da Família - PSF, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família - ESF, elaboração e aprovação do Pacto pela Saúde, Reforma Psiquiátrica (tratada de forma específica a seguir, ante profunda relevância à esta pesquisa),

além da reinserção de Instituições ligadas à Saúde Coletivas, como o CEBES e a ABRASCO no debate (PAIM, 2009).

Diante desta pauta, advinda de crises de financiamento articuladas à aplicação do ideário da reforma, necessário se destacar que o modelo de atenção proposto não deve se olvidar de uma prática humanizada, repetimos, com alteridade e respeito às subjetividades do usuário, pois

> (...) a velha tensão entre ampliar o acesso e transformar as práticas e as instituições de saúde segue atual. Não basta garantir o acesso universal e igualitário aos brasileiros. As práticas de cuidado devem estar fortemente voltadas para dar a resposta ao sofrimento das pessoas ou para evitar esse sofrimento. É esse o desafio de um SUS mais humano. É esse o desafio de todas as políticas que se voltem especificamente para as transformações das práticas. É esse o desafio, também, da política de humanização (MATTOS, 2009, p. 779).

6.2 A luta antimanicomial

Conforme mencionado, a crise do paradigma científico biomédico (tecnicista, mecanicista e empirista – com metodologia de estudo própria das *ciências naturais*, alijado das relações entre as desigualdades e exclusão no processo saúde-doença) desencadeou um movimento de crítica às verdades até então tidas como absolutas, porque não dogmáticas, com seus respectivos objetos e instrumentos de análise fixos, inquestionáveis e indiscutíveis (AMARANTE, 2004).

Aliado à conjuntura em questão, o trabalho de Foucault (1978 a) e Goffman (2001) tiveram forte influência sobre a comunidade acadêmico-psiquiátrica, no que diz respeito à problematização, ruptura paradigmática e ressignificação de suas práticas, buscando a compreensão do processo de ideologização que este campo da ciência sofreu a partir do século XVIII, sobretudo XIX, além da compreensão da função social da psiquiatria e seu manicômio – e seus principais *frutos* : a exclusão/controle de marginalização social e a desumanização de seus detentos . Neste sentido, Franca Basaglia, em a *instituição negada*, debate a:

> (...) individuação da função política implícita na intervenção técnica que, bem longe de conservar a neutralidade habitualmente atribuída à ciência, contribui teórica e praticamente para a manutenção do sistema sócio-econômico do qual é expressão (BASAGLIA, 1981, *apud* AMARANTE, 1994).

Mister salientar que, no período histórico em apreço, percebemos que, como reflexo da mudança do conceito de saúde, as práticas psiquiátricas tiveram que repensar o seu objeto de estudo; não mais a doença – mas sim o ser humano que era o seu portador, com todas as suas características individuais, insurgindo-se, consequentemente, contra o processo de institucionalização que lhe era característico, compreendido como:

> (...) o complexo de danos derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando o instituto se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão, e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional (BASAGLIA, 1981, *apud* AMARANTE, 1994).

Ocorre que não há como se falar em humanização de tratamento (*integralidade* do paciente psiquiátrico) sem reconhecer-se a desumanização ocasionada pelo processo secular de institucionalização. As liberdades subjetivas e a individualidade dos pacientes/detentos não mais existiam, sendo necessário, a bem da verdade, o desencadeamento de um novo processo, de busca, já que havia sido perdida

> a originalidade de suas histórias, a espessura de seus sofrimentos e dores, e sobre eles se constrói [construiu] um objeto institucional, que é aquele que nós vemos na instituição. Esta objetivação é vista posteriormente pela psiquiatria como sinais ulteriores da doença. A inércia, a estereotipia, as formas de alheamento da realidade passam a ser entendidas como sintomas da doença, assim como tudo aquilo que tem relação com as perdas, a perda de contratualidade, a perda de uma colocação socialmente reconhecida, enfim, todo o fenômeno de de - socialização que parte da doença (DELL 'ACQUA, 1992, *apud* AMARANTE, 1994).

Logo, percebe-se que a institucionalização criticada a partir de meados do século XX, foi responsável não só pela destituição de personalidade dos pacientes, vistos exclusivamente à partir de suas enfermidades, mas também por sua prejudicial homogeneização *intramuros*, já que

> o doente, fechado no espaço augusto da sua individualidade perdida, oprimido pelos limites impostos pela doença, é forçado, pelo poder institucionalizante da reclusão, a objetivar-se nas regras próprias que o determinam, em um processo de redução e de restrição de si que,

> originariamente sobreposto à doença, não é sempre reversível (BASAGLIA, 1981, *apud* AMARANTE, 1994).

Isto posto, percebe-se que a então emergente luta contra a estrutura asilar e a institucionalização que lhe era peculiar não era cingida tão somente de aspectos terapêuticos, mas também sociais, na medida em que sua crítica e proposta rompia também com a forma que a sociedade lidava com os seus loucos – buscando sua inclusão, sob o argumento da liberdade como condição de reabilitação, já que, somente através de tratamento no seio da sociedade o louco poderia preservar, reconstruir e/ou ressignificar suas vivências e identidade enquanto ser humano, pois "além de um doente, de um paciente, um sujeito portador de uma singular existência-sofrimento habita um território determinado, ao qual devem ser direcionados os esforços de cuidado" (VECCHIA; MARTINS, 2009, p.155).

Ressalta-se ainda que o movimento de reforma psiquiátrica também era investido de cunho político, haja vista que, com o reconhecimento da humanidade do louco, e da (re)construção de sua identidade fora do manicômio, inserido no contexto social, o último passo seria a conquista de sua cidadania, já que

> o que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, confinando-o à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a idéia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade (FORTES, 2010).

Dentro do contexto do discurso de humanização em tela, imprescindível a anotação objetiva acerca do que vem a ser referido conceito. Humanização é reflexo do reconhecimento de determinado ser como pessoa, e portanto, detentora de personalidade própria. Taylor, citado por Stancioli (2004), afirma que a personalidade é composta por três imprescindíveis e indissociáveis eixos: o da autonomia, o da alteridade e o da dignidade.

O primeiro diz respeito ao exercício individual de escolhas, como fruto da liberdade, em busca da construção do melhor ou mais justo projeto pessoal. Nesta senda, Almeida:

> Uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir em direção a esta deliberação, considerando os

> valores morais do contexto no qual está inserido. Um indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano próprio, de forma análoga à que um governo independente administra seu território e estabelece suas políticas. Respeitar a autonomia é valorizar a consideração sobre as opiniões e escolhas, evitando, da mesma forma, a obstrução das ações do sujeito autônomo, a menos que sejam claramente prejudiciais a outros. (ALMEIDA, 2010).

O segundo guarda relação com as interações sociais desempenhadas pelo ser humano, não mais a autodeterminação condizente com a autonomia, mas a forma pela qual o tecido social visualiza determinada pessoa ou grupo de pessoas, já que nossos corpos não são puramente biológicos, mas também sociais, construídos pela nossa experiência e cultura. Nesse diapasão, a construção de nossa personalidade ocorre através da percepção do outro, de forma dialógica com nossas escolhas fundadas na autonomia da vontade, já que, para que ocorra alteridade, é necessário que sejamos reconhecidos e percebidos "de igual para igual", e, consequentemente, respeitados tal qual somos.

O terceiro consiste no resultado dos dois primeiros – uma busca de autorrealização. Refletindo, percebemos, que conforme proposto por Kant, dignidade é percebida diante de um valor insubstituível, sem preço. Desta forma, todos os seres humanos, enquanto morais, possuem dignidade à medida em que, através do exercício da autonomia, constroem sua personalidade – individual e insubstituível. Forma-se então um laço entre a autonomia e a dignidade (ALMEIDA, 2010), exercidas e construídas no contexto interativo da alteridade.

Desta forma, para que seja garantida a condição humana ao louco, necessário que tenha respeitada a sua autonomia e dignidade, sem prejuízo de tratamento com alteridade. Anota-se ainda que através desta prática é trilhado o caminho para que a igualdade material, tratada anteriormente como equidade, seja alcançada, firmando-se assim a necessária comunicação entre os conceitos de autonomia alteridade, dignidade e equidade – complementares entre si.

Desta forma, para que o problema relativo à redução de autodeterminação do louco não vicie o exercício dialógico em apreço, necessário que atentemo-nos à equidade mencionada alhures, para que eventuais limitações não sejam motivo para a coisificação do ser humano em questão, considerando-se ainda que o exercício da autonomia do paciente psiquiátrico, de forma progressiva e conforme suas limitações, conferindo-lhe responsabilidade por seus atos, é condição para a reabilitação:

> Ou seja, é indispensável ter-se em conta que as diferenças relevantes que possam afetar as escolhas autônomas devem ser ponderadas, para a efetiva aplicação da justiça. Deve haver, e portanto deve-se buscar, uma forma de garantir o direito à autodeterminação na ausência de capacidade para a tomada de decisão. Eike-Henner alerta para o equívoco que seria tratar a pessoa incompetente da mesma forma que se trataria qualquer pessoa, o que entende como puni-la por sua incompetência.(ALMEIDA, 2010, p. 385-386).
> (...)
> A autonomia é importante do ponto de vista da resolubilidade do serviço, pois se acredita que a melhora do usuário advém do maior grau possível de autonomia, possibilitada pela nova abordagem antinosocomial. Conforme essa abordagem não é o sujeito que deve se adequar à proposta clínica, mas, ao contrário, é o serviço que deve ser capaz de absorver as demandas específicas dos usuários, o que exige as mais diversas táticas.(ALMEIDA, 2010, p. 387).
> (...)
> Refrear-se de negar autonomia a outrem, porque simplesmente se está em posição que assim permite, é respeitar-lhe a dignidade. Deve-se atentar para o fato de que paternalismo e beneficência nem sempre são boas soluções para o doente mental e que, talvez, a tutela do Estado e o controle médico estejam muito mais a serviço da contenção do doente mental, estigmatizado ou perigoso para a sociedade, do que para buscar o real conforto e tratamento do mesmo. (ALMEIDA, 2011, p. 392).

Referidos debates antimanicomiais iniciados em meados do século XX (tratados acima) passaram a ganhar relevância no Brasil após o período de ditadura militar, durante o processo de redemocratização nacional (portanto, há quase trinta anos). Assim emergia no contexto nacional o denominado *movimento de reforma psiquiátrica*, que buscava humanizar o tratamento ao louco, desconstruindo-se a visão secular de que este constituía elemento da natureza, o que, de forma prática se deu pela busca da transposição da visão hospitalocêntrica, institucional e puramente biomédica que imperava até então.

O pleito pela reforma foi encabeçado pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), fundado em 1987,

> organizado a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, agregando profissionais, estudantes, técnicos, pessoas com transtornos mentais e seus familiares em torno das lutas políticas por condições dignas de trabalho e pelo direito de atenção à saúde mental, sob a consigna "por uma sociedade sem manicômios". O movimento passa a reivindicar que a denúncia do manicômio consiste em ir além de tornar pública sua ineficácia em relação aos cuidados com o sujeito em sofrimento psíquico tão somente no plano técnico assistencial (VECCHIA; MARTINS, 2009, p. 154).

A defesa da "sociedade sem manicômios" também se amparou, interdisciplinarmente, na garantia oriunda dos Direitos Humanos de incriminação da

submissão de indivíduos à tortura ou castigo cruel, desumano ou degradante, ao estendê-la para a "condição de opressão do doente mental nos manicômios e sua humilhação moral na sociedade em geral" (MAIA; FERNANDES, 2002, p. 159).

Importante ressaltar que, acertadamente, o movimento via que o processo de humanização do louco dependia da aplicação, em seu favor, do princípio da integralidade no processo assistencial, desviando-se da medicalização excessiva, exclusiva e isolada no processo terapêutico, o que se justifica, também na crise do paradigma biomédico também já mencionada. Desta forma, no contexto da reforma psiquiátrica, o tratamento médico também privilegia práticas terapêuticas alternativas à farmacológica, como a terapia ocupacional, psicoterapia individual e grupal, atividades artísticas e culturais, entre outras, sem prejuízo do importante papel terapêutico da família do paciente, livre de culpabilização pelo estado mental de seu ente, nesta nova ótica de tratamento, tudo no escopo de se superar o antigo modelo de atenção.

Neste sentido, necessário frisarmos que no modelo asilar a família era afastada das práticas terapêuticas, e inclusive, em alguns casos a justificativa era que o próprio núcleo familiar era fator patogênico (o famigerado argumento de inserção do paciente mental em família desestruturada). No modelo de atenção reformador, a família ocupa papel relevante, posto que é a partir do acolhimento deste núcleo que as identidades serão construídas, destacando-se ainda o importante papel da atenção primária, através das ESFs articuladas aos CAPS.

6.2.1 Da discussão à prática

O Movimento Antimanicomial, no Brasil se tornou política de estado com a sanção da Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001), "que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental", após mais de dez anos de tramitação no Legislativo (o projeto de Lei original, proposto na Câmara dos deputados sob o número 3657, em 1989). Referido instrumento normativo, embora pequeno (apenas treze artigos), resguarda os direitos do portador de transtorno mental (1º e 2º artigos[31]), e ainda lança

---

[31] Art. 1o Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação

algumas diretrizes para o tratamento, incorporando o ideário da reforma sanitária[32], permitindo, entretanto a existência de outras normas a implementar ou complementar seu conteúdo.

---

sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.
Art. 2o Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.
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.

[32] Art. 3o É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.
Art. 4o A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.
§ 1o O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.
§ 2o O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.
Art. 5o O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.
Art. 6o A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.
Art. 7o A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.
Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
Art. 8o A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
§ 1o A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

No que tange aos direitos, anota-se que buscou-se, no texto legal, a garantia de tratamento de qualidade e humanizado, com presença do médico, inserção social e familiar, autonomia do paciente, além de internação somente em casos extremos, ocasião em que deverá ser formulado laudo médico com as respectivas justificativas.

Ademais, regulamenta a lei em apreço as categorias de internação, a saber, divididas em voluntárias e involuntárias. As voluntárias, em que existe o consentimento do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) , poderão ser realizadas após autorização de médicos da circunscrição do local do hospital psiquiátrico. Já as internações involuntárias, objeto da presente pesquisa, se regulamenta também através de autorização médica, nos termos da voluntária, mas também necessitam de comunicação, por parte do técnico hospitalar responsável, ao Ministério Público Estadual no prazo de 72 (setenta e duas) horas, ato este que se repetirá no momento da alta hospitalar, salientando-se que a internação involuntária se encerrará a pedido do familiar ou responsável, ou pelo médico (nota-se, neste sentido, que a internação se dá exclusivamente a pedido do médico, mas a desinternação também pode ocorrer a pedido da família/responsável pelo paciente). Já a internação involuntária judicial, por levar em conta a periculosidade do agente, demonstra, através do art. 9º, preocupação com a estrutura de segurança da unidade de tratamento, tanto para o paciente, como para os demais internados e funcionários.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria 2391 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) ainda estabelece, de forma complementar, que 72 (setenta e duas) horas após a internação voluntária deverá ser instaurada Comissão revisora das

---

§ 2o O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.
Art. 9o A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.
Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.
Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.
Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.
Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Internações, para que acompanhe estas internações no prazo de sete dias após a comunicação. Ademais, estabelece ainda que, no caso de internação voluntária que necessitar de permanência do paciente no estabelecimento, da qual este discorde, o caráter voluntário da internação poderá se transformar em involuntário, mediante comunicação ao Ministério Público, com posterior ordem judicial.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), nas resoluções 1598/00(CFM, 2000), 1952/10 (CFM, 2010) seguem a mesma tônica, qual seja, a de internação, sobretudo involuntária somente em casos em que o paciente apresente risco atual e iminente para si ou sua comunidade, e ainda sob supervisão do Ministério Público a todo tempo, a fim de que eventuais abusos por terceiros não sejam cometidos em desfavor dos internos.

Destaca-se ainda a importância da Resolução 1952/10 CFM no que diz respeito à implementação de modelo de atenção integral ao paciente psiquiátrico formulado pela Associação Brasileira de Psiquiatria, que propõe, como alternativa ao tratamento de internação *tradicional* as residências terapêuticas, sem prejuízo do fortalecimento de práticas de atenção primária e das unidades de tratamento ambulatorial, como os CAPS-Centros de Atenção Psicossocial.

O grande fruto do movimento antimanicomial, legitimado pela Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001), foi a criação e expansão, no território nacional, dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Referidas unidades de tratamento substitutivas ao manicômio são a porta de entrada, na maior parte das vezes, da atenção em saúde mental pelo SUS (o primeiro contato com o paciente psiquiátrico deveria ocorrer na atenção primária, por meio dos agentes comunitários das ESFs). O tratamento dispensados nos CAPS pode ser intensivo (diário), semi-intensivo (até doze dias por mês) ou não intensivo (até três dias no mês), e será definido conforme a necessidade do paciente, verificada à partir da intensidade do agravo. Referidos centros de atenção, por não consistirem em instituições hospitalares, sequer de feições hospitalares, possuem como prerrogativa o desenvolvimento da autonomia e identidade de seus pacientes, sua reinserção no ambiente comunitário e familiar, e reabilitação, através da terapia farmacológica tradicional, aliada à práticas de expressão (dança, música, técnicas teatrais – arte em geral) e oficinas geradoras de renda (artesanato, marcenaria, e outras atividades profissionalizantes), sem prejuízo de alfabetização para os que necessitarem, para que assim haver conscientização e

posterior exercício de cidadania. Percebe-se, portanto, que os centros devem ser compostos de equipes multiprofissionais, e que as ações, intersetoriais.

Critica-se, entretanto, através da Resolução 1952/10 (CFM, 2010) o reducionismo das práticas em saúde mental à atividade dos CAPS (sem qualquer preocupação com a qualidade do serviço), afirmando-se que a atenção integral em questão vai desde à atenção primária (através de capacitação dos agentes de saúde e médicos das ESFs em reconhecer os agravos psiquiátricos, de forma inter-relacionada harmonicamente às unidades de atendimento em saúde mental), até os casos excepcionais de internação mencionados, passando ainda pelas unidades de atendimento ambulatorial e serviços de emergência psiquiátrica.

Através das diretrizes propostas pela Resolução em estudo, mencionam-se ainda os Centros de Atenção Médica, Psicológica e Social- (intermediários entre o tratamento ambulatorial e a internação), além das unidades hospitalares tradicionais (especializadas, ou compondo hospitais gerais – pressupondo tratamento de internação), sem prejuízo de centros de convivência para os pacientes de variados graus de comprometimento, como instrumento de socialização e recreação.

Podemos mencionar ainda, no bojo da legislação federal relativa à saúde mental, a Lei 10.708/2003 (BRASIL, 2003), que Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações longas e sem possibilidade de acolhimento (inclusive os egressos de instituições de cumprimento de medida de segurança, após decisão do Juízo de Execução Penal), no valor de R$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), por um ano, que, aliada à Portaria n.º 06/2000, do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000), implementa e viabiliza o programa de Residências Terapêuticas no Brasil, como alternativa à internação tradicional.

Referida Portaria ministerial, complementadora da Lei 10.708 (BRASIL, 2003) busca, nas Residências Terapêuticas, alternativa de substituição da internação manicomial, nos moldes prisionais em que esta foi institucionalizada, com o escopo de se garantir a construção da cidadania dos egressos de manicômios, sem possibilidade de atendimento ambulatorial e/ou assistência familiar, conforme o princípio da integralidade.

Sobre esta medida terapêutica substitutiva, Eduardo Mourão Vasconcelos aduz que:

> Do ponto de vista dos usuários, os dispositivos residenciais constituem elementos fundamentais de seu bem-estar físico, psicológico e social. Estes serviços, quando inseridos em comunidades urbanas fora das instituições asilares, permitem uma reapropriação pessoal muito mais rica do corpo, do espaço e do tempo, do uso dos objetos e de criação de vínculos interpessoais na vida quotidiana, bem como de novas oportunidades sociais da comunidade, e em melhores condições de lutar contra o preconceito convencional em relação à loucura (VASCONCELOS, 2001).

