



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
MARCELE DE FREITAS EMERIM

**HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO:
ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE O “PIOR DO PIOR”**

Palhoça
2009

MARCELE DE FREITAS EMERIM

**HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO:
ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE O “PIOR DO PIOR”**

Relatório de pesquisa apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, como requisito parcial para a obtenção do título de psicólogo.

Área de concentração: Psicologia e Saúde

Linha de pesquisa: Institucionalização e processos psicológicos

Orientadora: Professora Deise Maria do Nascimento, Msc

Palhoça

2009

MARCELE DE FREITAS EMERIM

**HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO:
ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE O “PIOR DO PIOR”**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Psicologia e aprovado em sua forma final pelo Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Catarina

Palhoça, 18 de novembro de 2009

Professora Msc. Deise Maria do Nascimento
Universidade do Sul de Santa Catarina

Professor Dr. Leandro de Castro Oltramari
Universidade do Sul de Santa Catarina

Professor Dr. Paulo Roberto Sandrini
Universidade do Sul de Santa Catarina

À Vó Isaura, que me pegou pela mão, quando eu tinha pouco mais de cinco anos, para irmos juntas levar livros aos presos da cadeia da cidade, pois *devia ser muito triste viver ali*.

e

À Laura, sempre, todos os dias, em tudo.
Que bem antes de ter a idade que tenho hoje, ela viva num mundo sem hospitais de custódia.

AGRADECIMENTOS

Àqueles que deixam minha vida melhor todos os dias: Laura e André

Àquela que cuida da minha casa (e, por extensão, de mim): Janete

Como este trabalho é também um pouco (e tanto) dos últimos cinco anos...

(agradecimentos retroativos)

À Professora Ana Lopes, que me mostrou um mundo (novo) de possibilidades de atuação do psicólogo.

À Professora Cristiani, que me apresentou à Gestalt-terapia e esteve ao meu lado quando “debutei” na clínica.

À Professora Simone, minha supervisora de clínica no último ano, que sempre me animou com palavras carinhosas e incentivadoras.

À Andreia e Leticia, queridas companheiras de trabalhos, muitos.

À Bárbara e Eliana, colegas de abordagem e de acolhimento aos *buscadores*.

Ao casal Müller-Granzotto, Marcos e Rosane, por sua clínica-*desvio* e sua ética-*abrigo* – uma possibilidade de ler (e acolher) o mundo.

E ...

À Débora e Eliete, queridas colegas de orientação. Presentes que ganhei neste ano.

Aos Professores Leandro e Paulo, por toda atenção e carinho dispensados a este trabalho.

À Professora Regina, mais do que pelas valiosas oficinas metodológicas, por trazer doçura e leveza ao mundo acadêmico.

Por fim, a quem eu escolhi para me acompanhar neste último ano, na tarefa mais árdua:

Muito obrigada, Professora Deise, mais um pouco e sempre, e ainda mais. Com toda a admiração e deferência possíveis.

A vida do bandido – como aquela do homem sacro – não é um pedaço de natureza ferina sem alguma relação com o direito e a cidade; é, em vez disso, um limiar de indiferença e de passagem entre o animal e o homem, a *phýsis* e o *nómos*, a exclusão e a inclusão: *loup garou*, lobisomem, ou seja, *nem homem nem fera*, que habita paradoxalmente ambos os mundos sem pertencer a nenhum. (GIORGIO AGAMBEN)

RESUMO

Em meio às mudanças conceituais e pragmáticas observadas nas políticas públicas em saúde mental fomentadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, uma pergunta emerge: E os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTPs? Quem tem se ocupado deles? Os pressupostos e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica têm chegado até lá – no “pior do pior”? Com o intuito de trazer à pauta o tratamento designado ao *louco infrator*, bem como discussões sobre a periculosidade atribuída a essa figura e a finalidade da medida de segurança aplicada aos considerados inimputáveis, propôs-se, como trabalho de conclusão de curso, uma pesquisa exploratória que teve como tema o HCTP – bem como os conceitos, os paradigmas e os expedientes que mantêm essa instituição ainda em funcionamento. Este trabalho, de natureza bibliográfica, propôs-se a compreender as perspectivas teóricas e práticas apresentadas em quinze artigos selecionados sobre o tema, disponíveis na BVS – Biblioteca Virtual em Saúde do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde/BIREME, demarcando as linhas de discussão propostas nesse material. Autores como Michel Foucault e Erving Goffman possibilitaram discussões acerca de instituições como os HCTPs e os saberes/poderes que as mantêm. Os conceitos de *estado de exceção* e de *homo sacer*, desenvolvidos por Giorgio Agamben, foram importantes para o entendimento da figura do *louco infrator* e do instituto da medida de segurança. Nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil e o espaço designado à questão dos HCTPs, Paulo Amarante, Cristina Rauter, Denise Barros, Sérgio Carrara e Pedro Gabriel Delgado foram autores utilizados. Em linhas gerais, o material analisado revela que a periculosidade, historicamente conferida à figura do louco, é elemento norteador do tratamento que se dispensa àqueles que cumprem medida de segurança – expediente esse, criado e mantido com base no conceito de periculosidade. Os artigos analisados também revelam que as políticas preconizadas pela Lei nº 10.216 (Lei da Reforma) pouco têm chegado aos HCPTs e ao *louco infrator*, e que a atuação dos psicólogos nesse campo – seja em nível teórico ou nas práticas desenvolvidas, de maneira geral, tem se mostrado incipiente. O HCTP segue como a instituição contraditória que sempre foi – ora prisão, ora hospital psiquiátrico –, espaço de comprovada violação dos direitos humanos, promovendo o duplo estigma de seus internos: loucos e criminosos; segue existindo a despeito da nova legislação, como o “grande desafio” da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Hospital de Custódia. Louco infrator. Reforma Psiquiátrica.

LISTA DE SIGLAS

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAILI – Programa de Atendimento Integral ao Louco Infrator (GO)

PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (MG)

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UES – Unidade Experimental de Saúde

UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	10
1.1 PROBLEMÁTICA.....	10
1.2 OBJETIVOS.....	14
1.2.1 Objetivo geral.....	14
1.2.2 Objetivos específicos.....	14
1.3 JUSTIFICATIVA.....	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 INSTITUIÇÕES TOTAIS, INSTITUIÇÕES DE SEQÜESTRO.....	20
2.2 O QUE DEVE VIVER E O QUE DEVE MORRER.....	22
2.3 ANTIPSIQUIATRIA, REFORMA ITALIANA, PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA....	25
2.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	28
2.5 MEDIDA DE SEGURANÇA, INIMPUTABILIDADE, PERICULOSIDADE.....	32
2.6 PSICOLOGIA E DIREITO: QUE ENCONTRO É ESSE?.....	35
3 MÉTODO	38
3.1 DELINEAMENTO.....	38

3.2 PROCEDIMENTOS.....	38
3.2.1 Fontes de informação.....	38
3.2.2 Seleção dos artigos.....	38
3.2.3 Sistematização dos dados.....	40
4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	43
4.1 PERICULOSIDADE.....	43
4.2 MEDIDA DE SEGURANÇA.....	50
4.3 PRISÃO E/OU HOSPITAL.....	60
4.4 PERSPECTIVAS PRÁTICAS.....	65
4.5 REFORMA PSIQUIÁTRICA E HCTP.....	73
4.6 PSICOLOGIA E HCTP.....	80
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICE.....	98
APÊNDICE A – Protocolos de registro.....	99

1 APRESENTAÇÃO

O curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL oferece estágios curriculares que possibilitam o exercício profissional em diferentes áreas de atuação do psicólogo. O estágio oferecido no Serviço de Mediação Familiar, além dos atendimentos realizados em um Fórum de Justiça da Grande Florianópolis e do estudo teórico referente a essa prática, permite outras discussões acerca da relação Psicologia e Justiça.

Em consonância com os princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005) e as discussões possibilitadas por esse campo de estágio curricular, propôs-se uma pesquisa exploratória que teve como tema o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP, bem como os conceitos, os paradigmas e os expedientes que mantêm essa instituição em funcionamento.

1.1 PROBLEMÁTICA

Após a Segunda Guerra Mundial, surgiram importantes movimentos de questionamento à Psiquiatria e seu modelo de assistência. Na Europa, a Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas, assim como a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, propuseram modificações às instituições asilares. Nas décadas seguintes, surgiram movimentos que questionaram mais do que o espaço asilar, contestaram, também, o próprio saber médico-psiquiátrico: a Antipsiquiatria e as experiências propostas a partir de Franco Basaglia. (AMARANTE, 1995).

Na Inglaterra, na década de 60, em meio a um grupo de psiquiatras, com destaque para Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson, surgiu a Antipsiquiatria, com a proposta de romper com o modelo assistencial da época. “O consenso entre eles diz respeito à inadaptação do saber e práticas psiquiátricas no trato com a loucura [...]”, escreveu Amarante (1995, p. 42), sobre esse grupo – o primeiro a criticar de forma severa o saber médico-psiquiátrico.

Contemporâneo às discussões da Antipsiquiatria, na Itália, no Manicômio de Gorizia, Franco Basaglia iniciou o trabalho de humanização desse hospital. E, em 1971, em Trieste, tendo Basaglia como o principal nome desse processo, os manicômios foram

fechados e os antigos internos passaram, então, a ocupar a cidade, como todos os outros cidadãos. (LANCETTI; AMARANTE, 2006). Essa experiência provocou mudanças em toda a Itália, país onde, em maio de 1978, foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica, propondo a extinção dos manicômios em todo o seu território.

A experiência de desinstitucionalização em Trieste, bem como todo o pensamento basagliano, apontou a diversos outros países a possibilidade de serem discutidos novos modelos de atenção em saúde mental que superassem o tradicional modelo manicomial. No final dos anos 70, importantes discussões acerca do modelo de assistência psiquiátrica vigente começaram a ocorrer no Brasil, com especial crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência. Debates e propostas de transformação dos paradigmas em saúde mental ganharam força com a fundação, em 1987, do Movimento Antimanicomial e com a promulgação da Constituição de 1988, que propiciou “condições de um grande salto na história da saúde mental brasileira: ela propugnou que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.” (LANCETTI; AMARANTE, 2006, p. 626).

Mais do uma conquista legislativa, o que no Brasil só ocorreria efetivamente em 2001, com a assinatura da Lei nº 10.216, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), a Reforma Psiquiátrica é compreendida como um processo histórico, político e social. Esse processo envolve transformações de práticas, saberes e valores, abrange instituições, serviços e, também, relações interpessoais. (BRASIL, 2005b).

A partir dos anos 90, o processo de redução de leitos psiquiátricos tornou-se política pública no Brasil, assim como o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo tempo de internação. (BRASIL, 2005b). Durante todo esse período, vêm sendo criados e implantados programas e serviços que vão ao encontro do processo de desinstitucionalização preconizado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, como as residências terapêuticas, o Programa Volta para Casa (2003), a instituição do auxílio-reabilitação psicossocial (2003) e, especialmente, a implantação de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, importante dispositivo a serviço da saúde mental nos novos moldes de atenção. É função do CAPS “o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território.” (BRASIL, 2005b). É importante salientar que por território entende-se mais do que apenas uma determinada área geográfica; território envolve pessoas, instituições, redes, ambientes onde ocorrem a vida comunitária. (BRASIL, 2005b).

A partir da sanção da Lei Paulo Delgado (Lei nº10.216) e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, as políticas de saúde mental, em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, consolidaram-se e ganharam maior amparo e visibilidade no país. (BRASIL, 2005b).

Há mais de duas décadas a Carta Magna brasileira determina: “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1998, p. 117) e muito tem se avançado em discussões, saberes e práticas no tocante à questão da saúde mental no Brasil e seu processo de desinstitucionalização: a III Conferência Nacional de Saúde Mental apresentou, em 2001, discussões vinculadas ao tema proposto pela Organização Mundial da Saúde – OMS: *Cuidar, sim. Excluir, não* (SUS, 2002); e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica têm sido norteadoras de muitos programas e ações no Brasil, nas esferas municipais, estaduais e federal. Em meio às mudanças conceituais e pragmáticas observadas nas políticas públicas de saúde mental, com as importantes transformações fomentadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, uma pergunta emerge: E os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTPs? Quem tem se ocupado deles? Os princípios e as metas da Reforma Psiquiátrica têm chegado até lá – no *pior do pior*¹?

Segundo a conceituação e classificação de estabelecimentos penais do Ministério da Justiça, HCTPs são “estabelecimentos penais destinados a abrigar pessoas submetidas à medida de segurança.” (BRASIL, s/d). A Lei nº 7.209, de julho de 1984, que modifica dispositivos do Decreto-Lei nº. 2.848, de 7 de dezembro de 1940, conhecido como Código Penal Brasileiro, traz em seu Art. 26 que “É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.” (BRASIL, 1984).

Há a compreensão de “que a medida de segurança é associada ao aspecto preventivo enquanto na pena prevalece o caráter repressivo.” (CORRÊA, 1999, p. 146). A pena aplicada a um infrator “responsável por seus atos”, é substituída, nos casos previstos pelo Art. 26 do Código Penal, por medida de segurança – expediente destinado aos inimputáveis, “tomando como fundamento não mais a culpabilidade [como no caso dos imputáveis] mas a periculosidade, ‘o provável retorno à prática de fato previsto como crime’” (PERES; NERY FILHO, 2002, p.346) – que consiste na internação em hospitais de custódia. Segundo Michel Foucault (1996, p.85), “[a] noção de periculosidade significa que o indivíduo

¹ Alusão, assim como no título desta pesquisa, à campanha “Manicômio Judiciário: o pior do pior”, promovida pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia.

deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos [...]”, é o conceito de periculosidade, amplamente discutido na contemporaneidade por juristas e profissionais da área da Saúde, que justifica “a criação e a manutenção do instituto da medida de segurança como forma de proteger a sociedade daquele que é perigoso *a priori*.” (CORREIA *et al.*, 2007, p. 1997).

Na última década, algumas ações têm proporcionado maior visibilidade aos HCTPs. Em 2002, o Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, realizado conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, indicou caminhos para “uma nova etapa da reforma psiquiátrica” (BRASIL, 2002), em que o SUS, assim como a rede de atenção à saúde mental, se responsabilizasse pelo atendimento às pessoas submetidas a medidas de segurança. No ano seguinte, a Portaria Interministerial nº 1777 (2003) instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que “prevê a inclusão da população penitenciária no SUS garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos.” (BRASIL, 2005a, p.11). Como população penitenciária, conforme o Art. 1º da referida Portaria, entende-se também os *loucos infratores*, como são chamadas as pessoas internadas em HCTPs, ainda que tais estabelecimentos penais “sejam objetos de norma própria” (BRASIL, 2003), devido à sua especificidade, como dita o parágrafo 4º do Art. 8º, da Portaria nº 1777. A saúde nessas instituições, como apresenta a literatura sobre o tema, não tem sido entendida como “direito de todos”.

O documento do Ministério da Saúde (2005b), apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, aponta a questão dos HCTPs como um desafio para o movimento da Reforma Psiquiátrica. O referido material indica as dificuldades a que esse “duplo espaço de exclusão e violência” (BRASIL, 2005b) está condenado:

A construção de novas práticas para um segmento historicamente situado à margem, inclusive do Sistema de Saúde, encontra resistência na rede de atenção extra-hospitalar de saúde mental, na rede SUS em geral, nas comunidades de origem dos pacientes e nos órgãos de justiça [...]. (BRASIL, 2005b, s/p).

Foi no século XIX, o “século dos manicômios” (PESSOTTI, 1996), que várias forças organizaram-se em torno da instituição judiciária, criando uma rede de controle e correção, instituições – como escolas, hospitais e asilos –, a fim de “vigiar e punir” os indivíduos ao nível de suas virtualidades. (FOUCAULT, 1996). Espera-se que, duzentos anos depois, possam psicólogos, educadores, psiquiatras, operadores do Direito – “um exército inteiro que veio substituir o carrasco” (FOUCAULT, 2002, p.14) quando da passagem, entre os séculos XVIII e XIX, das punições explícitas às penas de detenção – travar diálogos, para além de seus campos de conhecimento, que problematizem questões como a inimizabilidade,

a medida de segurança, a internação compulsória e apontem para possibilidades de defesa e de garantia da cidadania ao chamado *louco infrator*.

Pergunta-se: Quais as principais perspectivas teóricas e práticas apresentadas nos artigos científicos publicados na BVS – Biblioteca Virtual em Saúde do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde/BIREME sobre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTPs?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Compreender as perspectivas teóricas e práticas apresentadas nos artigos científicos publicados na BVS – Biblioteca Virtual em Saúde do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde/BIREME sobre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTPs.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar artigos científicos que abordem temas relacionados aos HCTPs.
- b) Identificar as principais áreas de estudo sobre os HCTPs.
- c) Descrever as nomenclaturas utilizadas nos artigos selecionados para se remeter ao detento/paciente e ao HCTP.
- d) Demarcar as principais perspectivas teóricas e práticas apresentadas nos artigos selecionados.
- f) Relacionar os conteúdos e as perspectivas teóricas e práticas encontrados nos artigos selecionados com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.
- g) Caracterizar a atuação da Psicologia em relação aos HCTPs nos artigos selecionados.

1.3 JUSTIFICATIVA

Desde o final da década de 70, sob a inspiração da experiência da Reforma Italiana, no Brasil vêm se desenhando importantes discussões acerca da atenção destinada àqueles considerados “loucos”. Após a promulgação da Constituição de 1988, especialmente com a implantação do SUS (1990), novos espaços vêm se abrindo, de saberes e práticas, em todos os níveis de atenção à saúde, em legislações específicas, no meio acadêmico e em outras esferas da sociedade.

Os pressupostos e as diretrizes do movimento contínuo conhecido como Reforma Psiquiátrica avançaram significativamente nas duas últimas décadas, contando com o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, assim como o Programa Volta para Casa e a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial em todo o Brasil, o que possibilitou a redução de leitos psiquiátricos e o fechamento de vários hospitais destinados ao atendimento asilar. (BRASIL, 2005b). Mas, para além de uma reorganização de serviços, a Reforma Psiquiátrica é um processo em constante movimento, com a sistemática inovação de atores e conceitos, o que exige modificações conceituais, técnicas, jurídico-políticas e na concepção de loucura no imaginário social. (AMARANTE, 2003).

Já se vão trinta anos do início das discussões no Brasil acerca das possibilidades de acesso das pessoas denominadas loucas a serviços de saúde que não aniquilem sua singularidade e cidadania, e há ainda muito a ser discutido e reformulado. Primeiro, porque como já foi dito, trata-se de um processo permanente, sem objetivar um final, e também, porque as reflexões e as ações preconizadas pela Reforma Psiquiátrica ainda encontram dificuldades e desafios em vários setores – seja no campo biomédico, político, jurídico ou conceitual. Um dos desafios da Reforma Psiquiátrica são os HCTPs, esse lugar que “consegue articular [...] duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas – o asilo de alienados e a prisão – e [...] dois dos fantasmas mais trágicos que nos ‘perseguem’ [...] o criminoso e o louco.” (CARRARA, 1998, p. 26).

De acordo com dados do Relatório para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2002), nos dezenove HCTPs, espalhados por vários estados brasileiros, estão internadas por volta de 4000 pessoas. A Reforma Psiquiátrica não tem chegado até o *louco infrator*, a atenção destinada a essas pessoas dentro dos HCTPs impossibilita a integração delas em suas comunidades, ferindo os direitos individuais

previstos pela Constituição de 1988. (CORREIA *et al.*, 2007). Causa estranhamento que, em tempos de discussões sobre inclusão, desmistificação da loucura e abandono de estigmas, e de uma série de modificações nos modelos de atenção à saúde mental, um número tão elevado de pessoas ainda permaneça preso, simultaneamente, a esses dois modelos de intervenção social: “o modelo jurídico-punitivo e o modelo psiquiátrico-terapêutico.” (CARRARA, 1998, p.18).

A questão dos HCTPs envolve atores de diversas áreas de conhecimento e de atuação, de forma que, para que haja mudanças significativas e eficazes em relação aos cuidados destinados ao *louco infrator*, é imprescindível a mobilização de vários setores. É dever dos profissionais e das instituições de saúde, dos operadores do Direito, dos legisladores e do meio acadêmico – eminente espaço de produção de conhecimento científico, debruçar-se sobre essa questão.