Nestas residências, existe flexibilidade na intensividade de tratamento nos moldes hospitalares[33]; trata-se de uma residência comum, com supervisão e acompanhamento de profissionais de saúde, além de atividades articuladas com o CAPS de referência da localidade e equipes de atenção básica, podendo comportar de 01 (um) a 08 (oito) usuários, não consistindo em uma unidade tradicional de serviço em saúde, mas um espaço de convivência e moradia, consciente que a reabilitação psicossocial deve ocorrer no contexto social, e não mais detrás dos muros altos do isolamento – superando-se assim, o modelo de atenção hospitalocêntrico, adaptando-se assim às premissas e diretrizes lançadas pela Reforma Psiquiátrica, e da Lei que a legitimou, sem prejuízo dos direitos e garantias fundamentais consagrados no texto constitucional.

Importante salientar, por fim, que é inegável que o Brasil atualmente possui diversos instrumentos normativos para lidar com a questão do paciente psiquiátrico de forma um pouco mais humanizada. Entretanto, é necessária muita cautela quando da implementação das políticas públicas, para que, não se incorra no retorno à hegemonia das práticas asilares, tão criticadas, mas que muitas vezes acabam tornando-se a alternativa mais fácil para a resolução da problemática da saúde mental; melhor dizendo, referidas práticas asilares não são alternativa mais fácil para a *resolução* do problema, eis que não o resolve efetivamente – apenas deixa-se de enfrentá-lo, por meio do isolamento. É certo que existem os mais variados riscos e graus de agravos psiquiátricos, mas a internação, sobretudo a

---

[33] Conforme o Ministério da Saúde, os serviços de residência terapêutica podem assumir duas modalidades: uma de moradia com cuidados menos intensivos, em que os moradores são supervisionados periodicamente por profissional de saúde, e contam com os serviços de um funcionário doméstico, e se valem dos serviços de atenção à saúde do CAPS e ESF; a outra, para casos de maior necessidade de cuidado, conta com monitoramento técnico diário e intensivo, com funcionários 24horas por dia. Para maiores detalhes, sobretudo no que diz respeito a financiamento e experiências realizadas, cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

involuntária, deve seguir todos os trâmites previstos em Lei, com participação do Ministério Público em todas as etapas, e aplicada em última instância, e em casos excepcionalíssimos.

Procuramos esclarecer à exaustão o ideário envolto no movimento de reforma psiquiátrica pois, algumas décadas depois de seu clímax discursivo, as esferas públicas e corporativas tem flertado com a institucionalização dos pacientes sob os mais variados nomes e sob diversas formas, talvez não tão graves quanto à internação, mas também despersonalizadoras (de forma sutil), na medida em que criticam a desmedicalização, o descarte do psiquiatra e a centralização do serviço em tratamentos ambulatoriais nos moldes do CAPS.

Referida assertiva se torna mais palpável se percebermos que, a despeito de tantas críticas e tantas mudanças em relação ao modelo institucionalizante do manicômio, ainda existe muita resistência em abandoná-lo quase que totalmente, porque referido espaço é imprescindível para a formatação de seres humanos conforme uma dinâmica de opressão do sistema excludente já criticado, como se a camisa de força hospitalar fosse predecessora de uma camisa de força social, que todos os seres humanos tidos como normais tem que trajar. Isto porque, caso as instituições totais iniciais[34](às quais todos temos acesso), falhem, restarão como últimas cartadas as prisões e os manicômios. Notamos portanto, que o manicômio, como já mencionado durante o estudo de sua evolução histórica, ainda possui, para muitos segmentos da sociedade, função pedagógica. Questionamos: pedagógica em que sentido? Para ensinar o que? A interesse de quem?

Lobosque (2001), em resposta às críticas aos serviços substitutivos e defesa de manutenção do aparato hospitalar psiquiátrico, nos esclarece:

> O ideal do centro de ensino [em relação aos manicômios] nos tenta: é respeitável, parece nobre...Contudo, quando presos a ele, recaímos, novamente, na armadilha de pretender construir um saber sobre a loucura, ignorando não só o que a loucura nos ensina, mas sobretudo, os próprios impasses que a sua experiência impõe ao modelo da razão. Temos, mais uma vez, o louco sob observação, a serviço da constituição de uma saber que não é seu e não lhe serve, sem efeitos de impulsionar as vidas nem de abrir as portas.
> (...)

---

[34] Procuramos aqui, com o termo *iniciais*, referir-me a instituições que procuram desde o início da vida dos seres humanos, moldá-los à lógica de um sistema de relações de poder, muitas vezes capilar e imperceptível, e em outras vezes claramente opressor. Como exemplo, podemos mencionar escolas, instituições religiosas tradicionalmente ocidentais e instituições militares.

> O hospital psiquiátrico, afinal, é um baluarte indispensável para um saber universalizante que não dispensa jamais a figura do centro, do fundamento, da continuidade; e este saber se opõe, de forma radical, aos saberes descontínuos, pontuais, desobedientes, irreverentes, que se produzem nos serviços substitutivos, quando estes sustentam um convívio real com as experiências da loucura (LOBOSQUE, 2001).[35]

Certo é que a medicalização é necessária, desde que não seja exagerada; certo é também que o médico é imprescindível para o tratamento psiquiátrico, mas também o são os psicólogos, terapeutas ocupacionais, pedagogos e assistentes sociais; certo ainda é que os CAPS não podem ser o único instrumento de atenção, mas talvez o principal, que recebe a maior parte da demanda – já que a atenção primária deverá estar capacitada para o encaminhamento aos CAPS, e as unidades de internação, repetimos, utilizadas em raríssimas hipóteses; merecendo, os CAPS desta forma aportes para desenvolvimento de excelência em suas atividades e serviços.

Não podemos olvidar que o convívio social do louco é importante não só para a sua reabilitação, mas também para a própria sociedade, que não deve se furtar ao exercício da tolerância com a diversidade, e à inclusão daqueles que não a servem dentro do modelo de produtividade exigido. Alternativas existem, e serão tratadas oportunamente, sobretudo em relação aos loucos infratores, que por meio da prática do injusto penal grave, não podem desfrutar das possibilidades de reabilitação propostas pelo movimento antimanicomial.

6.2.2 O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAIPJ)

Questionando toda a problemática envolvendo o isolamento do louco infrator, apresentada inclusive no presente trabalho, em caráter pioneiro, o Estado de Minas Gerais lançou, no ano de 2001, na Comarca de Belo Horizonte, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), fruto de projeto-piloto desenvolvido desde o ano de 1999, no âmbito da pesquisa acadêmica em Belo Horizonte. O lançamento em questão se deu através do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), através da portaria conjunta 25/2001.

---

[35] LOBOSQUE, Ana Marta. *Hospitais psiquiátricos x serviços substitutivos: saberes em confronto. In* BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde, 2001.

O programa em questão critica a presunção de periculosidade atribuída aos portadores de sofrimento psíquico, já debatida em nosso trabalho, e parte da premissa que a responsabilização do louco por seus atos, por meio de um sistema diverso do carcerário. Referida condição para a responsabilização ganha sentido através da crítica ao atual sistema penal hegemônico:

> Contudo, ainda mais essencial parece a função realizada pelo cárcere, ao produzir, não só a relação de desigualdade, mas os próprios sujeitos passivos desta relação. Isto parece claro se se considera a relação capitalista de desigualdade, também e sobretudo como relação de subordinação, ligada estruturalmente à separação entre a propriedade da força de trabalho e dos meios de produção, e, por outro lado, à disciplina, ao controle total do indivíduo, requerido pelo regime de trabalho na fábrica, entre introdução do sistema carcerário e transformação de uma massa indisciplinada de camponeses expulsos do campo, e separados dos próprios meios de produção, em indivíduos adaptados à disciplina da fábrica moderna, é um elemento essencial para compreender a função da instituição carcerária, que nasce em conjunto com a sociedade capitalista e acompanha a sua história. Em uma fase mais avançada, este elemento não é mais suficiente para ilustrar a relação atual entre cárcere e sociedade, mas permanece, em todo caso, a matriz histórica desta e, de tal modo, continua a condicionar a sua existência.
> Por isto, a função do cárcere na produção de indivíduos desiguais é, hoje, não menos importante. Atualmente o cárcere produz, recrutando-o principalmente das zonas mais depauperadas da sociedade, um setor de marginalizados sociais particularmente qualificados para a intervenção estigmatizante do sistema punitivo do Estado e para a realização daqueles processos que, ao nível da interação social e da opinião pública, são ativados pela pena, e contribuem para realizar o seu efeito marginalizador e atomizante (BARATTA, 2002, p. 166-167).

Desta forma, quanto mais uma sociedade é desigual, como a brasileira, tanto mais ela tem necessidade de um sistema de controle social do desvio do tipo repressivo, como o que é realizado através do aparato penal do direito burguês, e exatamente de forma a superar as desigualdades e a ineficiência de nosso sistema prisional, rechaça-se uma perspectiva de responsabilização criminal do louco por meio de unidades prisionais comuns.

Pontuada esta peculiaridade, o PAI-PJ atribui à responsabilidade pelo ato praticado fator preponderante para a construção de sua personalidade, e porque não para o seu reconhecimento como ser humano:

> A possibilidade de responder pelo crime cometido é uma condição humanizante, um exercício de cidadania que aponta para a responsabilidade e para a capacidade do sujeito de se reconhecer como parte de um registro normativo que serve para todos. Responder pelo seu crime é um modo de inclusão, pois insere o sujeito dentro do "guarda-chuva" da lei, que abriga a todos sob o seu manto. Muitas discussões

> devem e podem ser feitas para mudar algumas das descabidas orientações normativas, como a soberania da pena de privação da liberdade como rainha das respostas punitivas do Estado brasileiro – uma condição totalmente desumana e ineficaz no sentido da inserção social, herdeira da lógica do direito penal (BARROS-BRISSET, 20010, p.31).
> (...)
> Ao ser convocado pela Justiça a responder pelo seu ato, assistimos, com base na experiência com esses casos, à construção do crime através da resposta de sujeito suportada pela sua linguagem. Ao refazer o ato, a palavra produz um sentido necessário lá onde estava o sem sentido; localiza-se o excesso pelo qual o sujeito se responsabiliza. Do seu jeito, cada um responde pelo que faz. Assim, construindo a medida da sua responsabilidade, vimos, em muitos casos, o necessário valor do "responder pelo que se fez" e, a partir daí, construir um projeto possível de convivência no social. Cada caso terá a sua medida, a partir das contingências que atravessam a sua inscrição (BARROS-BRISSET, 2010, p.43).

O PAI-PJ foi normatizado após o início da Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001), orientadora do programa, e propõe atenção ao paciente judiciário de forma interdisciplinar (pela interface entre o conhecimento jurídico, psiquiátrico e psicológico), intersetorial e interinstitucional (pela articulação entre instituições de prestação jurisdicional – o Tribunal de Justiça – e instituições de prestação de serviços em saúde mental – a Rede do Sistema Único de Saúde no município de Belo Horizonte, sem prejuízo da Rede Municipal de Assistência Social):

> A experiência do PAI-PJ ensina que as soluções relativas ao tratamento do louco infrator não se encontram na forma autônoma nem podem ser postas em prática a poucas mãos; exigem o comprometimento coletivo dos diversos atores que atravessam seu campo de intervenção. É assim que tem sido possível, nos dez anos de funcionamento do PAI-PJ, manter como prioridade absoluta que o tratamento dos loucos infratores seja realizado na rede SUS, segundo os princípios orientadores de atenção psicossocial ao portador de sofrimento mental, desenhados pelo Ministério da Saúde (BARROS-BRISSET, 2010, p. 39).

O programa tem como beneficiários todos os ditos inimputáveis ou suspeitos de sê-lo, ou seja, pessoas já em cumprimento de medida de segurança, ou pessoas que, mesmo antes da aplicação da medida de segurança, são suspeitas de serem portadoras de transtorno mental e igualmente suspeitas da prática de algum crime.

Os casos podem ser encaminhados ao programa através de ofício judicial, familiares, estabelecimentos prisionais, instituições de tratamento em saúde mental, ou entre outros. No caso de o encaminhamento não ter sido feito pela autoridade judicial, é solicitado ao juiz autorização para o acompanhamento do caso.

Caso deferido, o atendimento promove o acesso ao tratamento psiquiátrico na rede substitutiva ao modelo manicomial, sendo que a equipe do programa atua

em parceria com a rede de saúde pública, discutindo os casos, realizando laudos e informando os Juízes sobre as conclusões obtidas. O acompanhamento, que pode ir desde o processo de conhecimento até o final da execução penal, imprescinde da construção de um projeto terapêutico e social, periodicamente revisado e discutido. A equipe do programa é formada por psicólogos e assistentes sociais judiciais, assistentes jurídicos e estagiários em psicologia.

Busca-se, através do programa, a reconstrução da personalidade perdida no manicômio, inclusive através de pequenas atividades extramuros em companhia de estagiários, como o uso de transporte público, compras, ir ao banco, entre outras. Através destas pequenas ações, que não deveriam ser exclusivas, busca-se a garantia da autonomia do louco, que, como visto, é elemento fundamental para a construção de sua personalidade e exercício de sua cidadania.

Os psicólogos judiciais acompanham os pacientes, encaminhando-os aos pontos da rede pública de saúde mental – e com estes permanecem em contato; os assistentes sociais apresentam aos pacientes os recursos possíveis de sua reinserção social, além de buscar a adesão familiar ao tratamento, bem como de amigos, colegas de trabalho, ou outras instituições e grupos dos quais o paciente fazia ou faz parte; e os assistentes jurídicos estudam e acompanham os processos, informando sua situação para os pacientes, além de redigirem os ofícios do programa encaminhados aos juízes, mantendo estes atualizados dos pareceres da equipe do programa.

O programa em apreço busca, portanto, romper com o paradigma asilar de tratamento dispensado aos loucos infratores, em atenção aos ensinamentos do movimento antimanicomial e da Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001), buscando desta forma recuperar laços sociais perdidos, resgatar a personalidade e permitir, através da inclusão social, garantir o exercício da cidadania ao portador de transtorno mental infrator, ressaltado-se que cada caso tem suas especificidades. Parte do pressuposto que o evento crime na vida do louco é a ponta de uma sequência de privações e abandono. O Desembargador Sérgio Antônio de Resende já afirmou que

> é preciso lembrar que, antes do ato criminoso, existe uma longa trajetória de sofrimento mental. O crime é uma consequência dessa história. No entanto, mesmo diante de um ato trágico, é possível apostar que essa pessoa é capaz de outras respostas em sua convivência social (BARROS-BRISSET, 2010, p.07).

O programa já apresenta resultados positivos. Em 2009 foi publicado o dado de reincidência em torno de 2% em crimes contra o patrimônio ou de menor gravidade, e sem reincidência em crimes de maior gravidade. Atendeu, conforme publicação mencionada, mais de 1.058 processos criminais, 755 cidadãos (dos quais 489 desligados); em atendimento 266 casos, entre estes 210 em liberdade (atendidos de forma substitutiva aos manicômios). Os laudos de cessação de periculosidade têm confirmado a eficácia do programa, haja vista que, em média, entre a entrada do paciente no programa, e sua saída do sistema punitivo o transcorre-se o período de 05 (cinco) anos (BARROS-BRISSET, 2010, p. 34-35).

O programa, além do amparo da Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001), também se orienta pela Recomendação 456 do Ministério da Saúde, exarada em Conferência Nacional sobre saúde mental, que estabelece:

> A Reforma psiquiátrica deve ser norteadora das práticas das instituições forenses. A questão do manicômio judiciário deve ser discutida com as diferentes áreas envolvidas, com o objetivo de garantir o direito do portador de sofrimento mental infrator à responsabilidade, à reinserção social e a uma assistência dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 128).

Ademais, no ano de 2010 foi publicada a Resolução do TJMG de nº 633 (TJMG, 2010), o PAI-PJ foi incorporado pelo Programa Novos Rumos, que versa sobre a execução penal dentro da competência do TJMG, e ampliou às possibilidades de atuação daquele programa à todo o Estado de Minas Gerais, através de Núcleos Regionais, assessorando os juízes nas aplicações de medidas de segurança, os quais são os únicos capazes a autorizar ou determinar a inserção dos pacientes no programa.

A experiência exitosa de Minas Gerais ora descrita serviu de base para outros programas de atenção aos portadores de transtorno mental em conflito com a Lei. No ano de 2003, concebeu-se, nos moldes do PAI-PJ e através da participação de sua coordenação, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) em Goiás, implementado no ano de 2006. Na cidade de Brasília também foi implementado um programa nos moldes do PAI-PJ e PAILI, a partir de pesquisa para a ressocialização da população masculina e esquizofrênica em cumprimento de medida de segurança há mais de cinco anos (no Distrito Federal não existem hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, tão somente uma ala de tratamento

psiquiátrico, em Brasília), desconstruindo-se a estrutura manicomial a partir do próprio asilo (MPF, 2011).

Frise-se, por fim, que, embora exista expressa previsão legal no Código Penal acerca do cumprimento de medida de segurança em regime asilar para alguns casos, já mencionados, a possibilidade de substituição do tratamento de todos os pacientes judiciários é fruto de interpretação do texto legal em favor destes pacientes, e só ocorre se a autoridade judicial se posicionar no mesmo sentido.

Destacamos, portanto, que a possibilidade de interpretação jurídica em comento poderia existir através da parte final do inciso I, do artigo 96, do Código Penal (BRASIL, 1940), em que se afirma que "as medidas de segurança são internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, *em outro estabelecimento adequado*". Neste diapasão, "outro estabelecimento adequado" seria a rede pública de atenção em saúde mental. Note-se, portanto, que, apesar das grandes conquistas do PAI-PJ, e de sua inserção no bojo de políticas criminais do TJMG, sua aplicabilidade ainda é frágil, eis que somente ocorre por liberalidade dos juízos criminais ou de execuções penais.

7 COLETA DE DADOS

Conforme demonstrado na parte introdutória, a pesquisa de campo proposta ocorreu em duas instituições, a saber, o Hospital de Custódia e Tratamento "Jorge Vaz", na cidade de Barbacena/MG, e no Centro de Atenção Psicosocial "Renascer" (CAPS), em Diamantina/MG, com o desiderato de contrapor, de forma prática, a condução e o modelo de atenção dispensado aos pacientes judiciários, em cumprimento de medida de segurança, e os pacientes psiquiátricos que não possuem conflito com a lei penal. O tratamento dispensado foi observado através da análise de prontuários médicos.

Anotamos que a pesquisa não adotou o critério de representatividade numérica em relação ao universo dos portadores de transtorno mental em conflito com a lei em um primeiro momento, haja vista que, por realizarmos abordagem qualitativa, comprometemo-nos com valores relacionados a um grupo específico de pessoas, e não números, posto que os dados coletados se dirigiram ao acesso à políticas públicas através das fichas de evolução dos pacientes.

Neste contexto, o distanciamento necessário ao método quantitativo não faz parte da condução dos trabalhos, já que buscamos "ir ao fundo do significado e estar na perspectiva do sujeito", de forma exploratória e descritiva (SERAPIONI, 2000), posto que a coleta de dados revela "condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos e reproduz as representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas" (MINAYO; SANCHES, 1993).

Optamos pela abordagem metodológica em comento porque, além dos fatores acima mencionados, assumimos uma postura crítica, e não neutra em relação aos sujeitos pesquisados – entendidos como sujeitos, e não objetos de intervenção científica. Consideramo-los através de fenômenos "complexos, não sendo fácil separar causas e motivações isoladas e exclusivas. Não podem ser reproduzidos em laboratório e submetidos a controle" (MARTINS, 2004).

Concebe-se, desta forma o método qualitativo, sinteticamente, através do reconhecimento da complexidade das relações sociais e do ser humano, e da

> análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais. Realizando um exame intensivo dos dados, tanto em amplitude quanto em profundidade, os métodos qualitativos tratam as unidades sociais

> investigadas como totalidades que desafiam o pesquisador. Neste caso, a preocupação básica do cientista social é a estreita aproximação dos dados, de fazê-lo falar da forma mais completa possível, abrindo-se à realidade social para melhor apreendê-la e compreendê-la (MARTINS, 2004, p. 292).

Feitas as considerações necessárias em relação à adoção do método para coleta de dados, dada a complexidade das relações produtoras da percepção social da loucura e seus reflexos, temos que os dez prontuários selecionados em ambas as instituições (resguardando-se a isonomia e lisura) foram os mais antigos, exatamente para que desta forma a evolução pudesse ser estudada pelo decurso do tempo, bem como a percepção de reabilitação e reinserção do paciente psiquiátrico, que se torna mais clara quando vista sob o prisma temporal.

Todos os dados coletados e descritos no presente capítulo se encontram em anexo (apêndices I e II); a percepção do pesquisador sobre o local e os atendimentos prestados serão narradas no preâmbulo dos comentários sobre a coleta de dados e sua respectiva discussão. Os prontuários foram identificados por número, para preservar o direito ao sigilo dos pacientes, conforme orientação do CEP/UFVJM. Ademais, repetimos que, por orientação do CEP/UFVJM (que, conforme anexo, aprovou o presente projeto), foi dispensada a subscrição de TCLEs, posicionamento corroborado pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução 1638/2002), que entende serem os prontuários de guarda e responsabilidade das respectivas instituições participantes, que têm permissão para determinar o seu uso, desde que respeitado o sigilo em relação aos pacientes, os quais tem livre acesso (mas não poder de retirada, por exemplo) aos dados e cópias dos dados dos prontuários.

Primeiramente faremos considerações acerca das informações relativas ao Hospital Judiciário em Barbacena, complementadas quantitativamente e confirmadas por recente censo realizado nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil. Posteriormente, as considerações serão dirigidas aos dados coletados no Centro de Atenção Psicossocial Renascer.

Frisamos que não é objeto e objetivo da pesquisa a discussão do quadro clínico dos pacientes, mas sim o acesso destes às políticas públicas em saúde mental, razão pela qual não serão realizadas considerações acerca da adequação das drogas prescritas ou das patologias apresentadas, por exemplo.

7.1 Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz

Referida instituição hospitalar estatal, sob tutela da Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais, é situada na cidade de Barbacena/MG, conhecida nacionalmente por sediar vários manicômios. A bem da verdade, ela possui não só o Hospital pesquisado, mas outros manicômios em pleno funcionamento, sob gestão da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), destinados a pacientes que não estão em conflito com a lei. O Hospital de Custódia e Tratamento de Barbacena foi o escolhido para a presente pesquisa por ser a unidade nestes moldes mais antiga em Minas Gerais – fundada em 1929, o que permite maior percepção qualitativa do tratamento dispensado aos denominados loucos infratores no estado. Conforme censo realizado no ano de 2011 (DINIZ, 2013), sua população corresponde a 5% dos loucos infratores no país, e 11% da região sudeste. Ressaltamos ainda que existem duas outras unidades de custódia e tratamento de loucos infratores em Juiz de Fora (Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa) e em Ribeirão das Neves (Centro de Apoio Médico e Pericial), excluídas da coleta de dados por serem instituições mais recentes, a saber, 1984 e 2002, respectivamente.

Em primeiro contato, pudemos perceber que exatamente por abarcar pacientes judiciários, existe na instituição um controle clínico e um controle processual dos casos relacionados aos internos. Desta forma, ressaltamos que existe uma defensora pública alocada no hospital, sem possuir qualquer vínculo de subordinação com os gestores, posto que a Defensoria Pública é instituição autônoma – pudemos constatar isto em momentos em que a defensora contrariava parecer da equipe médica no que diz respeito à cessação de periculosidade dos pacientes cujos prontuários foram estudados.[36]

Percebemos ainda que os pacientes recebem o tratamento médico específico da psiquiatria, além do tratamento generalista, de cuidado em relação a

---

[36] Conforme formulários 01, 05 e 06, a defensora contrariava o parecer da equipe médica no que diz respeito à desinternação de pacientes antigos posto que, nos decretos anuais de final de ano prolatados pelo Poder Executivo Federal, vulgos *indultos de natal*, é estabelecido que o paciente judiciário que estiver em regime de internação maior do que o tempo de pena máxima atribuído ao crime cometido tem direito ao retorno à sociedade, independentemente de cessação de periculosidade. Embora combativa, a tese da defensora, amparada em referida norma executiva nunca obteve êxito, sob o fundamento de subversão da essência da medida de segurança, ligada ao risco social da liberdade de paciente psiquiátrico perigoso.

outros campos da saúde, posto que merecem atenção integral, nos termos da Lei do SUS. Neste ínterim, além do tratamento psiquiátrico, observou-se, por exemplo, que foram submetidos à exames de HIV e vacinados a diferentes moléstias. Posto isso, concluímos pela existência de duas vertentes nos prontuários: a psiquiátrica e a generalista, de onde se infere que a medicação clínica geral não é tão frequente quanto a psiquiátrica, que é diária; o clínico geral visita o hospital quinzenalmente ou mensalmente, e embora a medicação psiquiátrica seja diária, as consultas com psiquiatra e psicólogo também ocorrem quinzenalmente ou mensalmente, sendo o tratamento é fornecido pelo Sistema Único de Saúde.

Os pacientes estudados se submetem a exames de rotina, radiografia, ultrassom, tratamento odontológico, além de *check ups* anuais.

De forma geral, percebemos que a evolução clínica firmada por psicólogos e psiquiatras se dava de forma sucinta, com no máximo duas linhas – na maior parte das vezes, com a repetida informação de pacientes calmos, estáveis e com pouco ou nenhum contato verbal; e em apenas um caso foi relatada agressividade. A medicação psiquiátrica se dava através de, no mínimo, três drogas diferentes. Foram poucas as menções a atividades psicoterapêuticas em grupo, ressaltando-se ainda que as atividades terapêuticas diversas da medicamentosa se restringem à horta, música e filmes que eventualmente são assistidos pelos internos (sabemos que o atendimento psicológico consiste em terapia diversa da medicamentosa, mas quando utilizamos este termo, nos referimos à atividades terapêuticas diversas das tradicionais psicológicas/psiquiátricas, como por exemplo, atividades que potencializem as qualidades profissionais e/ou artísticas dos pacientes – a grosso modo, a terapia ocupacional).

O prontuário mais antigo da instituição data do ano de 1979, portanto, 34 anos de internação; os demais prontuários pesquisados variam entre 25 e 28 anos de internação. Antes da internação, quase todos eram operários/trabalhadores braçais (predominou a profissão de lavrador, mas também havia servente de pedreiro e padeiro). O que pudemos constatar como representantes de estrato social um pouco superior foi um detetive aposentado por invalidez e um servidor do Departamento de Estradas de Rodagem (DER).

É prestado serviço por meio de assistente social, numa periodicidade variada entre três a cinco meses. Percebeu-se que a assistência familiar foi inexistente nos casos estudados seja por dificuldade financeira para arcar com os

gastos de visitas periódicas, seja pelo dano causado pelos crimes cometidos – vitimando pessoas do convívio próximo dos internos. Em um caso chamou a atenção a exoneração de uma antiga assistente social que recebeu R$ 69.816,39 (sessenta e nove mil, oitocentos e dezesseis reais e trinta e nove centavos) em nome de um paciente (por procuração), e utilizou referido montante em proveito próprio (o valor advinha de aposentadoria por invalidez, que atingiu este patamar em virtude do longo tempo de internação e do valor mensal do pensionamento); a assistente social exonerada ainda inutilizou o livro caixa do hospital, retirando vinte folhas do mesmo, no intuito de encobrir sua atividade. Em virtude deste fato, recente, o hospital, quando da coleta dos dados, não contava com assistente social, e foi determinado pela direção da instituição que os funcionários não estão autorizados a receber qualquer vantagem em nome dos internos.

Ressalta-se ainda que dos dez pacientes estudados através de prontuários, apenas dois tiveram acesso às propostas do programa PAI-PJ, consistentes em saídas terapêuticas pelas ruas de Barbacena, de duas horas semanais, na companhia de estagiários do programa e servidores do hospital.

Anota-se que entre as patologias psiquiátricas existentes, predomina a esquizofrenia paranóide, com relatos de oligofrenia, psicose residual e epilepsia (em relação à esta última patologia, embora exista polêmica entre os profissionais da saúde sobre tratar-se ou não de enfermidade psiquiátrica, ativemo-nos tão somente à transcrição de seu enquadramento, no prontuário do paciente em questão, como sendo patologia psiquiátrica).

Destacamos que os exames de cessação de periculosidade, meio de prosseguimento ou término da medida de segurança, foram realizados anualmente em todos os pacientes objetos da presente pesquisa, sendo que em um caso a periculosidade cessou no ano de 2012, havendo pendência na decisão judicial a respeito (amostra de nº 02); em outro caso a periculosidade cessou em 2006, e retornou de 2007 a 2012 (amostra de nº 7 – exames de cessação de periculosidade realizados por psiquiatras diferentes); já no caso da amostra 08, os laudos de 2011 e 2012 deram por cessada a periculosidade.

Chamou-nos a atenção o caso de paciente que, embora tenha reconhecida a cessação de sua periculosidade desde o ano de 2003, permanece em cumprimento de medida de segurança, sob o argumento judicial de que não existem, no caso, condições de convivência social e familiar para o paciente (foi afirmado que

o paciente não estava curado), além da ausência de tratamento ambulatorial específico em sua cidade de origem. Ressalta-se que, neste caso, os exames foram favoráveis de 2003 a 2006, e de 2009 a 2012.

Os exames de cessação de periculosidade, peça fundamental no cumprimento das medidas de segurança, são realizados pela equipe médica do Hospital de Custódia e Tratamento, e contém o histórico do paciente, realizado através do relato de exames psíquicos anteriores e atuais, e conclusão, com descrição do quadro clínico, e sinais de periculosidade, advindos das condições de convivência social e familiar.

De forma complementar, cumpre-nos a transcrição de dados obtidos através do censo dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, realizado em 2011 e publicado recentemente (DINIZ, 2013), no presente ano. Em referida pesquisa, anota-se que, no hospital pesquisado, 26% dos internos possuem periculosidade cessada, sentença de desinternação, medida de segurança extinta, ou sem processo judicial determinando a internação, e, portanto, não poderiam estar internados.

O censo traça o perfil detalhado dos pacientes judiciários, levantando dados referentes aos crimes praticados, etnia, estrato social, trabalho desempenhado, idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação processual, diagnóstico, reincidência, número de internações, infração penal praticada, tempo de cumprimento da medida, cumprimento de prazos de exames de cessação de periculosidade, entre outros. O censo também distingue os internos entre os em cumprimento de medida de segurança por sentença (objeto de nossa pesquisa), dos internos provisórios e dos em cumprimento de medida de segurança por conversão (casos em que a loucura sobreveio à pena). Desta forma, transcrevemos excertos de dados que entendemos relevantes para a presente pesquisa, os quais corroboram, inclusive, os dados por nós coletados:

> Da população total do HPJJV, 45% (85) eram pretos e pardos e 39% (74) eram brancos. Para 16% (30) da população, não havia registro de cor. Nos demais estabelecimentos do país, 45% eram pretos e pardos e 38% eram brancos (DINIZ, 2013, p. 153).
> A maioria da população do HPJJV era composta por homens, 79% (149), e as mulheres somavam 21 (40). Nos demais estabelecimentos do país, 7% da população era composta por mulheres (DINIZ, 2013, p.154).
> Da população do HPJJV de Barbacena, 34% (64) eram analfabetos e 39% (73) tinham o ensino fundamental incompleto. O HPJJV tinha uma concentração de analfabetos maior quando comparado aos demais

estabelecimentos do país, onde 23% eram analfabetos. Da população do HPJJV de Barbacena, 2% (4) tinham o ensino superior, e nos demais estabelecimentos do país 0,8% tinha o ensino superior (DINIZ, 2013, p.155).
Havia uma concentração de 35% (65) da população do HPJJV com profissões dos grupos de trabalhadores de serviços administrativos, vendedores do comércio, trabalhadores da área agropecuária, florestais e da pesca. Esse grupo de profissões tem a característica e exigir pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional. Nos demais estabelecimentos do país, 31% da população exerciam essas mesmas profissões. No HPJJV, 28% (52) da população do HPJJV não tinham profissão e, nos demais estabelecimentos do país, 17% não tinham profissão.
Além disso, 5% (7) das pessoas em medida de segurança do HPJJV estavam na reinternação. Após ser declarada a cessação de periculosidade, o indivíduo recebe os benefícios da desinternação condicional pelo prazo de um ano. Uma série de condicionantes regula atividades, práticas e comportamentos autorizados nesse período. Descumprimentos dessas regulações para a desintenração condicional podem resultar na reinternação do indivíduo. Nos demais estabelecimentos do país, 6% das pessoas internadas em medida de segurança estavam na reinternação (DINIZ, 2013,p. 156).
O censo identificou um universo de 91 diagnósticos entre a população total de 2.596 pessoas internadas em medida de segurança no país, desconsiderando-se as comorbidades. Havia uma concentração de diagnósticos de esquizofrenia entre a população em medida de segurança no HPJJV de Barbacena, o que correspondia a 52% (68) da população. Essa concentração era maior se comparada com a da população dos demais estabelecimentos do país, em que esquizofrenia correspondia a 42% da população. Além disso, 16% (21) tinham retardo mental, seguidos de 6% (8) de epilepsia, 6% (8) de transtornos de personalidade, 4% (5) de transtornos uni ou bipolares, 2% (3) de transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas, 2% (2) de transtornos mentais orgânicos e um único indivíduo com transtornos da preferência sexual.
O exame de eletroencefalograma é uma peça de investigação para o diagnóstico de epilepsia. No HPJJV de Barbacena, não houve realização de eletroencefalograma nos casos de epilepsia. Nos demais estabelecimentos do país, em 7% dos diagnósticos de epilepsia esse exame foi feito (DINIZ, 2013, p.158).
Havia uma concentração de homicídios, com 51% (67), seguida de tentativas de homicídio, com 21% (27), e de crimes contra o patrimônio, com 11% (14) das medidas de segurança. Nos demais estabelecimentos do país, os homicídios somavam 27%, tentativas de homicídio somavam 13% e crimes contra o patrimônio somavam 31% das medidas de segurança (DINIZ, 2013, p. 159).
No HPJJV de Barbacena, 44% (57) das pessoas internadas em medida de segurança cometeram infrações penais em sua rede familiar ou doméstica. (...) Nos demais estabelecimentos, 26% das pessoas internadas em medida de segurança cometeram infrações penais na família ou em sua rede doméstica (DINIZ, 2013, p.160).
Dos 131 indivíduos em medida de segurança do HPJJV de Barbacena, 75% (98) não haviam cometido infração penal anterior à que conduziu à medida de segurança, e, em 7% dos dossiês, não havia essa informação. (...) Nos demais estabelecimentos do país, 68% dos indivíduos em medida de segurança não haviam cometido infração penal prévia (DINIZ, 2013, p.160).
Em Barbacena, 4% (5) dos indivíduos em medida de segurança tinham menos de um ano de cumprimento da medida, 15% (20) tinham entre um e três anos, 8% (11) tinham entre quatro e cinco anos, 27% (36) tinham entre seis e dez anos, 20% (26) tinham entre onze e quinze anos, 11% (14) tinham entre dezesseis e vinte anos, 8% (10) tinham entre 21 e 25 anos, 2% (3) tinham entre 26 e 30 anos, e 2% (3) tinham mais de 30 anos.

> Das medidas de segurança do HPJJV de Barbacena, 16% (21) estavam atraso e 82% (108) estavam em dia com a realização do exame de cessação de periculosidade. (...) Nos demais estabelecimentos do Brasil, o exame de cessação de periculosidade estava atrasado em 42% das medidas de segurança (DINIZ, 2013, p. 162).
> No HPJJV de Barbacena, 4% (5) dos indivíduos tinham a sentença de desinternação. Nos demais estabelecimentos do país, 7% da população em medida de segurança tinham sentença de desinternação, mas continuavam internados em HCTP[37] ou ATP[38] (DINIZ, 2013, p.163).

7.2. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Renascer

Referida Instituição é fruto das políticas de desinternação, advindas do movimento antimanicomial, e busca fornecer tratamento ambulatorial e multiprofissional, em resultado da mudança do modelo de atenção do portador de transtorno mental.

Os dados coletados foram obtidos através de lista concedida e redigida pelos próprios funcionários do CAPS, ressaltando-se que os critérios de inclusão dos dados foram devidamente esclarecidos.

Percebeu-se que os funcionários do serviço, compreendidos entre as áreas da medicinal, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional e serviço social se preocupavam com a integralidade dos pacientes, incentivando-os à adesão ao tratamento, busca do apoio e participação dos familiares e responsáveis, além de busca de alternativas de subsistência (como assessoria para concessão de benefício assistencial do INSS). Percebeu-se, portanto a preocupação com o ambiente em que está inserido o paciente, seja ele físico ou social, além da preocupação com o autocuidado.

O tratamento dispensado pode ser diário, semanal, quinzenal ou mensal, indicado pela equipe, conforme a necessidade do quadro clínico do paciente. Percebeu-se que a liberação de medicação e atendimento psiquiátrico e psicológico tende a ser mensal, na exceção de casos de crise, em que referido atendimento é mais intensivo, podendo se tornar diário.

Atualmente o serviço se encontra sem terapeuta ocupacional, e as atividades das oficinas terapêuticas continuam, mas sem periodicidade diária, através do revezamento dos funcionários.

---

[37] Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
[38] Alas de tratamento psiquiátrico em unidades prisionais *comuns*.

Embora o objetivo da pesquisa seja o acesso às políticas públicas, e não os quadros clínicos em si, percebeu-se, de forma geral, que os profissionais se preocupavam em detalhar os casos e suas intercorrências (destacando-se neste campo a evolução dos profissionais da psicologia), diferentemente do constatado em Barbacena.

Contudo, destacamos a deficiência nas anotações relacionadas às oficinas terapêuticas realizadas; nos anos de 2000 e 2001 havia uma ficha específica de evolução das atividades de terapia ocupacional, com possibilidade de descrição de atividades, participação e frequência dos pacientes, prática que lamentavelmente não é realizada há doze anos. Tal percepção se torna relevante, inclusive, à medida que o paciente tido como mais agressivo não teve acesso à nenhuma oficina, provavelmente por morar em outra cidade da região, reforçando o papel imprescindível não só da Terapia Ocupacional, mas também de seu planejamento, acompanhamento evolutivo – com o devido arquivamento de dados.

Neste sentido, a ausência de anotação de datas em documentos *extra CAPS*, como pedidos de internação, laudos de referência e contrarreferência consistiu em equívoco de relevância, em nosso entendimento. Ressaltamos que estas datas muitas vezes foram obtidas através de cruzamento de informações dos laudos com as fichas de evolução, estas sim, preenchidas adequadamente no que tange ao quesito temporal.

7.3. Discussão dos dados coletados

Embora não seja objetivo da pesquisa a discussão sobre a condução dos trabalhos do Centro de Atenção Psicossocial em Diamantina, não podemos deixar de destacar que, embora a Reforma Antimanicomial aderida pelo Sistema Único de Saúde seja um valioso avanço para a ruptura do modelo de atenção psiquiátrica exclusivamente asilar, existe ainda um trajeto a ser percorrido para a implementação deste novo modelo de forma plena.

Certo é que, talvez estejamos ainda nos primeiros passos deste novo modelo de atenção em virtude de uma implementação legal, em 2001, como fruto de discurso político consolidado há pouco mais de 20 anos (o que pode ser considerado recente ante a três séculos de cultura manicomial).

De qualquer forma, a título de contribuição para o aprimoramento das práticas do serviço ambulatorial, percebemos que embora a figura do psiquiatra e do psicólogo sejam imprescindíveis para a prestação do serviço, persistem como centrais e quase exclusivas no tratamento psiquiátrico, tal qual antes da reforma. Pouca atenção é dada à figura do terapeuta ocupacional, por exemplo, que através das oficinas terapêuticas pode desenvolver a autonomia do paciente (como visto, elemento essencial para a sua humanização), o qual, através do exercício de suas subjetividades, pode alcançar maior independência e reabilitação social. Constatamos referida assertiva através da falta da anotação da evolução dos pacientes atendidos, de forma sistemática, por parte do terapeuta ocupacional. A anotação ocorreu, nos anos de 2000 e 2001, tão somente por liberalidade da profissional alocada, e não por determinação para a prestação do serviço, inferindo-se, portanto, que esta é uma prática heterogênea dentro dos CAPS.