A necessidade de uma interlocução interdisciplinar produziu encontros entre os Ministérios da Justiça e da Saúde, em especial, o Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2002), onde se reuniram diversos atores, individuais e coletivos, para a produção de consensos técnicos sobre a medida de segurança e a assistência em saúde mental ao *louco infrator*, visando à integração dos HCTPs às diretrizes básicas da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2002). Essa reunião de diversos profissionais possibilitou a abertura para um diálogo fundamental entre Saúde e Justiça, espaços esses, segundo Pedro Gabriel Delgado (BRASIL, 2002), onde “os conceitos de inimputabilidade, medida de segurança e periculosidade devem ser submetidos a uma crítica sistemática, buscando sua superação no plano teórico e nas suas conseqüências práticas.”(s/p). Os dispositivos institucionais que se sustentam nesses conceitos, em especial os HCTPs, com seu modelo de tratamento-custódia, segundo o relatório do seminário (2002b), deveriam ser urgentemente reformulados. (BRASIL, 2002).

Experiências como a do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ, criado pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais ou a do Programa de Atendimento Integral ao Louco Infrator – PAILI, do Tribunal de Justiça de Goiás, têm apontado para a possibilidade de atendimento ao *louco infrator* em outros espaços, como a Unidade Básica de Saúde – UBS e os serviços de média complexidade, como os CAPS, demonstrando que é possível o atendimento ao paciente mental infrator fora dos HCTPs, o que irá, gradativamente, provocando a obsolescência dessas instituições.

Alguns autores ligados à área do Direito e da Saúde Pública, nos últimos anos, tem se ocupado em discutir a questão do *loucos infratores* – pessoas submetidas à medida de segurança, “condenadas” (ainda que a medida de segurança não seja, em sua acepção, uma

pena) a uma instituição que “apresenta, desde a sua origem, uma estrutura ambígua e contraditória [...] com grades e intervenções psiquiátricas” (CORREIA *et al.*, 2007, p. 1997). O *louco infrator* é destinado, assim, a uma dupla exclusão, ocupando dois papéis cristalizados de segregação na sociedade ocidental: o de louco e o de criminoso.

As publicações científicas encontradas em bases de dados indicam que muitas discussões já se iniciaram, em especial, na área do Direito e da Saúde Pública. Observam-se, nos artigos disponíveis, reflexões e questionamentos sobre os conceitos de periculosidade, inimputabilidade e o expediente da medida de segurança, assim como uma preocupação, mais do que legítima, de colocar a atenção ao *louco infrator* em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e em obediência à Constituição de 1988, que anuncia a saúde como “um direito de todos.” (p. 117).

Na área do Direito, a procuradora de justiça Tânia Maria Nava Marchewka publicou *As contradições das medidas de segurança no contexto do Direito Penal e da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2003), que reflete sobre as contradições dos conceitos e os expedientes que norteiam os trâmites realizados na condução de casos que envolvam os considerados inimputáveis. A autora ainda chama atenção para os recursos já existentes nas ciências penais “à disposição dos operadores do direito para possibilitar modificações no contexto das medidas de segurança.” (MARCHEWKA, 2003, p. 107), além de pontuar a urgente necessidade de conciliação entre a reforma da justiça criminal e a Reforma Psiquiátrica.

Maria Fernanda Tourinho Peres, doutora em Saúde Pública e pesquisadora do Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo – USP, escreveu, juntamente com Antônio Nery Filho, também da área da Saúde, um artigo intitulado *A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança* (2002), que analisa como os códigos penais brasileiros, desde 1930, têm tratado a questão do *louco infrator*. Esse artigo problematiza os conceitos que sempre o colocaram em um lugar ambíguo. Ambigüidade essa presente em grande parte da literatura sobre o tema: Hospital ou prisão? Tratamento ou punição?, que vê o HCTP como uma “instituição híbrida e contraditória, de difícil definição.” (CARRARA, 1998, p. 27).

Discussões como as mencionadas acima são encontradas em artigos científicos, de autores ligados à área do Direito e da Saúde Pública. Nas áreas relacionadas às profissões da Saúde², com exceção dos médicos psiquiatras, encontram-se poucos escritos publicados sobre

² Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Química, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Veterinária.

os HCTPs. Os profissionais de Psicologia, por exemplo, a julgar pela escassez de artigos científicos publicados sobre o tema, têm se eximido da discussão relacionada a essas instituições.

Historicamente, a atuação do psicólogo no Sistema Penal tem se restringido, na maioria dos casos, à confecção de laudos e pareceres, atuando na reprodução da “engrenagem carcerária” (RAUTER, 1995). É contrário ao Código de Ética profissional que o psicólogo atue em consonância com saberes que anulam o sujeito, que permitem que uma suposta patologia sobressaia-se sobre aquele que sofre, tampouco pode se omitir de discussões e posicionamentos claros em questões complexas e interdisciplinares como as relacionadas aos HCTPs – onde a omissão pode estar em conformidade com “o conteúdo e a natureza repressora que estão inseridos no Direito.” (VERANI, 1995, p. 14).

Em seu artigo *Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas* (2004), o psicólogo e cientista político Eduardo Vasconcelos aborda as transformações ocorridas no campo da saúde mental em contraponto com a formação do psicólogo e sua posterior prática profissional, concluindo que a formação, no nível de graduação, ainda está muito distante das novas demandas em saúde mental, especialmente em Saúde Pública. Levanta-se a hipótese que a dissonância entre a formação acadêmica e as atuais demandas sociais na área da saúde seja uma das explicações para o vazio teórico observado na interface entre a Psicologia e as questões concernentes à temática crime e loucura.

Conforme apresenta o Ministério da Saúde (2005b), a formação teórica e técnica de profissionais comprometidos com a ampliação e manutenção de um novo modelo de atenção em saúde mental é um dos grandes desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, é possível imaginar que essa escassez de recursos humanos qualificados deve ser ainda maior quando se refere à atuação de profissionais junto àqueles conhecidos como *loucos infratores*. Uma consistente formação teórica – e a conseqüente boa formação técnica, depende diretamente de estudos e produções na área da atenção à saúde mental.

Observada a produção ainda restrita, com destaque para a omissão da Psicologia, sobre a temática dos HCTPs – “um desafio para a Reforma” (BRASIL, 2005b), esta pesquisa se propôs a fazer um levantamento das publicações disponíveis na BVS – Biblioteca Virtual em Saúde do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde/BIREME para poder demarcar as linhas de discussão propostas nos artigos selecionados. Esta pesquisa permitiu a identificação das principais áreas de estudo sobre os

HCTPs, permitiu a articulação dos conteúdos discutidos nos artigos selecionados com o movimento da Reforma Psiquiátrica e o trabalho do psicólogo, bem como o desenho das principais perspectivas teóricas e práticas na área, objetivando ser mais uma oportunidade, nem sempre freqüente, de discussão sobre “o mais espinhoso desafio para uma política pública de saúde mental fundada na ética dos direitos humanos.” (KOLKER;DELGADO, 2003, p.168), proporcionando maior visibilidade ao tema, em especial, dentro da comunidade acadêmica do curso de Psicologia da UNISUL.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 INSTITUIÇÕES TOTAIS, INSTITUIÇÕES DE SEQUESTRO

Erving Goffman (2005) chamou de *instituição total* o local que abriga um grande número de pessoas em situação semelhante, separadas de seu meio social, na maioria dos casos, por um longo período de tempo, passam a viver de forma reclusa, com todas as suas atividades diárias realizadas em um mesmo local, geralmente em grupo e com horários fixos, com rigoroso controle por parte de uma organização formal. As *instituições totais* caracterizam-se, fundamentalmente, por imporem uma barreira entre a instituição e o mundo externo e por serem um “híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal.” (GOFFMAN, 2005, p. 22). Hibridismo esse presente nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTPs, instituição que é, ao mesmo tempo, um espaço prisional e um espaço hospitalar. (CARRARA, 1998).

Segundo Goffman (2005), as *instituições totais* podem ser divididas em cinco grupos: as criadas para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si próprias (orfanatos e asilos para idosos); as criadas para cuidar de pessoas apontadas como incapazes de cuidados a si mesmas e, também, consideradas uma ameaça à sociedade (encontram-se aqui os hospitais psiquiátricos); as criadas para proteger a sociedade das pessoas intencionalmente perigosas (as prisões); as que visam o desenvolvimento de alguma tarefa ou trabalho (quartéis, internatos, campos de trabalho) e, por fim, as de orientação religiosa (conventos, mosteiros). Os HCTPs encontram-se em duas das categorias apontadas por Goffman, são instituições que visam à suposta proteção da sociedade daqueles considerados perigosos, como as prisões, e também são instituições que prestam atendimento àqueles considerados incapazes de cuidar de si próprios e que de maneira não-deliberada podem oferecer perigo a outras pessoas, os hospitais psiquiátricos. Nesses dois espaços – prisão e hospital psiquiátrico – “se reúnem e se potencializam as piores mortificações destas duas instituições totais.” (KOLKER; DELGADO, 2003, p.168).

Para Michel Foucault (1996), instituições como fábricas, prisões, hospitais e escolas têm por objetivo fixar os indivíduos “em um aparelho de normalização dos homens.” (p.114). A essas instituições Foucault chama de *instituições de sequestro* – onde há um rigoroso controle sobre a totalidade do tempo dos indivíduos. Ao entrar em uma dessas

instituições o indivíduo despe-se daquilo que configura sua singularidade, despe-se de sua aparência usual. (GOFFMAN, 2005). Em sua entrada num HCTP, o chamado *louco infrator* encontra-se entre o modelo jurídico-punitivo e o modelo psiquiátrico-terapêutico, dentro de uma instituição designada ao tratamento e à contenção (CARRARA, 1998), que ignora sua singularidade.

É a partir século XIX que as *instituições de seqüestro* ganharam forma e poder. Segundo Foucault (2002), na virada do século XVIII para o século XIX as punições públicas (suplícios) foram perdendo espaço. A justiça deixou de assumir publicamente a violência relacionada ao seu exercício e, assim, novos personagens surgiram como instrumento de controle e punição: médicos, guardas, educadores, psicólogos. Ergueu-se, ao redor da instituição judiciária, um conjunto de instituições a fim de permitir o controle dos indivíduos e a correção de suas virtualidades. (FOUCAULT, 1996). Trata-se do que Foucault (1996, p. 86) chamou de *ortopedia social*.