O papel do profissional da Terapia Ocupacional, a nosso ver, deve ser de grande destaque, se levarmos em consideração, por exemplo, que o paciente tido como mais agressivo e violento foi justamente aquele que não teve acesso às oficinas, por residir em uma cidade distante de Diamantina, Senador Mourão (amostra de nº 06). Ademais, embora no caso da amostra nº 06 tenha se constatado o contato com a ESF em Senador Mourão, para informação das condições do paciente que não podia ser atendido conforme a necessidade, evidencia-se como necessário um estreitamento de laços entre o CAPS e a atenção primária, a qual, através da atividade dos agentes comunitários de saúde pode, desde que fornecida a devida capacitação, dar atenção e realizar triagem para encaminhamento aos CAPS no início do desenvolvimento dos agravos, e encaminhar os pacientes ao tratamento ambulatorial.

Constatamos ainda que o modelo clínico cartesiano e positivista não pode ser aplicado aos pacientes psiquiátricos; não existe uma fórmula matemática de prescrição médica e melhora da condição do paciente. O tratamento do louco é inconstante, e os resultados são construídos ao longo de muito tempo, e só são obtidos se observadas as perspectivas sociais e culturais que envolvem a loucura, de forma a possibilitar a reinserção do louco à comunidade, razão pela qual os CAPS, por cautela, devem se preocupar para não se tornarem um mero entreposto para recebimento de medicamentos psiquiátricos – pois assim o modelo de atenção asilar persistiria, de forma adaptada à vida extramuros. Ressalta-se, neste contexto,

que algumas vezes sequer o direito ao acesso à medicação é garantido, ante o relato da falta de condições financeiras de alguns pacientes em comprar os medicamentos.

Verificou-se ainda, pelos gestores do serviço e pela profissional assistente social, a busca da adesão do grupo familiar ao tratamento e acompanhamento dos pacientes, sem transferir, no entanto, a responsabilidade estatal pela garantia pela prestação dos serviços em saúde mental. Constatou-se que, ante a característica das famílias de primeiro grupo no exercício da sociabilidade, sua participação, adesão e interesse no tratamento contribuem de forma considerável à reabilitação dos portadores de transtorno mental.

Necessário se faz ainda que o tratamento no CAPS se articule com o setor jurídico, incluindo-se aí mais um profissional para a equipe multidisciplinar, ainda que em caráter eventual (não só no aspecto penal, mas também assistencial – para garantia das políticas públicas aos pacientes do CAPS, e em defesa de melhorias no CAPS). Destaca-se ainda que o profissional jurídico não necessariamente deve ser um advogado, mas poderia ser um defensor público (como a profissional alocada no Hospital Jorge Vaz, mas não exclusivamente para atuação processual, como ocorre na instituição em referência), ou um promotor de justiça (existem promotorias de justiça especificamente ligadas ao direito fundamental à saúde), visando, de forma ampla, garantir o acesso dos portadores de sofrimento mental às políticas públicas em saúde (tratamento médico e fornecimento de medicamentos, por exemplo), sem prejuízo de questões ligadas à subsistência, como por exemplo benefícios assistenciais (de prestação continuada) custeados pelo Instituto Nacional do Seguro Social, concedendo-se ao louco não só tratamento médico, mas também tratamento jurídico de forma integral.

Assim, poderíamos dispensar a atenção necessária ao paciente antes do evento crime, já que este pode ser compreendido como resultado de um agravamento no quadro obtido através da falta de adesão, o que se percebe, inclusive, com o cruzamento dos dados de patologias existentes entre os pacientes CAPS e Barbacena – basicamente os mesmos.

Frisamos que neste exercício é necessária a devida cautela para que não se incorra em prática de prevenção criminosa, nos moldes da criminologia atuarial criticada no presente trabalho; ou seja, não isolar o paciente pressupondo que, pela patologia apresentada, o evento crime é provável. Nas palavras de DINIZ:

> Não há evidências científicas na literatura internacional que sustentem a periculosidade de um indivíduo como uma condição vinculada à classificação psiquiátrica para o sofrimento mental. Periculosidade é um dispositivo de poder e de controle dos indivíduos, um conceito em permanente disputa entre os saberes penais e psiquiátricos. É em torno desse dispositivo, no meu entender antes moral que orgânico ou penal, que o principal resultado do censo se anuncia. Diagnóstico psiquiátrico e tipo de infração penal não andam juntos: indivíduos com diferentes diagnósticos cometem as mesmas infrações. Há uma concentração de pessoas com esquizofrenia nos estabelecimentos, o que pode representar antes uma seletividade no sistema custodial psiquiátrico que uma evidência da periculosidade desse subgrupo. Quando os indivíduos são organizados pela infração cometida e localizados pela mais grave delas – o homicídio -, a distribuição é semelhante entre todos eles. (...)
> Dito isto, arrisco anunciar o que considero o resultado mais importante do censo: não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos. O diagnóstico psiquiátrico não é determinante para a infração penal cometida pelo louco. O que há são indivíduos em sofrimento mental que, em algum momento da vida, por razões que não fomos capazes de identificar pela pesquisa documental em dossiês, cometem infrações penais. É possível supor que a ausência de tratamento de saúde, o abandono de redes sociais de cuidado e proteção, a carência de políticas sociais eficazes para essa população possam ser fatores desencadeantes do ato infracional (DINIZ, 2013, p. 15-16).

Ultrapassados os destaques destas questões, certificamos que, mesmo com a falta de anotações evolutivas relacionadas ao profissional da Terapia Ocupacional de forma sistemática, referido serviço terapêutico tem sido prestado pelo CAPS, além do atendimento psicológico e psiquiátrico periódico, com anotações detalhadas do quadro clínico, sobretudo pelo profissional psicólogo, o que permite estudo aprimorado e verificação da situação do paciente.

Percebe-se, portanto, que a despeito de algumas irregularidades, a implementação das políticas públicas atuais em saúde mental consiste em um exercício realizado pelos profissionais do CAPS, e que existe, nesta instituição, a busca e a construção por tratamento humanizado e espelhado na integralidade, igualdade e universalidade.

Contudo, o mesmo não pode ser observado em Barbacena. Pelos dados coletados, aliados ao censo transcrito neste capítulo, percebe-se o descaso na condução do serviço, fruto da acomodação com a cultura manicomial, ainda persistente, fundada no positivismo científico, hospitalocentrismo e recursos estritamente biomédicos:

> A invisibilidade do louco infrator não foi rompida com as conquistas da Reforma Psiquiátrica dos anos 2000. Os manicômios abriram suas portas,

> e o tratamento em regime asilar passou a ser descrito como inumano. A sequestração do louco foi contestada não apenas pelos saberes biomédicos e jurídicos, mas principalmente pela comunidade de indivíduos em sofrimento mental. Mas nem todos os loucos foram incluídos nesse amplo regime de revisão da legislação (DINIZ, 2013, p. 13).

Isto pode ser comprovado no compromisso com o simples preenchimento das fichas de evolução clínica, que, com poucas linhas, não buscaram atermar a realidade do quadro clínico dos internos, de modo a facilitar a ação integrada de todos os profissionais envolvidos. Percebeu-se a centralidade praticamente exclusiva do tratamento ao profissional médico, restrito à medicalização, justificando a catatonia, emudecimento e inércia dos pacientes relatados; o primeiro passo para a docilização dos corpos em questão.

As terapias diversas da medicamentosa, como a realização de oficinas artísticas e culturais não possuem valor para os profissionais da instituição em estudo, haja vista que nenhuma atividade neste sentido foi atermada em detalhes. As oficinas terapêuticas aplicadas, além de irregulares, se restringem à laborterapia, confirmando a hipótese de que o louco é isolado por sua improdutividade e incapacidade de contribuição com o sistema – e que a principal forma de incorporação deste ser no tecido social é através do trabalho formal, braçal, mecânico e submisso – a docilização mencionada no parágrafo anterior. Questionamos, neste contexto, quem são os reais beneficiários da laborterapia, inferindo que o interesse das esferas superiores de poder é o controle e a domesticação dos desviantes, através da medicalização excessiva, para que assim, estes seres possam se enquadrar ao padrão imposto à comunidade dita sã.

Defendemos a independência e autonomia dos loucos (e a possibilidade de renda faz parte deste processo); entretanto, não é o trabalho mecânico a única possibilidade para este fim – e portanto, não deve ser a única possibilidade oferecida no manicômio. As potencialidades artísticas merecem maior destaque, de forma a valorizar, inclusive, a especial percepção de vida e mundo que os loucos possuem.

Certificamos também a existência de desarticulação entre os profissionais dos saberes médico e jurídico, que com sua resistência ao exercício interdisciplinar que lhes é imposto (dada a intersecção destes conhecimentos nas medidas de segurança), prejudicam o respeito à humanização do tratamento recebido. A resistência dos magistrados em determinar o fim das medidas de segurança ante os constantes laudos de cessação de periculosidade confirma a presente proposição.

Se essa articulação ocorresse, não existiria a noção de cura para o paciente psiquiátrico, ou de cessação de psicopatologia, por exemplo, fundamentos para a manutenção da internação da amostra de nº 04 de Barbacena.

Constatou-se ainda que a idéia de seletividade e clientela do Direito Penal mencionada no capítulo 04 do presente trabalho[39] também se evidencia em relação aos loucos infratores, posto que, da amostra pesquisada, os pacientes são em sua maioria negros, de estratos sociais inferiores, com pouca ou nenhuma qualificação profissional e de setores básicos do sistema produtivo. Destaca-se ainda que a perspectiva criminológica da utilização do Direito Penal como forma de opressão ao desvio do padrão de comportamento imposto pelas estruturas de poder também persiste em relação à loucura, de forma agregada à concepção de periculosidade, que, como visto, consiste em instrumento de poder, o que nos remete, novamente, ao magistério de Alessandro Baratta:

> Antes de querer modificar os excluídos, é preciso modificar a sociedade excludente, atingindo, assim, a raiz do mecanismo de exclusão. De outro modo permanecerá, em quem queira julgar realisticamente, a suspeita de que a verdadeira função desta modificação dos excluídos seja a de aperfeiçoar e de tornar pacífica a exclusão, integrando, mais que os excluídos na sociedade, a própria relação de exclusão na ideologia legitimante do estado social (BARATTA, 2002, p.186).

Nos termos de parecer da responsável pela pesquisa censitária em apreço, *o que descobrimos, no entanto, é que essa é uma população majoritariamente masculina, negra, de baixa escolaridade e com periférica inserção no mundo do trabalho* (DINIZ, 2013, p. 15-16), tornando clarividente a desigualdade material, ou iniquidade existente entre os portadores de sofrimento mental em conflito com a Lei e os demais, a despeito da igualdade formal garantida por lei. Neste sentido, necessária a reflexão proposta por Flávia Piovesan, defensora dos direitos humanos, na conclusão de nossa discussão de dados coletados:

> Vale dizer, para garantir e assegurar a igualdade não basta apenas proibir a discriminação, mediante legislação repressiva. São essenciais as estratégias promocionais capazes de estimular a inserção e inclusão desses grupos socialmente vulneráveis nos espaços sociais.

---

[39] *(...) a criminalidade (...), segundo sua definição sociológica, é um status atribuídos a determinados indivíduos, por parte daqueles que detém o poder de criar e de aplicar a lei penal, mediante mecanismos seletivos, sobre cuja estrutura e funcionamento a estratificação e o antagonismo dos grupos sociais tem uma influência fundamental* (BARATTA, 2002, p. 113).

> Com efeito, a igualdade e a discriminação pairam sob o binômio inclusão-exclusão. Enquanto a igualdade pressupõe formas de inclusão social, a discriminação implica na violenta exclusão e intolerância à diferença e diversidade. O que se percebe é que a proibição da exclusão, em si mesma, não resulta automaticamente na inclusão. Logo, não é suficiente proibir a exclusão, quando o que se pretende é garantir a igualdade de fato, com a efetiva inclusão social de grupos que sofreram e sofrem um persistente padrão de violência e discriminação (PIOVESAN, 2003, p. 199).

Isto posto, pela coleta de dados realizada, de forma qualitativa, corroborada pelos dados quantitativos do censo 2011 referenciado, percebe-se que os loucos infratores não tem a si dispensados o novo modelo de atenção em saúde mental previsto em Lei, são mantidos no cárcere em depósito e coisificados, e não possuem, pela forma que são tratados, qualquer perspectiva de reabilitação. Percebe-se ainda que, embora o Projeto PAIPJ, do TJMG seja um importante passo para a reversão deste grave problema, por não se tratar de uma política pública de Estado com previsão legal, depende do arbítrio dos operadores do sistema prisional, que acabam por selecionar injustificadamente os pacientes destinatários dos benefícios do mencionado projeto.

8. CONCLUSÃO

Antes de tecermos nossas considerações finais, em sede da conclusão da presente pesquisa, faz-se necessária a transcrição, novamente, dos objetivos e hipótese da pesquisa.

Através da pesquisa de campo, e da revisão bibliográfica realizada, pudemos confirmar nossa hipótese, no sentido que razão e loucura, da forma que os temos até hoje no mundo ocidental, são conceitos que foram socialmente construídos a partir do século XVI, ganhando força no século XVIII, de forma concomitante à ascensão do paradigma positivista de conhecimento científico e do pensamento burguês que o permeava, concedendo-se ao médico o monopólio para o estabelecimento de parâmetros sobre as concepções referentes aos conceitos em questão, sob o prisma do padrão biomédico e hospitalocêntrico. Como resultado, emergiram práticas de eugenia social, culminando-se na segregação e isolamento social dos portadores de doenças mentais.

Em virtude desta experiência asilar da loucura, tão enraizada capilarmente pelo tecido social, pudemos constatar que não existe equidade de acesso à Saúde, sequer isonomia de tratamento por parte do Estado aos portadores de enfermidades mentais em conflito com a lei em relação aos que não se confrontam com a mesma, apesar dos esforços empreendidos no âmbito da reforma psiquiátrica e das políticas públicas dela decorrentes, haja vista que os denominados "loucos infratores" são duplamente penalizados pelo poder investido ao saber médico, dentro da figura do hospício, e pelo poder investido ao saber jurídico, dentro da figura da carcerária. Neste sentido, não podemos deixar de transcrever a reflexão de Menelick de Carvalho Neto:

> Se não é fácil tematizar o direito à igualdade do excluído – ou seja, o direito de o excluído ter a sua diferença específica reconhecida como liberdade, como diferença que não somente não impede, mas que requer mesmo a afirmação de sua igualdade como cidadão; impondo aos demais o respeito a essa diferença enquanto igualdade na diversidade e complexidade sociais juridicamente protegidas – bem mais difícil é falar da igualdade daquele que no grupo dos excluídos ainda sofre mais uma exclusão, daquele que é duplamente segregado. É o caso do portadores de sofrimento mental em conflito com a lei, temática temida até, e talvez sobretudo, pelos próprios defensores do direito à igualdade dos portadores de sofrimento mental (NETO, 2005, p. 69).

O portador de transtorno mental nesses casos, carrega o fardo da sobreposição de duas modalidades de controle, em sua máxima possibilidade de intervenção sobre a vida, o corpo físico e o corpo social.

O amparo da confirmação acima descrito se deu através do cumprimento do objetivo geral, qual seja, demonstrar, sob perspectiva crítica, que em virtude do sistema jurídico-social aplicável, não existe igualdade, muito menos equidade, no tratamento dispensado pelo Estado aos pacientes mentais em conflito com a lei e os que não possuem referido conflito. Além da revisão bibliográfica, foi imprescindível, para que o objetivo fosse atingido, a realização de pesquisa de campo em duas instituições representantes do tratamento para o portador de transtorno mental (CAPS – Diamantina) e para o portador de transtorno mental em conflito com a Lei (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em Barbacena), na qual foi certificada a divergência de tratamento e atenção aos dois grupos descritos, nos termos da discussão de dados realizada, de onde concluímos que, nos moldes atuais, não existem perspectivas adequadas de reabilitação para os inimputáveis sob o prisma do tratamento dispensado nos nosocômios judiciários.

Os objetivos específicos, concernentes na pesquisa em parceria com as instituições mencionadas no parágrafo anterior foram cumpridos através da coleta de dados também mencionada, bem como o objetivo específicos relativo à certificação da construção histórica e social da loucura descrita nos capítulos preambulares da pesquisa e nos primeiros parágrafos destas derradeiras considerações, posto tratar-se de objetivo integrante da formulação da hipótese confirmada.

Verifica-se ainda que último objetivo específico apresentado, relativo à necessidade de reforma normativa, foi apresentado através da desconexão entre a legislação penal e os princípios constitucionais ligados à saúde, sem prejuízo da desconexão entre as normas penais e as normas de direito à saúde (inclusive saúde mental). A necessidade de reforma não é certificada tão somente pela análise crítica e desconexão dos textos legais apresentada, mas também pelas considerações realizadas a seguir, resultado do exercício crítico e dialético em questão.

Neste diapasão, a despeito de muitas rupturas paradigmáticas em relação à loucura, percebe-se a persistência da visão do louco como figura do mais próximo que o humano pode chegar da bestialidade, da animalidade, e por consequência, da natureza. Contudo, mesmo com as mudanças de tratamento, o louco em conflito

com a lei ainda é visto como ser desprovido de qualquer autonomia em relação ao tratamento que lhe é dispensado, realidade contra a qual nos insurgimos.

Ainda assim, se persiste a necessidade para tratamento, inclusive nas medidas de segurança, este serve para que o louco se torne o mais normal possível. No entanto, de qual normalidade estamos falando? Ademais, a quais fins esta normalidade atende?

Considera-se que a figura do louco, e sua percepção de vida e mundo, tidas como fantasiosas, na verdade consistem, em última análise, em forma de vida alheia ao sistema vigente, de normas morais, sociais e jurídicas que atendem às estruturas de poder impostas desde o famigerado classicismo, discutidas no presente trabalho.

Para tanto, e não só em relação ao louco, mas a todas as formas de pensamento que se rebelam ou ameaçam a manutenção do *status quo*, impõe-se pelo sistema de poder vigente o devido controle (no caso em estudo, por meio de tratamento médico e jurídico), sem respeito a qualquer possibilidade de exercício de autonomia de vontade e alteridade, o que resulta em uma adaptação involuntária do louco e demais rebeldes para com o sistema em testilha, como medida de subsistência ou "docilização de corpos"[40].

O meio atualmente pode ser diferente, e até mais humanitário, mas o fim continua o mesmo. Ledo engano acreditar que a camisa de força foi abolida do sistema, ou que os loucos são seus exclusivos destinatários, já que, qualquer ser humano que se desviar do que é imposto como sendo normal ou aceitável será forçado, de uma forma ou de outra, a incluir referida camisa em sua indumentária social.

Levantamos, neste diapasão, algumas perspectivas, e tecemos algumas sugestões, como fruto de inquietações advindas da pesquisa, para reversão do panorama exposto, de modo que a desconstrução do paradigma asilar seja efetiva, e não máscara a encobrir a manutenção da antiga experiência da loucura, e a desigualdade que lhe é peculiar.

A primeira inquietação relaciona-se com a urgente reformulação do conceito de periculosidade. Embora a Lei de Reforma Psiquiátrica tenha trazido inúmeras contribuições para a humanização do portador de transtorno mental, estamos ainda

---

[40]Para Foucault (1999, p.118), corpo dócil é o "corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado."

sob a égide de um Código Penal com início de vigência em dentro de um contexto de saúde fragmentado, focado tão somente na doença, o que leva à ao isolamento de seres humanos "incuráveis".

Desta forma, podemos afirmar que, a despeito de reformas realizadas na lei penal, esta ainda se orienta por normas resultantes da cultura manicomial e respectivas ideias corretivas em relação à loucura, tanto por tratamentos físicos, quanto por tratamentos morais. E o cerne de todos os reflexos culturais em questão é exatamente o conceito de periculosidade, imprescindível para a aplicação da sanção penal aplicável aos inimputáveis.

Afirmar que o louco, tão somente por sua condição como tal, é "perigoso", como se a periculosidade fosse um dado ontológico, preconstituído, viola frontalmente o princípio da dignidade da pessoa humana, haja vista penaliza o louco de forma antecipada. Afirmar, neste contexto, que a medida de segurança é aplicada pelo risco de que o louco venha a cometer outros crimes é uma penalização injusta, pois quantos seres humanos ditos perigosos (e sãos) ficam por tempo indefinido no cárcere? Nenhum.

Líderes de facções criminosas, comandantes de chacinas, *serial killers* e até assassinos conhecidos da opinião pública não podem ficar um dia sequer no cárcere além do previsto em seus decretos penais condenatórios. Por mais que sejam tidos como perigosos para muitos, não é lícito mantê-los no cárcere sob o argumento de que provavelmente irão reincidir – a não ser que sejam loucos.

Ante esta inquietação, percebemos que as medidas de segurança, e, sobretudo a noção de periculosidade que a fundamenta não só é excludente, mas também fomentadora de desigualdade, pois não condena o louco apenas pelo crime praticado (o que também é um equívoco, como visto), mas também por sua simples existência enquanto portador de transtorno mental – corroborando, destarte, a lógica da criação, na época dos manicômios, do personagem social do "louco perigoso", que deve ser isolado e recolhido para não manchar a escorreita conduta da sociedade racional.

Ademais, é impossível, cientificamente falando, a determinação precisa da chance de cometimento de novos crimes a qualquer ser humano, haja vista que a agressividade é uma característica comum a todos os seres humanos, e não se pode medir, com segurança, o tamanho, circunstância e o direcionamento pessoal da "periculosidade". Os laudos de cessação de periculosidade comprovam esta

assertiva, pois dependem muito da interpretação e do referencial do psiquiatra que o subscreve, o que pode ser percebido, inclusive, na inconstância dos laudos lavrados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico pesquisado (afirmamos isso reportando-nos a laudos lavrados para um mesmo paciente, de forma inconstante com o passar dos anos).

Todos nós podemos, dependendo do estímulo de determinada situação, ter a infelicidade de praticar ato tido como criminoso, e, se o fizermos, devemos ser punidos por isso, mas nunca em perspectiva, e de forma indeterminada.

Nesta senda, muitos autores questionam inclusive a constitucionalidade das medidas de segurança, pois dado o seu caráter perpétuo, oriundo da presunção de periculosidade, que em tese não cessa, e, principalmente da periculosidade como característica da pessoa do louco, estigmatizando-o e excluindo-o (MATTOS; SILVA, 2008).

Inquietamo-nos também com o sistema de desinternação progressiva, propondo que nestes casos o modelo progressivo seja substituído pelo supervisionado, aquele em que o paciente é atendido pelo serviço psicossocial do Sistema Único de Saúde, com acompanhamento de programas de atenção vinculados ao Judiciário, num modelo de gestão compartilhada e dialógica do serviço. Entretanto, esta substituição deve ser gradativa, eis que existem internos há muito tempo segregados do convívio social, e sua inserção social de forma integral e abrupta pode gerar retrocessos à reabilitação.

A terceira inquietação subjaz na necessária reformulação do foco da medida de segurança: do crime praticado, para a patologia apresentada pelo paciente judiciário, e respectivo tratamento individualizado realizado nos parâmetros das políticas públicas em saúde mental, haja vista que, inclusive, referidas políticas não fazem distinção entre o louco em conflito com a lei e os demais, e entendimento em sentido contrário consistiria em discriminação ofensiva à atual ordem constitucional.

Corrigir-se-á, assim, a incoerência da sanção penal objeto deste trabalho, haja vista que, se o inimputável é isento de pena em função da incapacidade de compreensão do caráter ilícito do fato, ou da incapacidade de autodeterminação em sentido contrário, não pode ser penalizado, de forma alguma pelo injusto praticado; nem de forma retributiva, muito menos em perspectiva.

Pode e merece ser tratado, e a respectiva modalidade (ambulatorial ou de internação), repetimos, não deve ser definida em virtude da modalidade penal

aplicável ao ato cometido, mas sim pelo transtorno apresentado, principalmente pela gravidade da crise, nos moldes da Lei da Reforma Psiquiátrica, que define, inclusive, os parâmetros para a internação compulsória.

Nestes casos, excepcionais (conforme definição do próprio estatuto legal em comento), sugerimos ainda internações dentro do modelo de sucesso das residências terapêuticas, já que o encarceramento opressor (grades e vigilância ostensiva, por exemplo), retira qualquer perspectiva de reabilitação para o louco, e principalmente sem a desconstrução da personalidade do interno nos termos do exposto em BARATTA (2002), posto que, desconstruindo-se a personalidade, em exercício desrespeitoso à alteridade, dignidade e autonomia, descontruir-se-á também o ser humano, emergindo-se, novamente, o ser bestial[41]. Frisamos que a sugestão é viável, posto que pode ser fruto de adaptação do ambiente e do tratamento dentro dos próprios nosocômios judiciários.

Neste ínterim, verificamos ainda que a sugestão de reforma ora formulada, pode ser um grande passo, já que pudemos verificar *in loco* a acomodação à cultura manicomial por parte dos profissionais do serviço de saúde mental destinados a pacientes judiciários através da própria estrutura física (de uma cadeia para loucos), que os incentiva à referida acomodação.

Certamente esta é uma percepção ainda superficial, pois o servidores são a ponta de toda a estrutura apontada que ainda remonta o século dos manicômios referenciado no início desta pesquisa. Além da mudança ambiental, e das reformas conceituais e legais propostas, é necessário também maior capacitação destes profissionais, em relação ao alcance das reformas psiquiátrica e sanitária.

Mencionada capacitação perpassa principalmente pelos conceitos de igualdade, e sobretudo equidade, mencionados, sem prejuízo da integralidade, de forma prática. Necessária se faz a ruptura com o posicionamento de que a integralidade e universalidade nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico são garantidas porque ali existe o acesso e cuidado de um médico generalista. Para tanto, é imprescindível a articulação entre os setores de administração prisional, do

---

[41] " O cárcere é contrário a todo moderno ideal educativo, porque este promove a individualidade e o auto-respeito do indivíduo, alimentado pelo respeito que o educador tem dele. As cerimônias de degradação no início da detenção com as quais o encarcerado é despojado até dos símbolos exteriores da própria autonomia (vestuário e objetos pessoais), são o oposto de tudo isso. A educação promove o sentimento de liberdade e espontaneidade do indivíduo: a vida no cárcere, como universo disciplinar, tem um caráter repressivo e uniformizante." (BARATTA, 2002, p. 183-184).

Poder Judiciário (especialmente as Varas de Execução Criminal, aonde tramitam os processos de cumprimento de medida de segurança) e os setores de saúde pública, sem prejuízo da academia (ressaltando-se que em todas as localidades com manicômios judiciários em funcionamento em Minas Gerais estão presentes instituições representantes destes três setores).

A capacitação, nos termos mencionados, não pode seguir um modelo imposto, mas como um processo de construção e afirmação de cidadania, envolvendo todos os atores sociais envolvidos, sem qualquer laço de subserviência para com a legitimação da dominação; deve ser uma real capacitação para o exercício da cidadania. E desta forma, e através deste tipo de capacitação que novos atores, capazes de sustentar políticas públicas para efetivar os direitos humanos, cientes de que o SUS somente ocorre, realmente, se houver a efetiva participação e controle social, principalmente no desenvolvimento de políticas públicas que interajam com as desigualdades sociais e econômicas do Brasil (BOTH; KUJAWA, 2003).

Desta forma, torna-se palpável a superação dos prejuízos gerados pelo conflito entre médicos e juízes, profissionais de saúde e agentes penitenciários, bem como os reflexos nas respectivas condutas profissionais, tudo para que, ao final, o paciente judiciário seja visto como um sujeito de direitos, seres humanos merecedores de tratamento integral (disponibilidade de tratamento médico e percepção de sua existência em um todo complexo que transborda a pontual questão da loucura) e não um mero "objeto de intervenção do sistema jurídico penal" (MPF, 2011, p. 53), retificando-se a dissonância existente entre os diplomas penais e as leis de reforma sanitária e psiquiátrica, no que concerne às medidas de segurança.

Defendemos, neste contexto, a vinculação de laudo pericial (e não mais exame de cessação de periculosidade – outra proposta) à prestação do serviço jurisdicional, salientando que referido laudo não merece ser firmado e lavrado apenas pelo profissional médico, mas por equipe multidisciplinar, constituída por todos os envolvidos no serviço em saúde mental (profissionais "psi", terapeuta ocupacional e assistente social), a qual, inclusive, deve definir qual o tratamento adequado no cumprimento da medida de segurança.

É preciso ainda que os setores de saúde pública estejam capacitados a definir estratégias de inclusão do portador do transtorno mental, através da adesão

familiar ao tratamento psiquiátrico, emancipação obtida pelo exercício da autonomia, e cumprimento das premissas estabelecidas pelo Movimento Antimanicomial e Lei da Reforma Sanitária, pois, através dos dados coletados e referências obtidas, nos tornou visível, de forma incontroversa, que o evento crime é resultado de desatenção e abandono. Inclusive para o louco.

Imprescindível que as instituições aqui mencionadas, que lidam de uma forma ou de outra com a realidade da loucura, em seus diversos níveis, a percebam como um traço especial de humanidade, e a partir deste ponto, estabeleçam suas diretrizes de tratamento, já que quando lidamos com a dicotomia humanidade/animalidade, ou humanidade/natureza, sobretudo quando afirmamos que os loucos são desumanizados e inseridos para o " campo da natureza", não estamos falando da natureza em si, mas da representação do pensamento ocidental do que seja esta natureza, cientes que quando falamos em igualdade em relação aos loucos, fazemo-lo sabendo que "o direito à igualdade pressupõe o direito à diferença, inspirado na crença de que somos iguais, mas diferentes, e diferentes, mas sobretudo iguais" (PIOVESAN, 2003, p. 203).

E nos parece, que para este pensamento, a natureza em si é o espaço da não razão, dos fantasmas, dos mitos, dos medos, da vida selvagem, dos instintos, do não domesticado, e, portanto, fora da esfera das relações sociais. É neste sentido que afirmamos que o louco e a loucura ainda habitam a esfera da natureza. Assim, como os indígenas e mendigos.

Todos são traduzidos como expressão da não razão, da não civilização, como se fossem uma parte da natureza não domesticada que habita e se apresenta no próprio humano, um humano animalizado, o humano sem a condição humana, retratado nos eloquentes versos:

> Vi ontem um bicho
> Na imundície do pátio
> Catando comida entre os detritos
>
> Quando achava alguma coisa,
> Não examinava nem cheirava:
> Engolia com voracidade.
>
> O bicho não era um cão,
> Não era um gato,
> Não era um rato.
>
> O bicho, meu Deus, era um homem (Manuel Bandeira, 1947).

REFERÊNCIAS

ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. *Dialética do Esclarecimento.* Fragmentos Filosóficos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

ALMEIDA, Eduardo Henrique Rodrigues. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. *Revista Bioética, 2010; 18(2): 381-95.*

AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos,* I (1): 61-77, jul.-oct., 1994.

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

BACHA, Edmar Lisboa, Scwartzman, Simon (organizadores). André Cezar Medici...[et al.]. *Brasil: a nova agenda social.* Rio de Janeiro: LTC, 2011.

BARROS-BRISSET, Fernanda. Genealogia do conceito de periculosidade. *Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 37-52, mar./ago. 2011.

BARROS-BRISSET, Fernanda. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator.* Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BONAVIDES, Paulo. *Curso de Direito Constitucional.*10ª ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

BOTH, Valdevir; KUJAWA, Henrique A. *O Brasil e a garantia do Direito Humano à Saúde. In* Direitos Humanos no Brasil: Diagnóstico e perspectivas: olhar dos parceiros de Misereor. Organizado por Cláudio Moser et al.2ª ed. Rio de Janeiro: CERIS/Mauad, 2003

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM nº 1598/2000 (Publicado no D.O.U, 18 de agosto de 2000, Seção I, p.63). *Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental.*

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

BRASIL. Decreto Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940 *(Código Penal).*

BRASIL. Decreto- Lei 3.689, de 03 de outubro de 1941 *(Código de Processo Penal).*

BRASIL. Projeto de Lei 3657, de 12 de setembro de 1989. *Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.*

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.*

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.*

BRASIL. Lei 10.708/2003. *Dispõe sobre a instituição do auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.*

CARVALHO, M.A. ; GONÇALVES, R. S. . A idéia de natureza, a loucura em Foucault e a Reforma Psiquiátrica: real desconstrução de paradigma? *ZEITGEIST: Revista de Filosofia e Direito*, v. 01, p. 61-76, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1638/2002. *Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.*

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1952/2010 (Publicada no D.O.U. de 07 de julho de 2010, seção I, p.133). *Adota as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil e modifica a Resolução CFM nº 1.598, de 9 de agosto de 2000. (Revoga as Resolução CFM nº 1407/1998 e 1408/1998).*

DIAS, Jorge de Figueiredo. *Direito Penal: parte geral: tomo I:* questões fundamentais: a doutrina geral do crime. São Paulo: Editora Revista dos tribunais; Portugal; Coimbra Editora, 2007.

DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil:* censo 2011. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

ESTEFAM, André. *Direito Penal,* volume I. São Paulo: Saraiva, 2010.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA. *SUS pra valer*: universal, humanizado e de qualidade. *Saúde em debate*, v. 29, n. 31, 2006.

FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Rev. Bras. Saúde Matern.Infant.*, Recife, 10 (supl.2): S321-S330, dez.,2010.

FOUCAULT, Michel. *A História da Loucura na Idade Clássica.* São Paulo: Perspectiva, 1978a

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder* – Rio de Janeiro: Graal, 1978b

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica.* Editora Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir:* nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2004.

GARCIA, A; SOUZA, E.M. Um diálogo entre Foucault e o Marxismo: caminhos e descaminhos. *Revista Aulas, Dossiê Foucault* (Org. Margareth Rago & Adilton L. Martins). Campinas, n. 3, dezembro 2006/ março/ 2007.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos.* Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

IANNI, A.M.Z. Saúde Pública e Colonização da natureza. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* V. 19, n. 4, jun.2009.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *O pensamento Selvagem.*Campinas: Papirus, 2008.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Hospitais psiquiátricos x serviços substitutivos: saberes em confronto.* In BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde, 2001.

MAGNANI, Maria Cláudia Almeida Orlando. *O hospício da Diamantina – 1889 - 1906.*2004.110 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

MAIA, Rousiley C.M. e FERNANDES, Adélia B. O movimento antimanicomial como agente discursivo na espera pública política. *Rev. Brasileira de Ciências Sociais.* Vol. 17, n.48, fev.2002.

MARTINS, Heloísa Helena T. de Souza. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa,* São Paulo, v.30, n.2, p.289-300, maio/ago.,2004.

MATTOS, Ruben Araújo. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface Comunicação Saúde Educação* v. 13.supl.I, p. 771-80-2009.

MATTOS, Ruben Araújo. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 20 (5): 1411-1416, set-out, 2004.

MATTOS, Virgílio; SILVA, Janaina L. Penalva. *O direito à singularidade dos portadores de sofrimento mental e a permanente inconstitucionalidade das medidas de segurança. In* Cidadania e inclusão social: estudos em homenagem à Professora Miracy Barbosa de Sousa Gustin. ORg. Flavio Jenrique Unes Pereira et al. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social:* teoria, método e criatividade. 23ª ed.Petrópolis: Vozes, 2004, p. 43.

MINAYO, MC & SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública 9 (3):239-262.*

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução CNS 196/96.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Memorando- Circular Nº 03 MENTAL/DAPES/SAS/MS, de 10 de outubro de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 2391/GM, em 26 de dezembro de 2002. *Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.*

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências terapêuticas:* o que são, para que servem/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF). *Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001.* Brasília, 2011.

MUCHAIL, S. T. *Foucault, Simplesmente:* textos reunidos. Edições Loyola. São Paulo: 2004.

OLIVEIRA, Amanda Melissa Bariano. Anais do III encontro nacional do GT História das Religiões e das Religiosidades – ANPUH -Questões teórico-metodológicas no estudo das religiões e religiosidades. *Revista Brasileira de História das Religiões.* Maringá (PR) v. III, n.9, jan/2011. Disponível em http://www.dhi.uem.br/gtreligiao/pub.html, acesso em 10/05/2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001.* Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: 2001

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.33, n. 81, p.27-37, jan./abr.2009.

PESSOTTI, Isaias. *O século dos manicômios.* Editora 34. São Paulo, 1996.

PIOVESAN, Flávia. *Temas de direitos humanos.* São Paulo: Max Limonad, 2003.

ROCHA, Franco. *Esboço de Psychiatria Forense.* São Paulo: Laemmert, 1904.

RODRÍGUEZ, Victor Gabriel. *Fundamentos de direito penal brasileiro:* lei penal e teoria feral do crime, São Paulo: Atlas, 2010.

SCHERER, M.D.A; MARINO, S.R.A; RAMOS, F.R.S.; Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as ciências.* 5. ed. São Paulo: Cortez; 2008.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva,* 5 (1):187-192, 2000.

STANCIOLI, Brunello. Sobre os direitos da personalidade no Novo Código Civil Brasileiro. *Videtur (USP)*, Porto, v. 27, p. 41-46, 2004.

TEIXEIRA, Carmen. *Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate das Conferências Municipal e Estadual de Salvador*, Bahia. Junho de 2011. Disponível em http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em 12 de maio de 2013.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (TJMG). Resolução nº 633, de 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Os novos dispositivos residenciais no quadro atual da reorientação da assistência psiquiátrica brasileira.* Caderno de textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental, Segunda Parte, texto 11. Brasília, 2001.

VECCHIA, M.D., MARTINS, S.T.F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface – Comunic., Saúde*, Educ., v.13, n. 28, jan./mar. 2009.

WEICHERT, Marlon Alberto. *Saúde e Federação na Constituição Brasileira*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

WARBURTON, Nigel (2007) *Elementos Básicos de Filosofia.* Trad. Desidério Murcho. Lisboa: Gradiva, pp.78-79, in http://blog.domingosfaria.net/2011/02/o-imperativo-categorico-da-etica.html, acesso em 10 de fevereiro de 2013 .

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

Referência eletrônica:

http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1816, acesso em 12 de maio de 2013.

Referência cinematográfica:

Stonewall Uprising. EUA, 2010. Direção: David Heilbroner, Kate Davis (documentário).

APÊNDICE I

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) – DIAMANTINA/MG

1.Identificação do paciente: 01

2.Sexo: masculino

3.Profissão: não relatada

4.Diagnóstico clínico: esquizofrenia hebefrênica, alcoolismo.

5.Tratamento: Terapia medicamentosa diária à base de três medicamentos, liberados mensalmente; periodicidade de consultas psicológicas e psiquiátricas mensal de 2004 a 2006, ano em que a periodicidade passou a ser quinzenal (após retorno de hospital psiquiátrico); internação de urgência no Hospital Galba Veloso por três meses, em 02/03/2006. Melhoras e pioras no quadro clínico constantes (surto psicótico em 25/10/2004, parecer negativo – de piora em 28/04/2009; em 12/2004 relatada melhora, com piora no quadro em 01/2005, chegando a ameaça de morte em 02/2005 – *comer uma criança*, ante o quadro necrofágico do paciente; em fevereiro de 2008 relato de docilidade e abordabilidade, ausência de agressividade).

5.1.Terapias não medicamentosas aplicadas: oficinas terapêuticas. Há também o relato de visitas e atendimento familiar, buscando participação dos parentes no acompanhamento e tratamento (em 2008, família presente, mas descompromissada; discussão com familiares sobre a internação de urgência em 2006, já que o paciente, inclusive é tido como ameaçador). Em 04/11/2010 deferimento de benefício assistencial. Atendimento de assistente social.

6. Ano de entrada no serviço: 2004.

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) – DIAMANTINA/MG

1.Identificação do paciente: 02

2.Sexo: masculino

3.Profissão: não relatada

4.Diagnóstico clínico: esquizofrenia paranoide (relatada a existência de sua forma mais grave no caso). Atualmente controlado, após melhoras e pioras constantes.

5.Tratamento: Terapia medicamentosa diária à base de três medicamentos, liberados mensalmente; periodicidade de consultas psicológicas e psiquiátricas mensal; internação de urgência no Hospital Galba Veloso por 19 dias; existência de episódios psicóticos; tratamento odontológico intermediado pelo CAPS. Dificuldade de transporte e acesso aos serviços de saúde conforme o necessário devido ao fato de a residência do paciente ser no distrito de Sopa.