Foucault (1996) considera que a melhor ilustração da “sociedade da ortopedia generalizada” (p. 86) é o modelo *Panopticon*, idealizado pelo pensador Jeremy Bentham. O *Panopticon* é uma construção em forma de anel dividido em pequenas celas, com uma torre no centro, de onde é permitido a um guarda vigiar a todos os prisioneiros sem ser visto, edifício esse que poderia servir a uma série de instituições, o que permitiria vigilância constante sobre as pessoas. Foucault (1996) chamou de *panoptismo* esta forma de poder: um controle contínuo – que vigia e que constitui um saber referente àqueles que são vigiados. “O Panóptico funciona como uma espécie de laboratório de poder.”, escreveu Foucault (2002, p. 168) sobre a capacidade das *instituições de seqüestro* de realizar experiências com os indivíduos, de treiná-los e de modificar seus comportamentos, como “estufas para mudar pessoas.” (GOFFMAN, 2005, p. 22). O “tríplice aspecto do panoptismo – vigilância, controle e correção” (FOUCAULT, 2002, p. 103) parece caracterizar de forma exemplar o “tratamento” realizado nos HCTPs.

O poder de vigilância permitiu que um outro tipo de poder emergisse: o poder epistemológico. Esse poder caracteriza-se por um saber que nasce da observação dos indivíduos, de sua classificação, do registro e da análise de seus comportamentos. É no século XIX que se forma um saber sobre o homem, um saber oriundo das práticas sociais de controle e de vigilância que possibilitam a criação de um saber sobre aqueles que estão sob o controle permanente de uma rede de vigilância e de correção. (FOUCAULT, 1996).

O saber psiquiátrico originou-se a partir da observação exaustiva dos médicos, personagens que detinham o poder no interior dos hospitais psiquiátricos. (FOUCAULT,

1996). É no século XIX, *o século dos manicômios*, que surge a figura do médico especialista em tratar os loucos – o alienista. (PESSOTTI, 1996). Em relação à matéria penal, esse especialista passou a ser chamado como o “conselheiro da punição”, a quem cabia dizer sobre a periculosidade do indivíduo a ser julgado, o melhor modo de proteção contra ele, como tratá-lo e/ou reprimi-lo. O laudo psiquiátrico concedeu aos expedientes punitivos um poder sobre as infrações e sobre os indivíduos – sobre o que eles fizeram, quem são ou possam ser. (FOUCAULT, 2002).

No que se refere aos considerados inimputáveis, são os médicos psiquiatras que produzem o laudo sobre o estado de saúde mental daqueles que são alvo de medida de segurança, são os médicos que inferem a consciência que o acusado tinha sobre os atos praticados, mas cabe ao juiz, operador do Direito, a decisão final. Segundo Carrara (1998), os muros dos HCTPs abrigam também os limites da intervenção em Saúde nas questões de Justiça. Dessa forma, com um patente conflito de saberes e competências, o detento/paciente encontra-se em um jogo cruel onde não há nem absolvição nem tratamento. (SZASZ, 1963).

2.2 O QUE DEVE VIVER E O QUE DEVE MORRER³

A partir do século XVII desenvolveram-se duas formas de poder sobre a vida, não-contraditórias entre si, mas situadas como “dois pólos de desenvolvimento interligados por todo um feixe intermediário de relações.” (FOUCAULT, 1999, p.131). O poder disciplinar sobre os corpos encontra-se em um dos pólos, no outro há o poder sobre o “corpo-espécie, [...] transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos.” (idem). Assim, além da existência de micropoderes disciplinadores junto a instituições como escolas, hospitais ou prisões, que administram os corpos dos indivíduos, que regram comportamentos – poder disciplinar; os escritos de Michel Foucault também conduzem à identificação de um poder que se ocupa da “própria gestão da vida do corpo social” (DUARTE, 2008, p.3), de um poder sobre a vida – um *biopoder*.

A organização desse poder se dá a partir da “docilização dos corpos” e do gerenciamento da vida da população – há o encontro da “anátomo-política do corpo” desenvolvida em *Vigiar e Punir* com a “bio-política da população” apresentada em *História*

³ Michel Foucault em *Em Defesa da Sociedade*

da Sexualidade: a vontade de saber (FOUCAULT, 1999). A *sociedade disciplinar* está na disciplinarização dos corpos no sentido legal, físico, moral, político, administrativo e, paralelamente, criaram-se saberes sobre os indivíduos. (PRADO FILHO, 2006). Por sua vez, “[o] biopoder é composto por tecnologias de poder no sentido amplo do termo: como diversidade de técnicas articuladas a uma multiplicidade de saberes.” (PRADO FILHO, 2006, p.48).

O poder soberano, “o direito de vida e morte” (FOUCAULT, 1999, p.127), a partir do século XIX passou a ser não apenas “um poder de matar a vida, mas sim um ‘poder que gere a vida’.” (DUARTE, 2008, p.4). O poder deixa de recair apenas sobre a morte, a decisão soberana de ‘causar a morte’ (com a execução na força, por exemplo) para estender-se sobre a vida, “estabelecer políticas públicas por meio das quais poder-se-ia sanear o corpo da população, depurando-o de suas infecções internas” (DUARTE, 2008, p. 4).

A vida passou a ser um “elemento político por excelência” administrado e normalizado por políticas públicas (DUARTE, 2008), contudo, conforme observa Foucault (1999), guerras e holocaustos jamais foram tão violentos como a partir do século XIX: “As guerras já não se travam em nome do soberano a ser defendido; travam-se em nome da existência de todos; populações inteiras são levadas à destruição mútua em nome da necessidade de viver. Os massacres tornaram-se vitais.” (p.129).

Pensando sob a ótica do biopoder, a questão das medidas de segurança e do trancafiamento do *louco infrator* em um HCTP, de forma muitas vezes perpétua, deixa de estar situada apenas no âmbito disciplinar, para espelhar um “corte no todo biológico da espécie humana, estabelecendo a partilha entre ‘o que deve viver e o que deve morrer’.” (DUARTE, 2008, p.5). A morte simbólica daquele que foi submetido à medida de segurança, ao ser banido da vida em sociedade, garantiria a segurança dos demais (poder disciplinar) mas também garantiria a existência de um corpo social saudável (biopoder). “A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura.” (FOUCAULT, 2000a, p. 305).

O HCTP, como toda prisão (uma das categorias de *instituição total* de Goffman), segue existindo como mais um expediente de proteção da sociedade contra aqueles que oferecem perigo aos demais. Entretanto, além disso, é o corte realizado pelo diagnóstico da “doença mental perigosa” que parece dar condições de existência a uma sociedade pretensamente sã e pacífica. Uns precisam/devem “morrer” para que outros vivam.

Inspirado na obra de Michel Foucault, e também na de pensadores como Hannah Arendt, Carl Schmitt e Walter Benjamin, Giorgio Agamben trabalha o conceito de “estado de exceção” (2002). O estado de exceção é “uma situação paradoxal na qual a lei suprime a lei, na medida em que se abolem, por meio da lei, certas garantias e direitos individuais e coletivos, expondo os cidadãos ao risco iminente da morte violenta e legalmente justificada.” (DUARTE, 2008, p.10). O ordenamento jurídico estabelece uma situação paradoxal na qual o próprio ordenamento perderia validade, como nos estados de necessidade. Assim, em casos excepcionais, o soberano pode deixar de lado os direitos e garantias fundamentais para aplicar a lei que julgar mais adequada em virtude da necessidade.

Nos estados modernos, em especial no século XX, a necessidade foi sendo construída como mais urgente, diária, fazendo da exceção a regra. Se o estado moderno é um estado de exceção, o soberano tem o poder de usar a morte para gerir a vida. A vida do súdito deixa de ser uma vida política (biopolítica), repleta de direitos, para, em virtude da exceção, ser uma *vida nua*, desprovida deles. O homem assume, segundo Agamben (2002), o caráter de *homo sacer* – vida matável e insacrificável. Matável porque pode ser morta sem que seja considerado homicídio e insacrificável porque tal morte não se constitui um sacrifício – a ela não é dado o direito do rito sacrificial. Seria exatamente essa “vida nua” que daria constituição aos estados modernos, estados de exceção, estruturas de *bando*.

O bando é o agrupamento de vidas submetidas ao poder soberano e que lhe dá validade, que lhe constitui enquanto poder. (AGAMBEN, 2002). O soberano, ao excluir alguma vida do bando, definindo *o que deve viver e o que deve morrer*, cria, dá validade à própria estrutura de bando. Alguém banido, como nos campos de concentração (exemplo utilizado por Agamben, 2002), é um “fora”, um *a-bandonado*, que está, paradoxalmente, o tempo inteiro sob o domínio da lei soberana. “Aquilo que nele é excluído, é, segundo o significado etimológico do termo exceção, *capturado fora*, incluído através de sua própria exclusão.” (AGAMBEN, 2002, p. 177).

Os campos de concentração, os atos de eugenia e a eutanásia praticados pelo Terceiro Reich, o confinamento de presos políticos em Guantánamo, são alguns dos exemplos utilizados por Agamben para relacionar o poder sobre a vida nua com a constituição dos estados que, no século XX, fazem da exceção a regra. A exceção, o abandono, o capturar fora, é exatamente a condição de existência desse estado, desse corpo social.

Aceitando a reflexão de Agamben e tentando aplicá-la ao caso das medidas de segurança e das internações nos HCTPs, pode-se dizer que com a exclusão do *louco infrator* da convivência social, parece-se querer não apenas a segurança da sociedade, mas a sua

própria constituição enquanto corpo biopolítico saudável. A vida do *louco infrator*, submetida à força do poder psiquiátrico – “[...] que pode dizer a verdade da doença pelo saber [poder] que detém sobre ela, e [...] que pode produzir a doença na sua verdade e submetê-la realidade, pelo poder que a sua vontade exerce sobre o próprio doente.” (FOUCAULT, 1997, p. 49) e à inconstitucionalidade da medida de segurança, serve de forma exemplar ao conceito de *homo sacer* (AGAMBEN, 2002) – “que designa um ser cuja vida nada vale, uma vida matável [...]” (SEQUEIRA, 2006, p. 1). A figura ambígua do *louco infrator* - ora doente, ora criminoso, sob a tutela da Justiça e o discurso da Psiquiatria, “condenada” a um duplo estigma, é o *homo sacer* – banido do mundo dos homens e do mundo dos deuses (AGAMBEN, 2002).