5.1.Terapias não medicamentosas aplicadas: oficinas terapêuticas de música, pintura, jogos e dança. Há também o relato de visitas e atendimento familiar, buscando participação dos parentes no acompanhamento e tratamento (ocorrências policiais de lesão corporal contra mãe e irmão; família não sabe lidar com o paciente, mas é participativa – embora tenha chegado a amarrar o paciente em algumas ocasiões). Atendimento de assistente social.

6. Ano de entrada no serviço: 2000.

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) – DIAMANTINA/MG

1.Identificação do paciente: 03

2.Sexo: feminino

3.Profissão: não relatada

4.Diagnóstico clínico: transtorno afetivo bipolar. Atualmente em remissão, após melhoras e pioras constantes.

5.Tratamento: Terapia medicamentosa diária à base de três medicamentos, liberada mensalmente; periodicidade de consultas psicológicas e psiquiátricas mensal; paciente irregular na medicação; paciente tem sensível melhora em 2004, durante gestação (ocasião em que fica sem o apoio do companheiro, que a maltratava). Relatada melhora com o uso de antidepressivo. Em 2009 a paciente se estabiliza, e só comparece ao serviço para pegar a medicação, mensalmente.

5.1.Terapias não medicamentosas aplicadas: oficinas terapêuticas. Pouco apoio familiar (óbito da mãe em 2007, e relato de maus tratos por parte do marido, no início do tratamento – depois há relato de abandono). Atendimento de assistente social.

6. Ano de entrada no serviço: 2001.

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) – DIAMANTINA/MG

1.Identificação do paciente: 04

2.Sexo: masculino

3.Profissão: não relatada

4.Diagnóstico clínico: esquizofrenia residual.

5.Tratamento: Terapia medicamentosa diária à base de três medicamentos, liberada mensalmente; periodicidade de consultas psicológicas e psiquiátricas mensal. Paciente apático e sem grandes intercorrências em sua evolução.

5.1.Terapias não medicamentosas aplicadas: oficinas terapêuticas de música, jogos e passeios. Pouco apoio familiar durante o tempo de tratamento no CAPS. Atualmente reside no Asilo da Associação do Pão de Santo Antônio, ressaltando que trata-se de egresso do manicômio de Barbacena, aonde ficou por 33 anos. Atendimento de assistente social.

6. Ano de entrada no serviço: 2000.

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) – DIAMANTINA/MG

1.Identificação do paciente: 05

2.Sexo: masculino

3.Profissão: não relatada

4.Diagnóstico clínico: esquizofrenia paranóide. Em alta pelo CAPS desde 01/06/2009

5.Tratamento: Terapia medicamentosa diária à base de três medicamentos, liberada mensalmente; periodicidade de consultas psicológicas e psiquiátricas mensal; relato de uso de bebida alcóolica, posteriormente cessado.

5.1.Terapias não medicamentosas aplicadas: oficinas terapêuticas (relatada a de desenho). Apoio familiar da mãe – responsável. Atendimento de assistente social.

6. Ano de entrada no serviço: 04/2004.

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) – DIAMANTINA/MG

1.Identificação do paciente: 06

2.Sexo: masculino

3.Profissão: servente de pedreiro

4.Diagnóstico clínico: esquizofrenia paranóide.

5.Tratamento: Terapia medicamentosa diária à base de três medicamentos, liberada mensalmente; periodicidade de consultas psicológicas e psiquiátricas mensal; paciente com crises psicóticas, alcoolista, agressivo (BOs de agressão a mãe em 2006 e 2007, ameaça à vizinha). Relatada melhora após entrada no serviço, com piora no final de 2004. Paciente com histórico de internação no Instituto Raul Soares, além de internação de urgência no Hospital Galba Veloso no ano de 2006, 2007 e 2011 (internações de um mês, um mês e meio).

5.1.Terapias não medicamentosas aplicadas: paciente sem acesso a oficinas terapêuticas (talvez por residir em Senador Mourão – contato periódico com a ESF desta localidade, para informações do paciente). Atendimento familiar, com relato de sensação de impotência de seus membros – procuram ser participativos, mas tem medo. Nas vezes em que foi encaminhado ao serviço, há relato de trabalho do paciente na horta do CAPS. Atendimento de assistente social.

6. Ano de entrada no serviço: 09/2000.

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) – DIAMANTINA/MG

1.Identificação do paciente: 07

2.Sexo: masculino

3.Profissão: servente de pedreiro

4.Diagnóstico clínico: esquizofrenia.

5.Tratamento: Terapia medicamentosa diária à base de três medicamentos, liberada mensalmente; periodicidade de consultas psicológicas e psiquiátricas mensal (a partir de 2008 as consultas psicológicas foram mais espaçadas – uma por ano entre 2008 e 2010, duas no ano de 2011; em 2012 as consultas se tornaram frequentes. As consultas psiquiátricas eram periódicas). Articulada ação com o então PSF (em agosto de 2006), para realização de exames de hemograma e VDRL em 2006. Relato de falta de condições para compra de remédios em 08/2012.

5.1.Terapias não medicamentosas aplicadas: Poucos laudos/relatos de oficinas terapêuticas; sem adesão do paciente nas oficinas terapêuticas; a participação ativa começa a ocorrer em janeiro de 2007. Atendimento familiar em janeiro de 2013, com relato de família com problemas psiquiátricos da mãe e irmão. Atendimento de assistente social.

6. Ano de entrada no serviço: 2000.

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) – DIAMANTINA/MG

1.Identificação do paciente: 08

2.Sexo: feminino

3.Profissão: não relatado

4.Diagnóstico clínico: esquizofrenia e alcoolismo.

5.Tratamento: Terapia medicamentosa diária à base de três medicamentos, liberada mensalmente; periodicidade de consultas psicológicas e psiquiátricas diária/mensal/quinzenal, conforme a urgência e estabilização do quadro; internações psiquiátricas de urgência no hospital do IPSEMG, internação no Hospital Galba Veloso em 27/03/2006; até o ano de 2003 irregular na medicação/serviço, até desenvolvimento de quadro psicótico, estabilizado posteriormente, ocasião em que abandona o serviço, e volta novamente psicótica, e é internada em clinica de dependentes de álcool; abandona o tratamento novamente, mas volta em visitas semanais. Em 2011 passa a fazer visitas mensais, para pegar medicação, com relato de melhora, que não se sustenta até nova internação psiquiátrica no hospital do IPSEMG. Atualmente estabilizada, com atendimento psiquiátrico/psicológico regular.

5.1.Terapias não medicamentosas aplicadas: participação nas oficinas de TO em 2000 e 2001, com novos relatos de participação em oficinas em 2011; grupos terapêuticos em 2000; atendimento de assistente social.

6. Ano de entrada no serviço: 2000.

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) – DIAMANTINA/MG

1.Identificação do paciente: 09

2.Sexo: masculino

3.Profissão: não relatado

4.Diagnóstico clínico: transtorno esquizoafetivo.

5.Tratamento: Terapia medicamentosa diária à base de três medicamentos, liberada mensalmente; periodicidade de consultas psicológicas e psiquiátricas mensal; desde 2005 sem anotação de evolução da psicóloga, mas com as devidas anotações de evolução de psiquiatra e liberação de medicamentos.

5.1.Terapias não medicamentosas aplicadas: participação nas oficinas de TO em 2000 e 2001; atendimento de assistente social; relato de participação familiar.

6. Ano de entrada no serviço: 2000

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) – DIAMANTINA/MG

1.Identificação do paciente: 10

2.Sexo: feminino

3.Profissão: não relatado

4.Diagnóstico clínico: borderline, histriônica, epilética.

5.Tratamento: Terapia medicamentosa diária à base de três medicamentos, liberada mensalmente; adesão no tratamento somente para pegar medicamentos; em 2003, adere ao serviço, com atendimento psicológico quinzenal e semanal, e psiquiátrico mensal. Torna-se irregular no tratamento, interrompendo-o entre 08/2006 e 01/2007, quando aparece no serviço e só retorna novamente em 03/2007, em surto psicótico. Atualmente comparece ao serviço para atendimento psicológico e retirada de medicação.

5.1.Terapias não medicamentosas aplicadas: participação nas oficinas de TO (relato de oficinas de desenho); atendimento social, com entrevistas familiares e visitas. Relato de falta de condições para comprar remédios. Sem muita adesão familiar pois maltratava os filhos. Divorciou-se do marido durante o tratamento. Relato de oficinas em 2010 e 2011.

6. Ano de entrada no serviço: 2000.

APÊNDICE II

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JORGE VAZ – BARBACENA/MG

1.Identificação do paciente: 01

2.Etnia: branca

3.Sexo: masculino

4.Profissão:padeiro, tratorista

5.Crime cometido: lesão corporal seguida de morte

6.Diagnóstico clínico: Sem diagnóstico anotado, apenas sintomas descritos na evolução clínica.

7.Tratamento:

Não psiquiátrico realizado pelo SUS (exames de rotina, radiografias e ultrassom); visitas quinzenais ou mensais, por médico do hospital. Último *check up* realizado em 2012. Tratamento odontológico dispensado (último em 2008).

Vacinação e exames de HIV realizados.

Psiquiátrico: psicólogo e psiquiatra em periodicidade quinzenal/mensal, que na evolução clínica se restringe às afirmações: *fala pouco, alucinações, calmo.* Medicação psiquiátrica diária.

Terapias não medicamentosas: grupo terapêutico de música (desativado).

Paciente internado em vários hospitais psiquiátricos.

Acompanhado por assistente social a cada três meses.

8.Tempo de internação : desde 30/10/1979.

9. Cessação de periculosidade: exames realizados anualmente de 1988 a 2000, depois de 2002 a 2006, e de 2008 a 2012. Além deste período, foram realizados exames nos anos de 1984 e 1986, e em nenhum dos casos foi constatada a cessação de periculosidade.

Anota-se que a defensoria pública requereu a aplicação do indulto de natal do ano de 2011, para a desinternação, o que foi indeferido pelo Juízo de Execuções Penais.

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JORGE VAZ – BARBACENA/MG

1.Identificação do paciente: 02

2.Etnia: parda/negra

3.Sexo:masculino

4.Profissão: servente de pedreiro

5.Crime cometido: homicídio

6.Diagnóstico clínico: esquizofrenia paranóide

7.Tratamento: não psiquiátrico com periodicidade quinzenal/mensal, através de visita de médico do próprio hospital. Último tratamento odontológico em 2008. Paciente portador de tuberculose. Exames de rotina e específicos para sua condição de saúde (tuberculose) realizados pelo SUS, sendo os últimos realizados em 2012. Vacinação e exames de HIV realizados.

Tratamento psiquiátrico e psicológico realizado com periodicidade quinzenal/mensal, com evolução clínica restrita às palavras *estável, sem queixas, calmo*. Medicação psiquiátrica diária.

Terapia não medicamentosa: paciente apto para laborterapia na horta, sem adesão.

A partir do ano de 2007 tem sido atendido pelo PAIPJ, através de saídas terapêuticas de 2horas semanais.

Acompanhado por assistente social a cada três meses.

8.Tempo de internação : desde 31/03/1984 (saiu em 18/06/1984 – reinternado em 15/11/1984)

9. Cessação de periculosidade: atestada em 2012, após exames anuais, aguardando decisão.

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JORGE VAZ – BARBACENA/MG

1.Identificação do paciente: 03

2.Etnia: branca

3.Sexo:masculino

4.Profissão:braçal

5.Crime cometido: homicídio

6.Diagnóstico clínico: esquizofrenia

7.Tratamento: não psiquiátrico com periodicidade quinzenal/mensal, realizado por médico do hospital. Exames de rotina (check up) realizados pelo SUS, sendo o último realizado em 2011. Vacinação e exames de HIV realizados.

Tratamento psiquiátrico e psicológico com medicação diária, atendimento quinzenal/mensal, da mesma forma o atendimento psicológico. A evolução clínica se restringe às palavras *calmo e estável.*

Atendimento por assistente social trimestralmente.

Terapia não medicamentosa: laborterapia na horta.

8.Tempo de internação : desde 04/12/1984

9. Cessação de periculosidade: exames realizados anualmente de 1986 a 2012, sem atestado positivo. Em 2009 foi requerido pela defensora a aplicação do indulto de natal, o que foi indeferido

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JORGE VAZ – BARBACENA/MG

1.Identificação do paciente: 04

2.Etnia: branca

3.Sexo:masculino

4.Profissão:lavrador

5.Crime cometido: homicídio/lesões corporais

6.Diagnóstico clínico: Psicose esquizofrênica

7.Tratamento: não psiquiátrico com periodicidade quinzenal/mensal, realizado por médico do hospital. Exames de rotina (check up) realizados pelo SUS, sendo o último datado de 2011. Tratamento oftalmológico dispensado. Vacinação e exames de HIV realizados.

Tratamento psiquiátrico e psicológico com medicação diária, atendimento quinzenal/mensal. A evolução clínica se restringe às palavras *calmo, sem queixas e estável.*

Terapia não medicamentosa de laborterapia na horta.

Atendimento por assistente social trimestralmente. Houve tentativa de acolhimento da família para o caso de desinternação, sem resultados. Durante a internação uma irmã procurou saber do estado do paciente, fazendo-o às escondidas, afirmando ainda que o restante da família rejeita o paciente, em virtude do crime cometido.

Saídas terapêuticas de duas horas semanais (PAIPJ)

8.Tempo de internação: desde 23/11/1981, saiu em 29/03/1982 e foi reinternado em 30/08/1985.

9. Cessação de periculosidade: exames anuais, desde 2003 periculosidade cessou (desde então exames anuais confirmam esta posição); no entanto, o Juiz indeferiu o cumprimento da medida de segurança porque o paciente não tem vínculo familiar e tratamento específico na cidade, afirmando ainda que não permite a desinternação do paciente porque este não *está curado,* determinando ainda a *custódia até cessação da psicopatologia.*

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JORGE VAZ – BARBACENA/MG

1.Identificação do paciente: 05

2.Etnia: branca

3.Sexo:masculino

4.Profissão:lavrador

5.Crime cometido: homicídio

6.Diagnóstico clínico: oligofrenia

7.Tratamento: não psiquiátrico com periodicidade quinzenal/mensal, realizado por médico do hospital. Exames de rotina (check up) realizados pelo SUS, sendo o último realizado em 2011. Vacinação e exames de HIV realizados.

Tratamento psiquiátrico e psicológico com medicação diária, atendimento quinzenal/mensal. A evolução clínica se restringe às palavras *calmo, sem queixas, sem alterações e estável.* Paciente sem contato verbal.

Terapia não medicamentosa de laborterapia na horta.

Atendimento por assistente social trimestralmente.

8.Tempo de internação : 16/06/1983.

9. Cessação de periculosidade: realizada anualmente de 1986 a 2012, sempre negativa, com pedido de indulto de natal formulado pela defensoria pública em 2010 e 2011, indeferidos.

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JORGE VAZ – BARBACENA/MG

1.Identificação do paciente: 06

2.Etnia: negro

3.Sexo:masculino

4.Profissão:servidor do DER

5.Crime cometido: homicídio

6.Diagnóstico clínico: Oligofrenia/esquizofrenia

7.Tratamento: não psiquiátrico com periodicidade quinzenal/mensal, realizado por médico do hospital. Exames de rotina (check up) realizados pelo SUS, sendo o último datado de 2009. Vacinação e exames de HIV realizados.

Tratamento psiquiátrico e psicológico com medicação diária, atendimento quinzenal/mensal. A evolução clínica se restringe às palavras *estável, sem alterações, quadro habitual.* Paciente fala pouco, sem verbalização.

Terapia não medicamentosa não relatada, há relato de terapia em grupo em 2010.

Atendimento por assistente social trimestralmente.

Saídas terapêuticas de 2 horas semanais (PAIPJ), desde 2007.

8.Tempo de internação : desde 01/08/1986.

9. Cessação de periculosidade: exames anuais, negativos, de 1989 a 2012. Defensoria pública requereu a aplicação de indulto de natal em 2009, sem êxito.

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JORGE VAZ – BARBACENA/MG

1.Identificação do paciente: 07

2.Etnia: branca

3.Sexo:masculino

4.Profissão:lavrador

5.Crime cometido: homicídio

6.Diagnóstico clínico: Psicose residual e epilepsia

7.Tratamento: não psiquiátrico com periodicidade quinzenal/mensal, realizado por médico do hospital. Exames de rotina (check up) realizados pelo SUS, sendo o último realizado em 2011. Tratamento odontológico dispensado (última consulta/tratamento em 2009). Vacinação e exames de HIV realizados.

Tratamento psiquiátrico e psicológico com medicação diária, atendimento quinzenal/mensal. A evolução clínica se restringe às palavras, *sem queixas e estável.*

Terapia Ocupacional relatada de forma genérica, ao anotar que foi realizado estímulo para adesão do paciente.

Atendimento por assistente social semestralmente.

8.Tempo de internação : desde 29/10/1987.

9. Cessação de periculosidade: exames anuais a partir de 1987; em 1987 e 1988 os laudos foram inconclusivos, pois não falam sobre a periculosidade; em 1989 e 1990 foi sugerido tratamento ambulatorial; de 1991 a 2005 os exames foram negativos; em 2006 o exame foi positivo; de 2007 a 2012 os exames foram negativos (subscritos por psiquiatra diferente do exame de 2006).

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JORGE VAZ – BARBACENA/MG

1.Identificação do paciente: 08

2.Etnia: negra

3.Sexo:masculino

4.Profissão:lavrador

5.Crime cometido: homicídio/lesões corporais

6.Diagnóstico clínico: Psicose esquizofrênica

7.Tratamento: não psiquiátrico com periodicidade quinzenal/mensal, realizado por médico do hospital. Tratamento odontológico dispensado, sendo a última consulta/tratamento realizada em 2009. Vacinação e exames de HIV realizados.

Tratamento psiquiátrico e psicológico com medicação diária, atendimento quinzenal/mensal. A evolução clínica se restringe às palavras *calmo, sem alteração.*

Terapia não medicamentosa de laborterapia na horta.

Atendimento por assistente social trimestralmente.

8.Tempo de internação : desde 03/04/1987; saiu em 17/08/1987 e foi reinternado em 10/11/1987.

9. Cessação de periculosidade: exames realizados anualmente desde 1989; no primeiro ano, foi sugerido tratamento ambulatorial; de 1990 a 2010 os exames foram negativos; em 2011 e 2012 os exames foram positivos.

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JORGE VAZ – BARBACENA/MG

1.Identificação do paciente: 09

2.Etnia: branco

3.Sexo:masculino

4.Profissão: sem profissão

5.Crime cometido: homicídio

6.Diagnóstico clínico: Psicose esquizofrênica

7.Tratamento: não psiquiátrico com periodicidade quinzenal/mensal, realizado por médico do hospital. Exames de rotina (check up) realizados pelo SUS, sendo o último realizado em 2012. Vacinação e exames de HIV realizados.

Tratamento psiquiátrico e psicológico com medicação diária, atendimento quinzenal/mensal. A evolução clínica se restringe às palavras *calmo, sem queixas e estável.*

Sem relato de terapia não medicamentosa.

Atendimento por assistente social a cada 05 ou 06 meses.

Saídas terapêuticas de 2 horas semanais (PAIPJ)

8.Tempo de internação : desde 08/01/1988, com saída em 11/02/1988 e reinternação em 24/04/1990.

9. Cessação de periculosidade: exames anuais, a partir de 1988; no primeiro ano, exame negativo; no segundo ano, é sugerido tratamento ambulatorial; de 1990 a 2012 os exames são negativos.

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JORGE VAZ – BARBACENA/MG

1.Identificação do paciente: 10

2.Etnia: branca

3.Sexo:masculino

4.Profissão:detetive

5.Crime cometido: homicídio

6.Diagnóstico clínico: Esquizofrenia paranóide

7.Tratamento: não psiquiátrico com periodicidade quinzenal/mensal, realizado por médico do hospital. Exames de rotina (check up) realizados pelo SUS, sendo o último realizado em 2011. Tratamento odontológico dispensado. Vacinação e exames de HIV realizados.

Tratamento psiquiátrico e psicológico com medicação diária, atendimento quinzenal/mensal. A evolução clínica se restringe às palavras *introspectivo, calmo, agressivo, cooperativo.*

Em terapia de grupo.

Atendimento por assistente social trimestralmente. Ressalta-se que neste caso específico, a assistente social havia se apropriado de R$ 69.816,39 do paciente, oriundos de seu pensionamento. Para ocultar a prática do crime, retirou vinte páginas do livro caixa do hospital. Ao ser descoberta, foi exonerada.