2.3 ANTIPSIQUIATRIA, REFORMA ITALIANA, PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA

Segundo Amarante (1995), a partir do século XIX, observa-se a produção de uma percepção sobre a loucura a serviço de um olhar científico, constituindo-se um saber teórico e prático sobre o tema. “[A] experiência radicalmente singular do enlouquecer [foi submetida] a classificações e terapêuticas ditas científicas: submissão da singularidade à norma da razão e da verdade do olhar psiquiátrico.” (p. 24). A visão do louco como aquele que oferece risco social fundou a institucionalização da loucura pela Medicina e, a partir da segunda metade do século XIX, assim como outros saberes, a Psiquiatria passou “a ser um imperativo de ordenação dos sujeitos.” (p. 26). A internação compulsória em uma *instituição total* como o hospital psiquiátrico, bem como o estigma concernente a esse tipo de intervenção, é a resposta da sociedade por ter sido ultrajada pelas ações consideradas inadequadas praticadas pelo doente mental, escreveu Goffman (2005).

O trabalho de Philippe Pinel, baseado em saberes e práticas sobre o trato com a loucura, deu ao hospital (antigo estabelecimento de cunho social-filantrópico, de *hospedagem* de outros tantos tipos marginalizados) *status* de instituição médica e aos médicos, o saber sobre a loucura (AMARANTE, 1995), de forma que o hospital psiquiátrico tornou-se “o núcleo gerador da psiquiatria como especialidade médica.” (PESSOTTI, 1996, p. 09). Desde essa época, Pinel obteve seguidores e críticos do modelo médico-asilar de assistência.

Conforme relatam Amarante (1995) e Jorge (1997), em meados do século XX, na Europa pós-guerra surgiram movimentos que propuseram reformas restritas ao espaço asilar,

como a Psiquiatria Institucional (na França), que visava ao resgate da função terapêutica dos hospitais psiquiátricos, e as Comunidades Terapêuticas (na Inglaterra), espaços que buscavam superar a relação vertical entre médicos e pacientes, além de acabar com espaços de segregação dentro do hospital, onde deveria ser permitido o livre circular dos pacientes. Nesse mesmo período, surgiram movimentos que contestavam o espaço asilar, como a Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária norte-americana, que acreditavam que a comunidade fosse o local mais adequado para a atuação da Psiquiatria. Esses movimentos questionaram e propuseram modificações em relação ao hospital como instituição asilar. “Eles buscavam modificar as práticas psiquiátricas, mas nunca colocavam em discussão a psiquiatria como tal, a psiquiatria como instituição, e por isso mesmo também não colocavam em discussão as instituições produzidas pela psiquiatria.” (ROTELLI, 1994, p. 150). O saber psiquiátrico e todos os seus expedientes somente passaram a ser contestados com o movimento da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática – movimento criado para consolidar a teoria de Franco Basaglia.

Em meio aos movimentos da contracultura, surgiu, na Inglaterra dos anos 60, o movimento da Antipsiquiatria – liderado por um grupo de psiquiatras, onde se destacaram Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson. Para esse grupo, os saberes e as práticas da Psiquiatria eram inadequadas ao tratamento da loucura, em especial da esquizofrenia – gerando um questionamento radical ao saber médico-psiquiátrico. (AMARANTE, 1995). A Psiquiatria representava os interesses dos que se auto-intitulavam “sadios” ao passo que destinava aos apontados como “loucos”, um tratamento violento. (COOPER, 1989).

A Antipsiquiatria propôs uma ruptura ao modelo teórico-prático até então utilizado, buscando retirar a hegemonia do saber médico sobre a compreensão da doença. Para tanto, lançou mão de várias referências: fenomenologia, psicanálise, as obras de Michel Foucault, dentre outras. A Antipsiquiatria buscou um entendimento da loucura como um fenômeno que ocorre entre os homens, não dentro deles. Os questionamentos proporcionados pela Antipsiquiatria trouxeram significativas contribuições para as transformações prático-teóricas no trato com a loucura. (AMARANTE, 1995).

A necessidade social de discussão e questionamento sobre o hospital psiquiátrico e o saber médico, juntamente com as questões relacionadas aos direitos humanos originadas durante e logo após a Segunda Guerra, possibilitaram a eclosão de movimentos diferentes em vários países, com alguns marcos em comum, mas com singularidades entre si. Na Itália, nos anos 60, uma ruptura radical com a Psiquiatria clássica, com crítica severa ao saber médico-psiquiátrico – que tem no manicômio seu grande reduto de atuação, iniciou-se com o médico

e psiquiatra Franco Basaglia e seguiu em pauta com o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana. (AMARANTE, 1995).

Na cidade italiana de Gorizia, na década de 60, Franco Basaglia iniciou um trabalho de humanização no hospital psiquiátrico do local. A partir dessa experiência abriram-se novas perspectivas e posicionamentos revolucionários de rompimento com todo o modelo psiquiátrico vigente. Posteriormente, na cidade de Trieste, Basaglia percebeu a necessidade de

superar o modelo de humanização institucional, a fim de inventar uma prática que tem na comunidade e nas relações que esta estabelece com o louco – através do trabalho, amizade, e vizinhança –, matéria-prima para desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade, produzidos e consumidos pelo imaginário social. (AMARANTE, 1995, p. 48).

Para Basaglia, a Psiquiatria, até então, para estudar a doença havia colocado o indivíduo entre parênteses, como se a patologia existisse por si só – afastando-se do homem e de sua experiência concreta de dor e sofrimento. Contrária a Psiquiatria tradicional, a proposta de Basaglia era colocar a doença em suspensão, para que o homem – aquele que sofre – pudesse aparecer. (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

O isolamento e a exclusão – característicos de instituições como os hospitais psiquiátricos – não serviam mais a esse homem que deixou de ser meramente reduzido a uma suposta doença. Um homem percebido em sua totalidade demandava por espaços de lazer, de trabalho, de cuidados – espaços de relações. (LANCETTI; AMARANTE, 2006). Um homem, visto em sua totalidade e em sua singularidade, precisava ter preservado seu poder de contratualidade em suas três dimensões fundamentais: troca de bens, de mensagens e de afetos. (KINOSHITA, 2001, p.55).

Em 1971, tendo Basaglia como grande protagonista, teve início em Trieste um processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos e de substituição dessas *instituições totais* por serviços sociais, assistenciais, culturais e políticos, como moradia para os ex-internos, associação de familiares, cooperativas de trabalho, permitindo que o louco ocupasse toda a cidade – local onde todas as pessoas vivem e se relacionam. A experiência em Trieste originou modificações em toda a Itália, culminando na Lei 180, de 1978, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana ou Lei Basaglia, que determinou o fechamento de todos os manicômios em seu território e a criação de serviços substitutivos ao modelo asilar. (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Com o objetivo de tornar possível a Reforma Psiquiátrica nos moldes traçados por Franco Basaglia, foi criado em Bolonha, em 1973, um movimento político conhecido como Psiquiatria Democrática. Esse movimento permitiu a denúncia civil de práticas de violência

institucional e alianças junto a sindicatos e outras associações, mobilizando todas as esferas da sociedade para a questão da Reforma Psiquiátrica – uma mudança tão profunda que precisaria atingir mais do que somente os profissionais da área da Saúde. (AMARANTE, 1995).

A Psiquiatria, criticada em vários aspectos, com argumentos construídos “a partir da análise e reflexão dos conceitos, leis e instituições sobre as quais se erguem o saber psiquiátrico.” (BARROS, 1994, p. 190), passou a ser alvo de expressivas modificações. Contrários a uma Psiquiatria que se pretendia definidora de saúde mental (BIRMAN; COSTA, 1994), os protagonistas da Reforma Italiana e da Psiquiatria Democrática elegeram como luta a criação de condições que possibilitassem a desmontagem dos manicômios a partir do seu interior, subvertendo sua lógica e seu funcionamento, numa postura que visava gradativamente a desconstrução dos manicômios e a paralela construção de serviços territoriais substitutivos. (BARROS, 1994).

2.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se nos anos 70 contemporaneamente ao movimento da Reforma Sanitária – que propunha mudanças nos modelos de atenção e defendia a saúde coletiva e a equidade na oferta dos serviços de saúde. (BRASIL, 2005b). Ao final dos anos 70, em meio ao processo de redemocratização, com importantes discussões como as protagonizadas pela Reforma Sanitária, trabalhadores de saúde mental, representando vários estados brasileiros, reuniram-se para discutir propostas de reforma no campo da assistência psiquiátrica. (LOBOSQUE, 2001).

Durante a primeira metade do século XX, a assistência psiquiátrica no Brasil foi marcada pela construção de grandes manicômios públicos e, a partir da década de 60, pela criação de um grande número de hospitais psiquiátricos privados em convênio com o poder público – a “indústria da loucura”. Essa configuração, apontada por Lobosque (2001), trouxe ao movimento brasileiro da Reforma Psiquiátrica mais uma dificuldade. Além dos preconceitos sociais em relação à loucura, como a suposta periculosidade do louco, e da resistência dos “setores psi, que tendem a encarar qualquer transformação efetiva da situação como algo que fere os princípios da ciência e da técnica, ou ameaça interesses corporativos.” (LOBOSQUE, 2001, p. 15), no Brasil o movimento da Reforma Psiquiátrica contou com

outro grande obstáculo: o processo de “mercantilização da doença” instalado no país. Os hospitais psiquiátricos haviam se tornado negócio rentável, uma vez que “podiam ter centenas e até milhares de pacientes internados com pouquíssimos funcionários, péssimas condições sanitárias e anulação de direitos de cidadania de seus internos.” (LANCETTI; AMARANTE, 2006, p. 625).

Em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, coordenada por Sergio Arouca, contando pela primeira vez com a participação de vários segmentos da sociedade: movimentos sociais, associações de portadores de patologias e profissionais de saúde – tendo como tema: *Saúde, direito de todos, dever do Estado* (posterior Art. 196 da Constituição Federal). Muitas das discussões propiciadas pela 8ª CNS apareceram solidificadas na Constituição de 1988, que contou com a assessoria de uma comissão de representantes do movimento da Reforma Sanitária durante os dois anos de Assembléia Constituinte (DA ROS, 2005). Norteadas pelos princípios e diretrizes da 8ª CNS, ocorreu, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, onde foram discutidas a Reforma Sanitária, a reorganização da atenção em saúde mental e as questões relacionadas à cidadania e à doença mental. (AMARANTE, 1995).

Com a promulgação da nova Constituição e a criação do SUS, em 1988, os hospitais psiquiátricos passaram a ter seu exercício regulamentado, não sendo mais uma “opção de lucro”, e a receber fortes críticas, de natureza ideológica, política, sanitária e técnica. (LANCETTI; AMARANTE, 2006). A nova Constituição conferiu importantes poderes aos municípios na gestão da Saúde, o que permitiu que ocorresse na cidade de Santos SP, em 1989, “um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.” (BRASIL, 2005b).

A Casa de Saúde Anchieta, único hospital psiquiátrico da cidade, após denúncias de maus-tratos e mortes, sofreu intervenção por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Santos. Muitos profissionais de saúde uniram-se para atender aos quinhentos pacientes do local que se encontravam em péssimas condições de saúde. Foram proibidas sessões de eletrochoques, pacientes começaram a ter direito a saídas do hospital, as enfermarias foram reorganizadas, a comunidade foi mobilizada, foram sendo criados serviços substitutivos, possibilitando a demonstração de que era possível cuidar de pessoas em sofrimento psíquico sem lançar mão de instituições como os manicômios e de que a Reforma Psiquiátrica era possível e exeqüível. (LANCETTI; AMARANTE, 2006; BRASIL, 2005b). “Num movimento inédito de audácia e criatividade, Santos abriu caminho para todo o Brasil, ao demonstrar a viabilidade concreta e a fertilidade intensa da proposta de uma sociedade sem manicômios.”, escreveu Lobosque (2001, p.17).

Com a entrada do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (1989) no Congresso Nacional, que propunha “a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (BRASIL, 2005b), iniciaram-se discussões e lutas no campo legislativo e normativo. E, a partir de 1992, inspirados por esse Projeto de Lei – que, após sofrer alterações substanciais, seria sancionado em 2001 –, muitos municípios brasileiros conseguiram aprovar as primeiras leis determinando a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por serviços dispostos em uma rede de atenção à saúde mental. Ainda em 1992 aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que possibilitou discussões acerca de um novo modelo assistencial, mobilizou importantes setores nas esferas municipais, estaduais e federal, e contou com a expressiva participação de pessoas atendidas por serviços em saúde mental e de seus familiares. (SUS, 2002).

Com discussões claramente vinculadas ao tema proposto pela Organização Mundial da Saúde – OMS: *Cuidar, sim. Excluir, não*, no final de 2001, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental – CNSM, onde foram elaboradas propostas e estratégias para a efetiva mudança no modelo de atenção à saúde mental, buscando a transformação das relações sociais com a loucura e, assim, a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. (SUS, 2002; BRASIL, 2005b). A situação do *louco infrator* no Brasil foi contemplada pelas discussões realizadas nessa Conferência. A alteração do Código Penal brasileiro no tocante ao conceito e “presunção de periculosidade” do portador de transtorno mental que comete infrações, garantindo-lhe o direito à responsabilidade e à assistência, bem como a garantia de espaços humanizados de tratamento e do direito a saídas do HCTP para facilitar sua inserção na família e na comunidade, foram algumas das propostas da III CNSM. (SUS, 2002).

Após a promulgação da Lei nº 10.216/2001, o processo de redução de leitos psiquiátricos ganhou ainda mais força, assim como a expansão dos serviços substitutivos. Em 2003, foi instituído o Programa Volta para a Casa – “uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtorno mental.” (BRASIL, 2005b, s/d). Através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação durante um ano, o programa objetiva favorecer o processo de inserção social das pessoas internadas por longo período em hospitais psiquiátricos, estimulando um exercício de cidadania. (BRASIL, 2005b).

Mais do que a sanção de novas leis e maior do que um conjunto de mudanças nas políticas públicas e nos serviços de atenção à saúde mental, indiscutivelmente importantes, a Reforma Psiquiátrica é um

processo político e social complexo, composto por atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública .(BRASIL, 2005b, s/p).

Tal processo vem acontecendo em velocidade distinta em cada área e dimensão a ser contemplada pelas transformações preconizadas pela Reforma Psiquiátrica. Segundo o Relatório para a Reorientação dos HCTPs, a problemática do tratamento destinado ao *louco infrator* no Brasil – “discussão até então pouco aprofundada na reforma psiquiátrica brasileira” (BRASIL, 2002), só ganhou espaço significativo a partir dos primeiros anos do século XXI.

Segundo Kolker e Delgado (2003), após a assinatura da Lei nº 10.216/ 2001, que prevê o fim progressivo dos hospitais psiquiátricos, e de eventos como a III CNSM (2001), que ratificou a necessidade de incluir os internos e os egressos dos HCTPs entre os atendidos pelos serviços preconizados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, e o Seminário para Reorientação dos Hospitais de Custódia (2002), “começamos finalmente a reunir condições para rever a legislação psiquiátrico-penal para propor medidas efetivamente viáveis para o tratamento deste problema.” (p. 170).

Apesar de um notório atraso na inclusão dos HCTPs nas discussões e propostas do movimento da Reforma Psiquiátrica, há experiências bem sucedidas ocorrendo no Brasil, como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ, criado pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, onde os egressos encontram assistência em dispositivos como os CAPS e em ambulatórios de saúde mental (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2002), e o Programa de Atendimento Integral ao Louco Infrator – PAILI, desenvolvido pelo Tribunal de Justiça de Goiás em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde, que vem possibilitando a criação de projetos terapêuticos individualizados, levando em consideração a singularidade de cada caso, com o objetivo, também, de “buscar a adesão do círculo sócio familiar do paciente judiciário, trabalhando junto à família para estabelecimento de vínculos para retorno ao lar, prestando apoio e esclarecimento; garantir acesso ao tratamento na rede pública (garantia constitucional).” (GOIÁS, s/d, s/p).

Segundo Kolker e Delgado (2003), nas três dimensões que o movimento da Reforma Psiquiátrica propõe-se a atuar: ético-política, técnico-administrativa e jurídica, são inquestionáveis os avanços nas discussões acerca do direito à cidadania da pessoa com sofrimento psíquico (dimensão ético-política) e as reformulações nos modelos de atenção (dimensão técnico-administrativa). Entretanto, os avanços no campo jurídico são ainda

restritos. No caso específico do *louco infrator*, seu destino continua sendo a internação em um HCTP – com sua realidade, na maioria dos casos, de “maus tratos, agressões físicas e humilhações cotidianas, desamparo, ociosidade, falta de perspectivas, ausência de programas de reabilitação e reinserção social, muitas grades e cadeados.” (p.170). Em que pese todas as modificações ocorridas, desde 1988, na área da Saúde Mental, muitos avanços e transformações – políticas, jurídicas e epistemológicas – necessitam ser feitos em relação à instituição aniquiladora de subjetividades que é o HCTP.

2.5 MEDIDA DE SEGURANÇA, INIMPUTABILIDADE, PERICULOSIDADE

No século XIX, relata Sérgio Carrara (1998), “contribuindo para o bom funcionamento do sistema penal que se instalava nas sociedades liberais” (p.78), a Psiquiatria incorporou qualidades como crueldade, indisciplina e periculosidade à figura do louco, porém, evitando a não distinção entre a figura do louco e a do criminoso. Havia preocupação em deixar claro que eram as pessoas passíveis de punição e as que não eram – os loucos, os inimputáveis.

Data também do século XIX, o início da assistência psiquiátrica pública no Brasil. As pessoas pobres que enlouqueciam eram trancafiadas em asilos. Era no recolhimento em asilos que a sociedade da época via a única solução para os loucos que supostamente oferecessem risco e ameaça à segurança pública. A pressão popular pelo recolhimento dos “inoportunos” em instituições asilares conduziu à criação do primeiro hospício brasileiro, criado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro – local que abrigou todo tipo de “alienado”. (CORREIA *et al.*, 2007). A “nova instituição” atendia convenientemente a preocupação da época de zelar pela segurança da sociedade. (CORREIA *et al.*, 2007). E a Psiquiatria, como já vinha fazendo em outros países, se pôs no Brasil a serviço de

sanar tecnicamente a exclusão já atuada pela sociedade, que automaticamente ‘recusa’ aqueles que não se integram no jogo do sistema. Mas esta ação de exclusão não tem o mínimo caráter técnico- terapêutico, limitando-se esta à separação entre aquilo que é normal e aquilo que não o é, onde a ‘norma’ não é um conceito elástico e discutível, mas é algo de fixo e *estritamente ligado aos valores do médico e da sociedade da qual é o representante.* (BASAGLIA *et al.*, 1994, p. 18)

Os hospitais psiquiátricos destinados a receber os doentes mentais que cometessem delitos ou crimes surgiram no Brasil a partir da década de 20 (século XX) com a denominação de *manicômio judiciário* – modificada pela Reforma Penal de 1984, passando a se chamar

Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. (CORREIA *et al.*, 2007). Segundo Carrara (1998), após campanha na imprensa pela construção de “uma prisão de caráter especial, prisão e manicômio ao mesmo tempo” (p.193), foi inaugurado, em cerimônia de aplausos e discursos, o primeiro manicômio judiciário brasileiro, em 1921, na então capital federal, Rio de Janeiro. Criou-se, a partir daí, uma nova categoria: o *louco-criminoso*, que deveria ser separado do louco comum internado no Hospício Dom Pedro II. (CORREIA *et al.*, 2007).

No dossiê sobre o caso Pierre Rivière⁴, coordenado por Michel Foucault (2000), encontra-se a seguinte passagem: “[a] sociedade tem pois o direito de pedir, não a punição deste infeliz, já que sem liberdade moral ele não pode ter culpabilidade, mas seu isolamento por medida administrativa, como o único meio que a possa tranquilizar sobre os atos ulteriores deste alienado.” (p.259). A partir dessa citação pode-se iniciar uma discussão de como a noção de inimputabilidade (“ele não pode ter culpabilidade”) e de periculosidade (“tranquilizar sobre os atos ulteriores deste alienado”), assim como o expediente da medida de segurança (“isolamento por medida administrativa”) são mecanismos contraditórios, ambíguos e têm servido com grande eficiência nesse quase um século de manicômios judiciários no Brasil – “desde sempre, lugares de exclusão e violência.” (KOLKER;DELGADO, 2003).