8.Tempo de internação : desde 27/06/1985.

9. Cessação de periculosidade: exames anuais a partir de 1988 (com pequeno lapso de ausência no ano de 1990); no primeiro ano, exame negativo; no segundo ano, laudo inconclusivo (afirma que o paciente melhorou e que será possível desinternação no futuro); em 1991 é sugerido tratamento ambulatorial; de 1992 a 2012, exames negativos (com afirmação do médico que o quadro é crônico, permanente e irreversível). Durante a internação o paciente matou outro interno.

ANEXOS:

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI (FAFEID-UF)

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DA LOUCURA AO CRIME: PERSPECTIVAS DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA ANTE A REFORMA PSIQUIÁTRICA ADERIDA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Pesquisador: Renato Santos Gonçalves

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 11640212.3.0000.5108

Instituição Proponente: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Patrocinador Principal: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 251.100

Data da Relatoria: 07/05/2013

Apresentação do Projeto:

O presente projeto tem como objeto de estudo as medidas de segurança previstas no Código Penal brasileiro, sob o prisma das políticas públicas advindas da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, propõe pesquisa interdisciplinar na área da Saúde Mental, com enfoque sociológico, histórico e jurídico, tendo como ponto de partida a construção dos conceitos de saúde, loucura e razão, além do ideário envolto na criação e manutenção dos Asilos Psiquiátricos, desde o final da Idade Média, bem como a evolução dada ao tratamento dos pacientes em questão a partir dos anos 80, como fruto de luta do movimento antimanicomial, posteriormente transformada em política de Estado, por meio de arcabouço jurídico proposto pela Organização Mundial de Saúde, incorporado pelo Brasil. Em seguida, a pesquisa proposta estudará a contradição do Estado Brasileiro em sua legislação, ao não permitir a aplicação das políticas de desinternação aos portadores de transtornos mentais em conflito com a Lei (com envolvimento da prática de crimes em função de seus distúrbios), quando do tratamento aos mesmos dispensado nas Casas de Custódia (antigos Manicômios Judiciários), as quais necessitam e não possuem autorização legal suficiente para dar respostas positivas na evolução do quadro clínico de referidos pacientes institucionalizados, conforme proposto por todas as recentes políticas públicas em saúde mental. Pesquisa de abordagem qualitativa e aplicada, orientada pelo modelo analítico pós-estruturalista; pesquisa de campo com coleta de dados baseada no estudo de documentos (prontuários médicos).

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI (FAFEID-UF)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Demonstrar, sob perspectiva crítica, que em virtude do sistema jurídico-social aplicável, não existe igualdade no tratamento dispensado pelo Estado aos pacientes mentais em conflito com a lei e os que não possuem referido conflito, demonstrando a ausência de sintonia entre o modelos de tratamento aplicados aos dois grupos descritos, após análise criteriosa dos dados coletados, a qual servirá também para atestar as perspectivas de reabilitação nas Instituições Psiquiátricas destinadas a abrigar os inimputáveis.

Objetivo Secundário:

1. Certificar a carência de reforma penal e legislativa em relação aos pacientes psiquiátricos em conflito com a lei;
2. Demonstrar que os conceitos de loucura, razão e a consequente internação/segregação são social e historicamente construídos e interferem no tratamento dispensado e nas possibilidades de reabilitação social das pessoas com transtornos mentais;
3. Pesquisar em parceria com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)em Diamantina/MG, a instrumentalidade das novas políticas públicas de saúde mental, oriundas do contexto da reforma psiquiátrica;
4. Pesquisar em parceria com o Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena/MG, as perspectivas de reabilitação e o modelo de tratamento dispensado aos internos;
5. Pesquisar em parceria com o Tribunal de Justiça de Minas Gerais, na Comarca de Diamantina, se os portadores de transtorno mental em conflito com a Lei são destinatários das políticas oriundas da Reforma Psiquiátrica;
6. Traçar o perfil criminológico e clínico dos pacientes psiquiátricos em conflito com a lei no estado de Minas Gerais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A suspensão ou encerramento de parte da pesquisa somente ocorrerão no caso de desistência das Instituições em fornecer os dados que se comprometeram, não sendo passíveis de qualquer penalização em função de tal desistência. A desistência por parte das instituições envolvidas na pesquisa constitui risco para o desenvolvimento da pesquisa, existente também aos funcionários das instituições quando do desarquivamento e arquivamento dos prontuários pleiteados, ocasião em que, na eventualidade de qualquer acidente, os custos relacionados ao tratamento decorrente serão de responsabilidade do pesquisador. Desta forma, ressalta-se ainda que toda a cautela com

o manuseio do material objeto da pesquisa (documentos impressos ou manuscritos) será de responsabilidade do pesquisador, sob pena de reparação das respectivas perdas e danos de forma exclusiva. O método utilizado, e a forma de coleta de dados não afetará os sujeitos da pesquisa de forma direta, tão somente, no máximo, adocumentação médica/forense relativa a referidos sujeitos, sendo a responsabilidade, para o caso de eventual dano, já mencionada
(exclusiva do pesquisador).O uso e destino das informações obtidas através da coleta de dados não estão restritos à presente pesquisa, podendo ser utilizados novamente para fins
acadêmicos, a saber, eventual tese de doutorado a ser realizada pelo pesquisador, respeitando-se a todos os preceitos éticos afirmados na presente pesquisa e previstos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. O dever e reponsabilidade de guarda dos dados é do pesquisador, em local seguro e livre de interferências alheias. Caso o pesquisador falhe com seu dever de responsabilidade discriminado nas situações acima, arcará, de forma exclusiva, com o pagamento das perdas e danos, inclusive morais As informações obtidas por meio da coleta de dados proposta, inclusive no que diz respeito à identificação dos prontuários é de responsabilidade do pesquisador, o qual arcará com indenização caso alguma identidade dos prontuários se torne pública, respeitando-se a privacidade e a confidencialidade dos prontuários médicos e processos. Nos termos das autorizações anexas, o pesquisador não poderá xerocopiar ou retirar os processos ou prontuários médicos das instituições que os abrigam, o que minimizará sensivelmente o risco de publicidade indevida. As informações coletadas serão anotadas nos formulários, que serão identificados por número, e não por nomes, evitando o risco de identificação dos prontuários médicos.Por não haver coleta de material biológico ou genético humano, não há que se fazer nenhuma declaração em relação aos mesmos, inclusive no que diz respeito ao seu local ou tempo de armazenamento.

Benefícios:

Com as informações obtidas por meio dos formulários, será possível a elaboração de relatório descrevendo o perfil patológico e criminológico dos denominados loucos infratores no estado de Minas Gerais, haja vista que a o hospital psiquiátrico e judiciário em questão é a única instituição do estado autorizada a gerir o cumprimento das medidas de segurança e albergar esta classe de internos. Ademais, tendo em vista que a coleta de dados possui interferência indireta nos sujeitos a que os prontuários médicos e processos se referem, o maior benefício da pesquisa se dá com o avanço do conhecimento na área da saúde mental e na área jurídico-penal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Número de sujeitos = 20

Internos internados em hospital psiquiátrico judiciário = 10;

Pacientes CAPS Renascer = 10.

Intervenções a serem realizadas:

Coleta de dados de prontuários Médicos do CAPS Renascer, em Diamantina/MG e no Hospital Psiquiátrico e Judiciário "Jorge Vaz" em Barbacena/MG, além de processos de incidente de insanidade mental em trâmite na Comarca de Diamantina/MG.

Critério de Inclusão:

Todos os prontuários de pacientes terão como critério de inclusão as datas mais antigas de entrada na Instituição pesquisada, o que possibilitará o estudo da aplicação das políticas públicas em saúde mental no decorrer do tempo, excluindo-se todos os demais prontuários médicos. Em relação à coleta de dados processuais, o critério de inclusão será o dos processos de apuração de incidente de insanidade mental transitados em julgado, que investiguem a ocorrência de crimes apenados com reclusão, excluindo-se os demais processos; caso com este critério de inclusão a amostra ainda seja maior do que 10 (dez),será iniciada nova fase de seleção, com critério inclusivo de maior ofensividade dos crimes praticados,excluindo se os demais.

Critério de Exclusão:

Prontuários médicos classificados em ordem superior à décima, tendo-se por base o critério de antiguidade de data de entrada nas instituições pesquisadas. Processos de apuração de incidente de insanidade mental ainda não transitados em julgado, que não investiguem a ocorrência de crimes apenados por reclusão. Caso ainda assim não se obtenha a amostra de 10 (dez) processos, serão excluídos os que versarem sobre crimes de menor potencial ofensivo.

Metodologia de Análise de Dados:

Como já proposto os dados referentes à presente pesquisa serão coletados por meio de análise documental (prontuários médicos e processos), a ser desenvolvida pelo mestrando proponente em caráter exclusivo e com apoio institucional da Secretaria de Estado da Defesa Social, CAPS/Diamantina e Tribunal de Justiça de Minas Gerais. A estratégia analítica será descritiva, num primeiro momento, quando da coleta de dados em cada uma das instituições; em momento posterior, os dados analisados descritivamente serão comparados entre si, a fim de confirmar a aplicação das políticas públicas de saúde mental descritas no desenvolvimento do trabalho dentro

de cada um dos grupos pesquisados.

Desfecho Primário:
Com as informações obtidas por meio dos formulários, será possível ainda elaboração de relatório descrevendo o perfil patológico e criminológico dos denominados loucos infratores no estado de Minas Gerais, haja vista que a o hospital psiquiátrico e judiciário em questão é a única instituição do estado autorizada a gerir o cumprimento das medidas de segurança e albergar esta classe de internos.Por fim, será verificada a possibilidade de reinserção social dos internados psiquiátricos em virtude de conflito com a Lei, considerando-se a eficácia do modelo jurídico aos mesmos dispensado, bem como eventual necessidade de reforma de mencionado modelo.

Destino das informações:
As informações obtidas através da coleta de dados das amostras(prontuários médicos e processos) não estão restritos à presente pesquisa, podendo ser utilizadas novamente para fins acadêmicos, a saber, eventual tese de doutorado a ser realizada pelo pesquisador, respeitando-se a todos os preceitos éticos afirmados na presente pesquisa e previstos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. O dever e responsabilidade de guarda dos dados é do pesquisador, em local seguro e livre de interferências alheias. Ressalta-se que as amostras em si (prontuários e processos) ficarão a todo o tempo sob guarda das instituições que as abrigam, já que não é permitido ao pesquisador proponente
xerocopiar ou retirar os documentos mencionados das respectivas instituições guardiãs. Tão somente as informações e os formulários é que serão retidos e posteriormente utilizados, na eventualidade de tese de doutorado, nos termos descritos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Não é necessário a apresentação do TCLE. O pesquisador justifica que a coleta de dados será de prontuários antigos sendo solicitada autorização às instituições que possuem a guarda dos mesmos.

Recomendações:
- Relatório final deve ser apresentado ao CEP, ao término do estudo, em 31/08/2013. Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Este projeto atende os preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos, preconizados na Resolução 196/96.

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI (FAFEID-UF)

Plataforma Brasil

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DIAMANTINA, 22 de Abril de 2013

Assinador por:
Thais Peixoto Gaiad Machado
(Coordenador)

Endereço: Rua da Glória 187
Bairro: Centro **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-6060 **Fax:** (38)3532-6060 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br

tecnológicos, o mundo não se esvaziará de Deus.

Ser moderno não significa desligar-se da religião, de tudo aquilo que a mesma venha oferecer. É obvio, os tempos mudam e estas mudanças provocam transformações no comportamento humano. Este é um aspecto positivo e ao mesmo tempo necessário. Lembremos de Jesus de Nazaré, suas provocações nas mudanças de atitudes das pessoas, que refletem na atual conjuntura da sociedade, afinal Ele é o nosso Deus, o Cristo, o Filho.

Referências Bibliográficas:

LIBÂNIO, João Batista. A Religião no Inicio do Milênio. São Paulo: Loyola, 2002. .

LUCKESI, Cipriano Carlos; PASSOS, Elizete Silva. Introdução à Filosofia: Aprendendo a pensar. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

QUEIRUGA, Andrés Torres. Cristianismo no mundo de hoje. São Paulo: Paulus, 1994.

QUEIRUGA, Andrés Torres. Fim do Cristianismo Pré-Moderno: Desafios para um Novo Horizonte. São Paulo: Paulus, 2003.

QUEIRUGA, Andrés Torres. Um Deus para Hoje. São Paulo: Paulus, 1998.

QUEIRUGA, Andrés Torres. Recuperar a salvação. Por uma interpretação libertadora da experiência cristã. Trad. Afonso Maria Ligorio Soares. São Paulo: Paulus 1999.

ROBINET, Jean-François. O tempo do Pensamento. São Paulo: Paulus, 2004.

TOURAINE, Alain. Crítica da Modernidade. Trad. Elia F. Edel. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

Zeitgeist - Rev. de Filosofia e Direito V. 01 N. 01 (2013)

A idéia de natureza, a loucura em Foucault e a Reforma Psiquiátrica: real desconstrução de paradigma?

Marivaldo Aparecido de Carvalho[1]
Renato Santos Gonçalves[2]

Resumo: Este artigo, ao traçar um paralelo entre "o pensamento selvagem", concebido por Lévi-Strauss, e a loucura, discute como a idéia de natureza se relaciona com a maneira da sociedade moderna ocidental, lida com o louco e a loucura. Pretende ainda, de forma sintética, apresentar aspectos fundamentais da obra "A história da Loucura: Na idade clássica", de Michel Foucault e abordar o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e seus principais efeitos, dentro da perspectiva da utilidade e objetivos do tratamento psiquiátrico concedido atualmente no Brasil.

Palavras-chave: idéia de natureza, pensamento selvagem, loucura, direitos humanos.

Abstract: This article, by drawing a parallel between "the savage mind", conceived by Lévi-Strauss, and madness, discusses how the idea of nature

1 Professor de Antropologia do Departamento de Ciências Básicas (DCB), da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde (FCBS) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Doutor em Sociologia e especialista em Antropologia pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP). E-mail: marivascarvalho@hotmail.com

2 Advogado. Professor-orientador e Coordenador do Núcleo de Prática Jurídica (NPJ) da Faculdade de Ciências Jurídicas de Diamantina (FCJ). Graduado em Direito pela Universidade Estadual "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Especialista em Direito Público pela Escola Paulista de Direito (EPD) e Mestrando no Programa de Pós Graduação em Saúde, Sociedade & Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). E-mail: renatosg@adv.oabmg.org.br

relates to the way that west modern society deals with madness and mad men. It also aims, in summary form, to present key aspects of the work "Madness and Civilization – A history of insanity in the age of reason", by Michel Foucault, and address the Brazilian Psychiatric Reform movement and its main effects, from the perspective of usefulness and goals of psychiatric treatment currently granted in Brazil.

Key-Words: idea of nature, savage mind, madness, human rights.

Introdução

Como primeira reflexão acerca da obra A história da loucura: na idade clássica, de Michel Foucault, central na abordagem do presente trabalho, anota-se que seu título na língua inglesa é Madness and Civilization – A history of insanity in the age of reason, ou seja, "loucura e civilização – uma história da insanidade na era da razão". Desta forma, pode ser extraído como primeiro apontamento que seu tema central é a loucura ante a construção da sociedade moderna, bem como a história desta experiência de loucura em um determinado período histórico, frente à racionalidade, e porque não dentro do contexto de pensamento lógico e racional ocidental.

Neste contexto, salienta-se que a obra tece duas críticas: a primeira, de contestação do internamento como a única solução encontrada para lidar com a loucura, e a segunda, o domínio exercido pelas concepções médicas em seu tratamento. Esta crítica é problematizada por meio da análise histórica da construção da estrutura asilar.

A relação existente entre loucura e internamento começa a ser estudada a partir do final do século XV, tempo em que, pelo desaparecimento do problema da lepra, foi criado um vácuo no espaço e controle do internamento, até então pelos leprosários ocupados. Note-se que o problema não desapareceu por uma cura pelas práticas médicas, mas pela forma que se passou a lidar com a lepra, ressaltando-se ainda que esta ruptura não fez desaparecer os valores e imagens atribuídos ao personagem do leproso e o sentido produzido pela exclusão desse personagem do seu grupo social – estas concepções são importantes para melhor compreensão de outro fenômeno, a saber, o da loucura. Por isso que, muito bem colocado por Foucault, a loucura se tornou, metaforicamente, a herdeira da lepra.

Em seus comentários relativos à obra em discussão, MUCHAIL observa que:

> A lepra regride e os leprosários se esvaziam. Porém, os valores e as imagens, as estruturas e as formas que, durante a Idade Média, estão vinculados à instituição do leprosário e ao personagem do leproso vão persistir; exclusão e purificação, segregação e sacralidade, reclusão e salvação serão transpostas, séculos mais tarde, para outras instituições – muitas vezes nos mesmos lugares que antes abrigavam os leprosos – e para outros personagens. Entre eles, o louco.[3]

3 MUCHAIL, S. T. *Foucault, Simplesmente: textos reunidos*. Edições Loyola. São Paulo: 2004, p. 41.

No entanto, para que esta herança se consumasse, e para que as respectivas reações de divisão, exclusão e purificação dominassem a loucura, transcorreram-se aproximadamente dois séculos, já que, na idade clássica, a visão da loucura era diferente da época da renascença.

O que é a loucura?

Para a compreensão da loucura no período renascentista, imprescindível a leitura da Nau dos Loucos, figura pictórica que transportava tipos sociais que faziam uma viagem simbólica em busca de suas verdades. Ressalte-se que a figura das naus eram comuns, sobretudo em obras literárias, que incluíam, por exemplo, a Nau dos Príncipes e a Nau das damas virtuosas. Contudo, diferentemente das demais naus, a dos loucos não se restringia à idéia de uma figura pictórica, explorada pela arte; elas existiam de fato. Referidos barcos, inclusive, eram rotineiros aos loucos, que eram expulsos de suas cidades e enviados para longe, entregues a mercadores, peregrinos ou marinheiros, conferindo um caráter errante aos loucos[4].

Para Foucault, não havia só uma utilidade social de segurança em relação ao louco, agora distante, mas também uma demonstração da aflição em relação à loucura no final da idade médica, já que

> [...] a loucura não está ligada ao mundo e a suas formas subterrâneas, mas sim ao homem, a suas fraquezas, seus sonhos e suas ilusões. [...] a loucura não está mais à espreita do homem pelos quatro cantos do mundo. Ela se insinua nele, ou melhor, é ela um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo.[5]

Sendo assim, houveram duas experiências da loucura na Renascença; a primeira, cósmica, sintetizada na figura da *Nau dos Loucos;* a segunda, crítica, concernente à relação entre a loucura e as verdades humanas, demonstrada na citação acima.

Desta forma, não existiu apenas uma experiência renascentista sobre a loucura, esperando por desenvolvimento, evolução e complexidade. A experiência cósmica e a crítica se degladiaram, e como já disse Foucault,

4 Cf. Ibid.

5 FOUCAULT, M. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Perspectiva, 1978,p.29,30.

"as forças que se encontram em jogo na história não obedecem nem a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta". [6]

Do embate entre as experiências da loucura mencionadas, no século XVI, a modalidade crítica venceu, e como resultado, a experiência da loucura foi fragmentada:

> a experiência trágica e cósmica da loucura viu-se mascarada pelos privilégios exclusivos de uma consciência crítica. É por isso que a experiência clássica, e através dela a experiência moderna da loucura não pode ser entendida como uma figura total, que finalmente chegaria, por esse caminho, à sua verdade positiva; é uma figura fragmentária que, de modo abusivo, se apresenta como exaustiva; é um conjunto desequilibrado por tudo aquilo de que carece, isto é, por tudo aquilo que o oculta. Sob a ciência crítica da loucura e suas formas filosóficas ou científicas, morais ou médicas, uma abafada consciência trágica não deixou de ficar em vigília [7]

Vocábulos como luta, descontinuidade e fragmentação tomam maior concreção se vistos sob o prisma de que na idade clássica, a loucura é vista exclusivamente em contraponto à razão, consistindo-se, desta forma, em desrazão, a qual, posteriormente, tornar-se-á em doença mental.