Segundo Marchewka (2003), no início do século XX, como sanção a delitos cometidos, a legislação penal brasileira instituiu a pena e a medida de segurança. A medida de segurança é defendida, desde o século XIX, como “tratamento ético-social do indivíduo infrator, que tenha agido sem a necessária capacidade de discernimento do caráter ilícito de sua conduta” (p.99), enquanto a pena destina-se a punir o delito cometido. A medida de segurança é uma sanção que difere da pena, sendo destinada aos inimputáveis – os isentos de pena.

O louco, inimputável, além ser considerado incapaz de compreender seus atos e de responder por eles, também é considerado perigoso. A penalidade, através da medida de segurança passa a “ser um controle, não tanto sobre se o que fizeram os indivíduos está em conformidade ou não com a lei, mas ao nível do que podem fazer, do que estão sujeitos a fazer, do que estão na iminência de fazer.” (FOUCAULT, 1996, p.85). Todas as possibilidades de expressão do considerado louco são reduzidas a um comportamento agressivo e violento, e não é lhe é ofertada a possibilidade de defesa, de elucidação de seu ato

⁴ No século XIX, Pierre Rivière matou sua mãe e seus dois irmãos, foi condenado e suicidou-se na prisão. Michel Foucault coordenou a reunião das partes do processo e o desenvolvimento de estudos sobre os aspectos jurídicos e psiquiátricos do caso.

transgressor. (BARROS, 1994). Cabe destacar aqui iniciativas com o PAI-PJ, onde uma equipe multidisciplinar acompanha o *louco infrator* em todas as etapas do processo criminal e atua junto a uma rede de atenção, na comunidade, que promova sua reinserção social, e, é garantido a esse sujeito o direito de responder sobre seu ato delituoso.

Independentemente da gravidade do delito ou crime, o *louco infrator* é julgado por sua periculosidade – “seguindo a idéia de punir o criminoso e não o crime.” (PERES; NERY FILHO, 2002, p.342), e “condenado” à internação compulsória em HCTPs por tempo indeterminado, podendo ultrapassar, inclusive, os trinta anos – tempo máximo previsto aos imputáveis em casos de pena privativa de liberdade, chegando em certos casos, à “internação perpétua”. Não há na Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/84) dispositivos que permitam a liberação do doente mental de forma progressiva, no modelo que ocorre com as penas privativas de liberdade. (MARCHEWKA, 2003). O conceito de periculosidade é que garante que tais violações e inconstitucionalidades ocorram.

Para o portador de transtorno que cometa qualquer delito, independente da gravidade, continua a ser preconizada a medida de segurança até que seja considerada cessada a sua periculosidade [...]. Absolvidos, mas considerados imprevisíveis e irresponsáveis, os inimputáveis continuam a ter como destino mais provável a internação perpétua. (KOLKER; DELGADO, 2003, p.169).

As medidas de segurança, diferentemente das penas privativas de liberdade, não têm seu tempo máximo determinado, podendo durar indeterminadamente, enquanto o juiz, respaldado pela perícia médica e psicológica, não considerar o fim da periculosidade supostamente oferecida pelo indivíduo – louco e infrator. (MARCHEWKA, 2003). Ainda há, por parte de legisladores, doutrinadores, profissionais da saúde, e opinião pública, um entendimento de que “o objetivo da medida de segurança é o tratamento psiquiátrico do inimputável portador de doença mental e não o de reprimi-lo.” (p.100).

A realidade dos HCTPs em nada lembra “tratamento” ou promoção de saúde, “[n]a administração do HCTP, o Estado incorpora a demanda punitivo-segregacionista produzida socialmente, voltando-se para os internos com uma estrutura alicerçada na violência, amparada pelo medo, controladora e reprodutora de desconfiança.” (CORREIA *et al.*, 2007, p. 2000). Após todas as discussões fomentadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e todas as transformações técnico-políticas observadas na saúde mental nos últimos vinte anos no Brasil, conceitos como periculosidade e inimputabilidade precisam ser urgentemente revistos, por estarem ultrapassados e ferirem o princípio constitucional de “Todos são iguais perante a lei”. (BRASIL, 1988, p.15).

2.6 PSICOLOGIA E DIREITO: QUE ENCONTRO É ESSE?⁵

O Código de Ética do Psicólogo (2005) apregoa, em seus princípios fundamentais, que todo psicólogo deve pautar sua atuação no respeito e na promoção da liberdade de todo ser humano, assim como da sua dignidade, igualdade e integridade – valores difundidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada em Assembléia Geral das Nações Unidas em 1948, buscando a qualidade de vida de todas as pessoas e a eliminação de toda sorte de negligência, opressão ou violência. (CFP, 2005). É dever da Psicologia e dos psicólogos o “desvelamento dos mecanismos subjetivos através dos quais se produzem as legitimações ou invalidações das práticas sociais, que, como tais, favorecem ou mutilam os direitos humanos.” (SILVA, 2003, p.06).

Se é dever do psicólogo respeitar e fazer cumprir os direitos à cidadania e à dignidade de todo ser humano, sua atuação junto às instituições do Direito deve ser sempre um encontro em prol desses direitos, em prol da liberdade. (VERANI, 1995). “Até que ponto [os psicólogos] se identificam com a ampliação dos direitos e das autonomias dos sujeitos e dos grupos sociais e, até que ponto eles se colocam na contramão, suscitando o preconceito, patrocinando a discriminação e mantendo o *status quo*?” (SILVA, 2003, p.06), pergunta-se no texto de apresentação da cartilha *Os direitos humanos na prática profissional dos psicólogos*, publicada pelo Conselho Federal em Psicologia (2003). A quem, ou a que, tem servido o encontro Psicologia e Direito ou Psicologia e Justiça?

No Brasil, o encontro entre Psicologia e Direito vem ocorrendo desde meados do século XX. Segundo Coimbra (2003), encontra-se registro da chamada *Psicologia Jurídica* na literatura desde 1945. Muito antes da criação oficial da profissão de psicólogo, em 1962, a Psicologia já era utilizada como ferramenta para avaliação e diagnóstico dos considerados criminosos ou infratores, fornecendo pareceres técnicos a pedido do Poder Judiciário. O encontro entre esses dois saberes tem se apresentado como um instrumento de adequação e ajustamento das pessoas, instituindo-se padrões universais de normalidade, contribuindo para a inferiorização e a desqualificação dos considerados *fora da norma*: os “perigosos”, aqueles que necessitam de vigilância constante. “Se a Psicologia Jurídica tem funcionado segundo tal lógica, como pensá-la aliada à luta pelos direitos humanos?” (COIMBRA, 2003, p.09).

⁵ Juiz Sérgio de Souza Verani no Seminário Psicologia e Instituições de Direito: A Prática em Questão, realizado no Rio de Janeiro em 1992.

A Psicologia, assim como outras áreas das Ciências Humanas, historicamente tem se colocado como ponto de apoio a mecanismos de controle e fixação dos sujeitos. (RAUTER, 2003). A Psicologia vem atuando a serviço do conhecimento jurídico, reforçando “um conhecimento dogmatizado, burocratizado, elitizado, excludor, prepotente e autoritário.” (VERANI, 1995, p.14). Na atuação de psicólogos no Sistema Penal, ao contrário da aparente humanização que a presença desses profissionais parece agregar às prisões, exames e laudos criminológicos, têm levado os detentos a situações bastante desfavoráveis. O psicólogo, dentro do Sistema Penal, tem ficado às voltas com pareceres e laudos, atuando como reprodutor da “engrenagem carcerária”, a despeito de seu contato próximo com os detentos (RAUTER, 1995) e não defendendo os direitos preconizados pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005) e pela Constituição Federal (1988), de dignidade e de igualdade a todos.

As importantes transformações ocorridas no Brasil nas últimas décadas, em especial com a promulgação da Constituição de 1988, proclamando a saúde como “um direito de todos”, e todas as discussões e as mudanças paradigmáticas proporcionadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, exigem um posicionamento ético-político dos psicólogos de negação a uma postura de “agente da repetição do poder” (BRITO, 1995, p.11). A Psicologia não pode se colocar a serviço, por ação ou omissão, de um sistema penal que

se constitui em um dos mais perversos instrumentos a serviço da manutenção da desigualdade social e da dominação política, reprodutor permanente do *ethos* inviabilizador de qualquer possibilidade de ascensão social dos presos e das redes humanas em que se encontram envolvidos. (CFP, 2008, p.07).

No restrito número de material existente na literatura sobre os HCTPs, há um consenso que essas instituições são responsáveis pelo “pior do pior”. Toda a sorte de maus tratos, de aniquilamento do sujeito e de violações de direitos a que estão expostos os pacientes/detentos pautam-se “na argumentação que existe um laudo psiquiátrico e uma sentença judicial que determina que aquela pessoa oferece risco à sociedade.” (NETTO, p. 53). Por conta da “presunção de periculosidade”, determinada por um juiz, respaldada por perícia médica e também psicológica, pode uma pessoa ficar perpetuamente presa em uma prisão nomeada “hospital”, contrariando a determinação de pena máxima de trinta anos destinada aos imputáveis.

Além de décadas de avaliações psicológicas, desvendando “segredos ou conteúdos psíquicos [que contribuem] para uma efetiva aplicação das leis” (BRITO, 1999, p.07), por determinação da Justiça, o que têm debatido e produzido a Psicologia em relação àqueles duplamente estigmatizados: os *loucos infratores*? Segundo os relatórios das visitas realizadas

a hospitais psiquiátricos pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal (2000) e pelo Conselho Federal de Psicologia em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil (2004), em todos os HCTPs visitados há a presença de psicólogos. Esses mesmos relatórios registram violações extremas dos direitos humanos, como o uso de medicação para fins punitivos, salas destinadas a espancamentos, pacientes sem roupa alguma, precariedade na higiene, celas sem as mínimas condições de oferecer um espaço digno e salubre aos detentos. Os relatórios mencionam a presença de psicólogo nas equipes, mas não há registro sobre sua atuação nesses locais tampouco sobre seu posicionamento ético-político diante das atrocidades relatadas pelas comissões visitantes.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO

Objetivando dar maior visibilidade aos variados aspectos relacionados ao objeto de estudo e o aprimoramento de discussões sobre o tema, propôs-se uma pesquisa exploratória. A pesquisa que aqui se apresenta também se caracteriza como bibliográfica. Esse tipo de pesquisa utiliza-se de material já elaborado, especialmente livros e artigos científicos (GIL, 1991), colocando “frente a frente os desejos do pesquisador e os autores envolvidos em seu horizonte de interesse.” (CRUZ NETO, 2000, p.53).