Este pode ser considerado, portanto, o período que marca o termo inicial para a desumanização do louco, por meio da concepção de seu pensamento, *"desracionalizado"*. Este processo ocorre por meio da construção epistemológica sobre o que seria natural, levando-se em conta que, conforme aduzido por MUCHAIL (2004), o pensamento do louco, ou melhor, a *desrazão* do louco fazia com que este expressasse "a bestialidade presente no coração do homem", o que faria com que sua figura assumisse caráter *"fantástico"* e *"humano-animalesco"*. Necessário então que o louco, como parte integrante da natureza, ou seja, ao não responder aos padrões forjados na constituição do pensamento ocidental moderno, o louco é "localizado", "jogado" para o pólo da natureza, o *locus* da não razão. Neste sentido, o louco foi controlado e subjugado, tal qual os animais e demais seres humanos portadores de pensamento tido como *"selvagem"*

6 FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder* – Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 28.

7 FOUCAULT, M. *A história da loucura: na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978, p. 34.

(como comunidades indígenas "descobertas" no período das Grandes Navegações, por exemplo), já que, no contexto de racionalidade então iniciado, a natureza e tudo o que ela possui deveria estar disponível ao homem para dominação e exploração.

"Pensamento selvagem" e a loucura:

O pensamento racional e ocidental iniciado no classicismo, amparado no positivismo científico, coloca o *"pensamento selvagem"* [8](do qual a visão de mundo do louco faz parte) como uma forma embrionária e não desenvolvida da racionalidade científica, haja vista que, para os ditos selvagens, o universo seria visto sob um prisma demasiado mágico ou fantasioso. LÉVI-STRAUSS (2008) tece sua crítica em relação a este *modus operandi:*

> Entretanto, não voltamos à tese vulgar (e alías, inadmissível, na perspectiva estreita em que se coloca) segundo a qual a magia seria uma forma tímida e balbuciante da ciência, pois privar-nos-íamos de todos os meios de compreender o pensamento mágico se pretendêssemos reduzi-lo a um momento ou a uma etapa da evolução técnica e científica. Mais uma sombra que antecipa seu corpo, num certo sentido ela é completa como ele, tão acabada e coerente em sua imaterialidade quanto o ser sólido por ela simplesmente precedido. O pensamento mágico não é uma estréia, um começo, um esboço, a parte de um todo ainda não realizado; ele forma um sistema bem articulado; independente, nesse ponto, desse outro sistema que constitui a ciência, salvo a analogia formal que os aproxima e que faz do primeiro uma espécie de expressão metafórica do segundo. Portanto, em lugar de opor magia e ciência, seria melhor colocá-las em paralelo, como dois modos de conhecimento desiguais, quanto aos resultados teóricos e práticos (pois, desse ponto de vista, é verdade que a ciência se sai melhor que a magia, no sentido de que algumas vezes ela também tem êxito), mas não devido à espécie de operações mentais que ambas supõem e que diferem menos na natureza que na função dos tipos de fenômeno aos quais são aplicadas.[9]

A tese de Lévi-Strauss, no sentido de que o pensamento "natural"[10] não deve ser excluído pelo pensamento dito racional, pois o pensamento selvagem também possui normas e lógica próprias, não devendo ser analisado sem nenhum critério de negação, e que ambas as formas de conhecimento podem ser estudadas em paralelo, se confirma na obra foucaultiana central ao presente trabalho, quando, após toda a sua pesquisa histórica, o autor propõe que "a verdade da loucura é ser interior à razão, ser uma de suas figuras, uma força e como que uma necessidade momentânea a fim de melhor certificar-se de si mesma" [11].

Ou seja, o pensamento da loucura e da racionalidade caminham de forma paralela, e, dentro de um exercício dialético, se complementam dentro de uma estrutura de dependência em que, ao mesmo tempo em que se recusam, se fundamentam. O pensamento em estado selvagem do louco só pode ser assim concebido por força do pensamento racional clássico, e vice-versa.

Loucura e progresso:

No século XVII, estreitam-se os laços entre loucura e internamento, que se tornara, posteriormente indissolúvel. Falar sobre o internamento é relevante porque ele foi o grande símbolo da experiência clássica da loucura, e, quando ultrapassada esta experiência, por meio da proposta de libertação dos loucos, no século XIX, foi também o motivo de maior repulsa ao modelo até então vigente.

8 "... Este pensamento selvagem, que não é para nós, o pensamento dos selvagens, nem o de uma humanidade primitiva e arcaica, mas o pensamento em estado selvagem, diferente do pensamento cultivado ou domesticado com vistas a obter um rendimento". (LÉVI-STRAUSS, C. *O pensamento Selvagem.*Campinas: Papirus, 2008, p.245)

9 LÉVI-STRAUSS, C. *O pensamento Selvagem.*Campinas: Papirus, 2008, p. 28.

10 O pensamento "natural" seria o pensamento em estado selvagem, tratado por Lévi-Strauss, que aliado à idéia de natureza tratada no presente artigo (dicotômica em relação à idéia de cultura/sociedade), faria com que o louco, como elemento da natureza, pudesse ser estudado como ente alienígena à condição humana, o qual, se portador de algum tipo de pensamento, este seria um pensamento "natural", e não "civilizado".

11 FOUCAULT, M. *A história da loucura: na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978, p. 42.

Dessa forma, o internamento no século XVII ainda não é uma estrutura médica, mas semijurídica, que decide, julga e executa. Não existe ainda idéia ou liderança médica em seu bojo – loucura e medicina não andavam juntas.

Para que a união entre estes conceitos (loucura e medicina) acontecesse, foi preciso a criação de uma nova sensibilidade social para destinar a loucura ao internamento – mas ainda não libertá-la do internamento. Esta nova sensibilidade se fundava na visão em relação à miséria e a assistência, que rechaçava o desemprego e a sociedade – por meio de uma nova ética do trabalho, desejo da união da lei com a moral, sob a forma da coação estatal.

Neste contexto, a miséria, no século XVI era ligada ao conceito de culpabilidade. Já que o Estado, e não mais a igreja, tinha o dever de assistência, a miséria era obstáculo para o bom andamento da máquina estatal, passando, portanto, de uma experiência religiosa que santificava, para uma moral que condenava. Sendo assim, percebe-se que, no curso da história, as concepções morais sempre trabalharam a favor das elites e de quem tinha o poder (na Idade Média a Igreja, e ao final da Idade Média, ao Estado, Absolutista, e sua nobreza, e, pouco tempo depois, à burguesia).

Da mesma forma, se antes o louco era "acolhido" pela igreja, agora será excluído, pois perturba a ordem. Não tinha, repetimos, nenhuma relação com medicina ou cura, mas sim com a condenação da ociosidade que impedia o progresso. Tanto é que não só o louco, mas o desempregado também era detido e sustentado – sob o preço da coação ao internamento e trabalho, sempre visto como solução para a miséria.

Ressalta-se também que, na crise econômica do séc. XVII, que envolvia o desemprego, o internamento se tornou uma alternativa dos poderosos para que revoltas fossem evitadas.

A loucura, então, foi arrancada de sua liberdade imaginária e porque não mística da Renascença e reclusa pelo internamento, ligada à razão e à moral.

A história da loucura, portanto, é ligada a um começo baixo, indecoroso, em que um paradigma anterior foi sobreposto, por força, interesse e coação das classes hegemônicas, eliminando a idéia anterior:

> o grande jogo da história será de quem se apoderar das regras, de quem tomar o lugar daqueles que as utilizam, de quem se disfarçar para perverte-las, utilizá-las ao inverso e voltá-las contra aqueles que as tinham imposto [12]

12 FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder* – Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 25.

Referida assertiva se comprova no fato de o modelo de internamento proposto no século XVII não ter prosperado, já que, no século XVIII, com a emergência da burguesia e de seu positivismo científico, o louco foi libertado do internamento em conjunto com o pobre e demais tipos marginalizados, por exemplo.

O médico e o louco:

Na idade moderna, ora tratada, em função do novo modelo científico em ascenção, novas reflexões sobre a doença são realizadas, e consequentemente, nasce a interação entre o médico e o louco, trazendo o médico ao universo da loucura, sobretudo por meio do surgimento da psiquiatria, o que culminou nas feições hospitalares então assumidas pela estrutura asilar. Neste diapasão, a discussão relacionada às perturbações mentais migra do campo moral para o físico-patológico.

Destaca-se, ainda, que a sociedade temia o "barril de pólvora" que os asilos estavam se tornando, e o médico, neste contexto, não servia só para separar o mal da doença, mas para proteger a sociedade do risco que os asilos demonstravam ser, reforçando a concepção de que as idéias e as formas de estruturação do conhecimento seguem um interesse externo à ciência fragmentada que o propõe – o interesse da sociedade, ou melhor, da classe dominante da sociedade.

Surgiu então uma "nova" loucura, com casas exclusivas para os loucos, concedendo, consequentemente, uma nova significação à loucura. No entanto, estas novas casas não eram diferentes na estrutura e condições semijurídicas; de qualquer forma, este foi um marco importante, pois a loucura passou a ter uma significação autônoma, o que não resultou em uma visão humanitária da loucura, ou da realidade humana do louco.

A crítica do século XVIII não libertou a loucura para uma atenção mais filantrópica, mas uniu ainda mais a loucura ao internamento, mas agora dentro de uma visão médica, sobretudo porque a experiência asilar classicista, recém concluída, não havia permitido nenhuma possibilidade de conhecimento da loucura, mas tão somente uma resignada e distante segregação.

Com a existência de asilos exclusivos aos loucos, mudando-se a visão anterior, fundada no internamento como repressão ao desemprego, o pobre foi reabilitado, notando-se, por cautela, que, neste período houve a transição da economia mercantilista (de onde o pobre foi excluído porque

não era produtor nem consumidor) para a economia industrial (poderia ser de bom uso). A crítica que fez o pobre ser reabilitado também não tinha um apelo humanitário, mas de riqueza, já que o pobre segregado diminuiria a capacidade de produção de riquezas e poderia ser utilizado pelo sistema capitalista emergente à título de mão de obra barata.

O médico, já aliado da "nova" estrutura asilar excludente, fundado no reajustamento político, social e moral da loucura, obtido por uma necessidade de padronização dos costumes, assume feições terapêuticas.

Foucault conclui sua obra aduzindo que, ao tentar contar a história da loucura criou a história do aparecimento da psicologia. Não contou esta história por meio de um objeto acabado, mas pelos mecanismos que produziram o objeto: o louco. Com a criação da psicologia, concebeu-se que o homem possui em seu interior sua própria verdade. O louco também possui sua verdade, que por estar oculta, precisaria de um profissional para revelá-la. Abriu-se o caminho para que o confinamento, com nova roupagem, e sob o monopólio biomédico, se perpetuasse até a atualidade.

A idéia de natureza e a percepção da loucura:

Pelo exposto, constata-se que a concepção clássica da loucura se relacionava, conceitualmente, com as estruturas de poder então em ascenção, haja vista que a construção do estado moderno e da sociedade nele existente se fundamentou na legitimidade de manipulação do homem sobre a natureza (por meio da ciência), a qual, se intocada, consistiria em constante ameaça à evolução civilizatória, o que pode ser percebido, inclusive, no fato de ser o progresso científico relevante critério de desenvolvimento das sociedades até a contemporaneidade.

Por meio da criação, pela sociedade ocidental capitalista, de referida dinâmica de poder do homem sobre a natureza, estruturou-se a dicotomia entre o que é social e o que natural. A percepção da natureza estruturada na dicotomia apregoada pelo pensamento ocidental entre o ser humano e a natureza constituiu representações sociais em que os "humanos" que apresentem diferenças de comportamentos, de pensamentos, de valores, são expulsos da esfera das relações sociais e jogados na esfera do selvagem, dos instintos e do desconhecido (inserindo-se aí a experiência da loucura). Constituindo-se o homem ocidental como o "normal", sujeito de si e das coisas, anulando, por conseguinte a natureza (IANNI, 2009). Dentro desta

lógica, grupos minoritários foram colocados no pólo da natureza; dentre eles, o dos loucos, o que fez emergir políticas higienistas, de segregação e internamento.

Verificou-se então, em linhas gerais, como se deu a construção da atual experiência da loucura, justificada no paradigma biomédico, este, por sua vez, oriundo do positivismo científico.

Referido paradigma, como muito bem demonstrado por Foucault, atendeu ao sistema de poder então emergente (e hoje hegemônico), desconsiderando qualquer possibilidade de determinação social no processo saúde-doença (no caso em apreço, saúde-doença mental). Ocorreu, destarte, o reducionismo das possibilidades de acometimento de transtorno mental somente por fatores biológicos. Por esta premissa, reforçou-se a desumanização do louco, que, se assim o seria por força de questões puramente biomédicas, poderia ser manipulado e explorado sem qualquer dilema ético, tendo em vista que o homem poderia possuir total poder sobre a natureza, incluindo-se aí sua manipulação por meio do método científico.

Neste interim, nota-se ainda que com o desenvolvimento do método científico positivista, a psiquiatria buscou analisar tão a fundo o louco que acabou por fragmentá-lo de tal forma que, holisticamente deixou de existir. Assim, impossibilitado ser visto em sua totalidade, acabou por perder nitidez como objeto de estudo. Como proposto por Adorno e Horkheimer:

> O preço que os homens pagam pelo aumento do seu poder é a alienação daquilo sobre o que exercem o poder. O esclarecimento comporta-se com as coisas como o ditador comporta-se com os homens. Este conhece-os na medida em que pode manipulá-los[13]

Configurou-se, desta forma, uma crise no modelo de tratamento ao louco, institucionalizado de forma estatal por séculos, sendo certo que referido modelo perdurou em todo o mundo ocidental, e portanto, no Brasil.

A luta antimanicomial no Brasil:

Após o período da ditadura militar brasileira, e com o processo de redemocratização nacional (portanto, há pouco mais de vinte anos), ante o processo de crise em tela, tomou força o movimento de reforma psiquiátrica,

13 ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. *Dialética do Esclarecimento.* Fragmentos Filosóficos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985, p.24.

que buscava humanizar o tratamento ao louco, desconstruindo-se a visão secular de que este constituía elemento da natureza, o que, de forma prática se deu pela busca da transposição da visão hospitalocêntrica e puramente biomédica que imperava até então.

O pleito pela reforma foi encabeçado pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), fundado em 1987,

> organizado a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, agregando profissionais, estudantes, técnicos, pessoas com transtornos mentais e seus familiares em torno das lutas políticas por condições dignas de trabalho e pelo direito de atenção à saúde mental, sob a consigna "por uma sociedade sem manicômios". O movimento passa a reivindicar que a denúncia do manicômio consiste em ir além de tornar pública sua ineficácia em relação aos cuidados com o sujeito em sofrimento psíquico tão somente no plano técnico assistencial.[14]

A defesa da "sociedade sem manicômios" também se amparou, interdisciplinarmente, na garantia oriunda dos Direitos Humanos de incriminação da submissão de indivíduos à tortura ou castigo cruel, desumano ou degradante, ao estendê-la para a "condição de opressão do doente mental nos manicômios e sua humilhação moral na sociedade em geral." [15]

O Movimento Antimanicomial se tornou política de estado com a sanção da Lei 10.216/01[16], "que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas

14 VECCHIA, M.D., MARTINS, S.T.F. *Desisntitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações*. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.13, n. 28, p. 154, jan./mar. 2009. Ainda neste mesmo artigo e página, os autores afirmam que "a reforma psiquiátrica brasileira transcende os limites de uma preocupação restrita às políticas públicas de saúde, no espírito da própria definição de saúde consignada na 'Lei do SUS', ao acenar que, no campo do cuidado às pessoas com transtornos mentais, são requeridas intervenções interinstitucionais e intersetoriais (habitação, trabalho, esporte, cultura, lazer, etc.)

15 MAIA, Rousiley C.M. e FERNANDES, Adélia B. *O movimento antimanicomial como agente discursivo na espera pública política*. Rev. Brasileira de Ciências Sociais. Vol. 17, n.48, fev.2002, p. 159.

16 BRASIL. *Lei 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e

portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental", após mais de dez anos de tramitação no Legislativo (o projeto de Lei original, proposto na Câmara dos deputados sob o número 3657, em 1989)[17]. Referida norma foi a pioneira, mas não a única, no que diz respeito a tutela dos portadores de enfermidades mentais.[18]

Considerações finais:

Concluímos este breve trabalho com a inquietante reflexão acerca dos reais objetivos da "atenção" ao portador de transtornos mentais, seja esta pertencente à experiência antiga ou atual da loucura. O esforço, inclusive estatal, para a ruptura com a figura do manicômio já é um grande passo, pois reconhece o louco como ser humano e sujeito de direitos.

De qualquer forma, percebe-se a persistência da visão do louco como figura do mais próximo que o humano pode chegar da bestialidade, da animalidade, e por consequência, da natureza. Contudo, mesmo com as mudanças de tratamento, o louco ainda é visto como ser desprovido de qualquer autonomia em relação ao tratamento que lhe é dispensado.

Desta forma, se persiste a necessidade para tratamento, este serve para que o louco se torne o mais normal possível. No entanto, de qual normalidade estamos falando? Ademais, a quais fins esta normalidade atende?

Considera-se que a figura do louco, e sua percepção de vida e mundo, tidas como fantasiosas, na verdade consistem, em última análise, em forma de vida alheia ao sistema vigente, de normas morais, sociais e jurídicas que atendem às estruturas de poder impostas desde o famigerado classicismo, discutido no presente trabalho.

Para tanto, e não só em relação ao louco, mas a todas as formas de pensamento que se rebelam ou ameaçam a manutenção do *status quo*, impõe-se pelo sistema de poder vigente o devido controle (no caso em estudo,

os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

17 Idem. *Projeto de Lei 3657, de 12 de setembro de 1989*. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 1991.

18 Podemos mencionar ainda, no bojo da legislação federal relativa à saúde mental, a Lei 10.708/2003, que Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

por meio de tratamento médico), sem respeito a qualquer possibilidade de exercício de autonomia de vontade e alteridade, o que resulta em uma adaptação involuntária do louco e demais rebeldes para com o sistema em testilha, como medida de subsistência ou "docilização de corpos".[19]

O meio atualmente pode ser diferente, e até mais humanitário, mas o fim continua o mesmo. Ledo engano acreditar que a camisa de força foi abolida do sistema, ou que os loucos são seus exclusivos destinatários, já que, qualquer ser humano que se desviar do que é imposto como sendo normal ou aceitável será forçado, de uma forma ou de outra, a incluir referida camisa em sua indumentária social.

Por fim, cabe salientar que quando afirmamos que os loucos são jogados para a "natureza", não estamos falando da natureza em si, mas da representação do pensamento ocidental do que seja esta natureza. E nos parece, que para este pensamento, a natureza em si é o espaço da não razão, dos fantasmas, dos mitos, dos medos, da vida selvagem, dos instintos, do não domesticado, e, portanto, fora da esfera das relações sociais. É neste sentido que afirmamos que o louco e a loucura habitam a esfera da natureza. Assim, como os indígenas, mendigos. Todos são traduzidos como expressão da não razão, da não civilização, como se fossem uma parte da natureza não domesticada que habita e se apresenta no próprio humano, um humano animalizado, o humano sem a condição humana.

19 Para Foucault, corpo dócil é o "corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado." (1999:118).

Referências bibliográficas

ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. Dialética do Esclarecimento. Fragmentos Filosóficos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985, p.24.

BRASIL. Projeto de Lei 3657, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

_____. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____.Lei 10.708/2003. Dispõe sobre a instituição do auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

FOUCAULT, M. A História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. Microfísica do Poder – Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2004.

IANNI, A.M.Z. Saúde Pública e Colonização da natureza. Physis Revista de Saúde Coletiva. Vol. 19, n. 4, jun.2009.

LÉVI-STRAUSS, C. O pensamento Selvagem.Campinas: Papirus, 2008.

MAIA, Rousiley C.M. e FERNANDES, Adélia B. O movimento antimanicomial como agente discursivo na espera pública política. Rev. Brasileira de Ciências Sociais. Vol. 17, n.48, fev.2002.

MUCHAIL, S. T. Foucault, Simplesmente: textos reunidos. Edições Loyola. São Paulo: 2004.

VECCHIA, M.D., MARTINS, S.T.F. Desisntitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.13, n. 28, jan./mar. 2009.