Para Gil (1991), a maior vantagem da pesquisa bibliográfica está na possibilidade do pesquisador abranger uma gama maior de fenômenos relativos ao objeto de estudo do que em uma pesquisa de campo, especialmente quando o problema de pesquisa requer dados que se encontram dispersos – como é o caso dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP. Uma pesquisa bibliográfica pode proporcionar maior visibilidade sobre o tema, tornando-o mais específico e possibilitando que hipóteses sejam construídas. (GIL, 1991).

3.2 PROCEDIMENTOS

3.2.1 Fontes de informação

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica a partir dos artigos científicos disponíveis na BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, através da BVS – Biblioteca Virtual em Saúde, em todas as áreas de conhecimento disponíveis nessa base de dados.

3.2.2 Seleção dos artigos

Na rede mundial de computadores, no sítio www.bireme.br, foram consultados resumos de artigos científicos, publicados em português, relevantes ou pertinentes ao problema de pesquisa, a partir dos seguintes descritores: *hospital de custódia, manicômio judiciário, HCTP, louco infrator, medida de segurança, periculosidade, inimputabilidade e psicologia jurídica*. Da leitura exploratória dos resumos (GIL, 1991) foram pré-selecionados 31 artigos científicos. Após a leitura na íntegra dos artigos pré-selecionados, considerando a relevância dos dados apresentados para a discussão sobre a questão dos HCTPs, foram selecionados 15 artigos científicos, conforme mostra o quadro a seguir:

Título do artigo	Autor(es)	Periódico	Ano de publicação
1. Periculosidade: da norma médica à norma jurídica.	QUEIROLO	Temas IMESC – Sociedade, Direito, Saúde	1984
2. O manicômio judiciário e o conflito de identidade da psiquiatria.	DANTAS JR; TORRES	Revista Brasileira de Psiquiatria	1987
3. O manicômio judiciário no Rio de Janeiro: hospital ou prisão? ⁶	IBRAHIM	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	1988
4. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo.	DELGADO	Saúde Debate	1992
5. A crueldade da medida de segurança.	PAIM	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	1997
6. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança.	PERES; NERY FILHO	História, Ciência, Saúde – Manguinhos	2002
7. Tratar ou punir: um estudo sobre o louco infrator, no cenário da reforma psiquiátrica.	KOLKER; DELGADO	Psicologia Clínica	2003
8. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica.	JACOBINA	Revista de Direito Sanitário	2004
9. Periculosidade e responsabilidade penal na esquizofrenia.	BARRETO <i>et al</i>	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	2004
10. Responsabilidade penal nos transtornos mentais.	VALENÇA <i>et al</i>	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	2005
11. Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos.	CORDIOLI <i>et al</i>	Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem	2006
12. As marcas da exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator.	SANTOS <i>et al</i>	Texto Contexto - Enfermagem	2006
13. Direito das pessoas com transtorno mental autora de delitos.	CORREIA <i>et al</i>	Caderno de Saúde Pública	2007
14. As prisões da loucura, a loucura das prisões.	BRAVO	Psicologia & Sociedade	2007
15. Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o hospital de custódia.	DANTAS; CHAVES	Psicologia: Ciência e Profissão	2007

Figura 1 – Artigos científicos selecionados.

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

⁶ Artigo também publicado, em 1989, na Arquivos Brasileiros de Psicologia.

3.2.3 Sistematização dos dados

A leitura seletiva (GIL, 1991) dos artigos pré-selecionados permitiu a seleção do material de análise da pesquisa. Posteriormente, foi realizada uma leitura analítica com a finalidade “de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que possibilitem a obtenção de respostas ao problema de pesquisa.” (GIL, 1991, p.68). A última etapa de leituras consistiu na leitura interpretativa (GIL, 1991), que procurou estabelecer relações entre as afirmações dos autores e o problema de pesquisa e, também, com outros conhecimentos já existentes na literatura.

Para a análise dos artigos foi utilizado um conjunto de técnicas metodológicas, que oscilam entre o “rigor da objectividade e [a] fecundidade da subjectividade.” (BARDIN, 2004, p.8) – conhecida por análise de conteúdo, o que possibilitou a compreensão dos discursos empregados nos artigos pesquisados.

Os artigos selecionados foram publicados entre 1984 e 2007, em doze periódicos diferentes, por autores de diversas áreas, a saber: Psiquiatria, Psicologia, Direito, Enfermagem, Saúde Pública e Serviço Social. Esses dados encontram-se sinteticamente organizados nas figuras a seguir:

Ano de Publicação	Número de Artigos
1984 - 1990	03
1991 - 2000	02
2000 - 2007	10
Total	15

Figura 3 – Distribuição dos artigos selecionados por ano de publicação.
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Área de Atuação dos Autores	Número de Artigo(s)
Direito	02 (+02 em co-autoria)
Enfermagem	02 (em co-autoria)
Psicologia	03
Psiquiatria	06
Saúde Pública	01 (+01 em co-autoria)
Serviço Social	01 (em co-autoria)
Total:	15

Figura 4 – Distribuição dos artigos selecionados por área de atuação dos autores.
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Periódicos	Número de Artigo(s)
Cadernos de Saúde Pública	01
Escola Anna Nery - Enfermagem	01
História, Ciências, Saúde - Manguinhos	01
Jornal Brasileiro de Psiquiatria	04
Psicologia: ciência e profissão	01
Psicologia Clínica	01
Psicologia e Sociedade	01
Revista da ABP - APAL	01
Revista de Direito Sanitário	01
Saúde em Debate	01
Temas IMESC – Sociedade, Direito, Saúde	01
Texto e Contexto - Enfermagem	01
Total	15

Figura 5 – Distribuição dos artigos selecionados por periódicos.

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Para facilitar a organização e a análise dos artigos selecionados foram produzidos protocolos de registro que contemplaram os seguintes aspectos:

- a) Título do artigo:
- b) Autor:
- c) Instituição de origem do autor:
- d) Área de atuação do autor:
- e) Nome do periódico:
- f) Ano de publicação do artigo:
- g) Palavra-chave utilizada na pesquisa de artigos na BVS/BIREME:
- h) Palavras-chave utilizadas pelo autor:
- i) Temática principal/ abordagem do tema:
- j) Método utilizado pelo autor:
- k) Nomenclatura utilizada para designar o detento/paciente:
- l) Nomenclatura utilizada para designar o HCTP:
- m) Perspectivas teóricas:
- n) Perspectivas práticas:
- o) Menção à Reforma Psiquiátrica:
- p) Menção à Psicologia:
- q) Conclusões:
- r) Outros destaques:
- s) Data de acesso do resumo e/ou do artigo:

Após as leituras dos artigos selecionados e da confecção dos protocolos de registro, foram criadas categorias pertinentes à pergunta e aos objetivos específicos desta pesquisa, a saber:

- periculosidade
- medida de segurança
- hospital e/ou prisão
- perspectivas práticas
- HCTP e Reforma Psiquiátrica
- HCTP e Psicologia

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 PERICULOSIDADE

hum! houve um tempo em que as civilizadas gentes suspiravam purezas e, por força de uma qualidade na existência, pegavam aqueles que demonstravam estragos, seja por dentro ou por fora, e remiam com eles para longe, mandavam para onde não pudessem voltar e contaminar os sãos.

Mário Alberto de Santana – *A Estória dos Outros*

A partir do século XIX constituiu-se um saber sobre a loucura a serviço de um olhar científico. A experiência singular de “enlouquecer” passa a ser submetida a classificações, ocorre a “submissão da singularidade à norma da razão e da verdade do olhar psiquiátrico.” (AMARANTE, 1995, p. 24). O louco passa a ser visto como aquele que oferece risco à sociedade, concepção essa que funda a institucionalização da loucura pela Medicina – a Psiquiatria passa “a ser um imperativo de ordenação dos sujeitos.” (p. 26). À figura do louco passa a ser atribuído o conceito de periculosidade, que “significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos [...]” (FOUCAULT, 1996, p.85).

O tema da periculosidade, de forma indireta ou com destaque no texto, é abordado em todos os artigos selecionados como objeto de estudo desta pesquisa, dada a sua relevância em qualquer discussão sobre os HCTPs e/ou o *louco infrator*. É em nome da suposta periculosidade do louco que se justifica a criação e a aplicação da medida de segurança: “[...] a relação loucura/justiça penal [está] ancorada nos conceitos fundamentais de periculosidade e inimputabilidade.”(4:81), escreveu Delgado (1992), no artigo *Reforma Psiquiátrica e Cidadania: o Debate Legislativo*(4).

O artigo de Queirolo (1984), intitulado *Periculosidade: da norma médica à norma jurídica*(1), apresenta as interlocuções realizadas entre a Justiça Penal e a Psiquiatria, que têm como ponto de cruzamento a periculosidade. O texto dedica-se a traçar o histórico desse encontro, que vem ocorrendo desde o final do século XVIII. A partir de um processo de normalização da sociedade, a loucura passa a ser objeto da Medicina e o asilo passa ter a função de isolar os perigosos para que não ofereçam risco às demais pessoas. “[...] o louco

passa, então, a ser visto como uma entidade à parte, distinta dos mendigos, indigentes e vadios [...]. Ganhando estatuto de doente, a medicina tentará enquadrá-lo na sua racionalidade e lhe conferirá uma atenção especial, científica.” (1:95).

Isolar o louco passa ser uma medida de proteção à sociedade – *“uma forma de prevenção contra a ameaça latente que o louco, indivíduo considerado perigoso, traz consigo.”*(1:95). A autora(1), ao apresentar a evolução histórica do encontro da Psiquiatria com a Justiça, ressalta que foi durante as três primeiras décadas do século XIX, que os médicos passaram a requerer espaço na justiça penal, *“reivindicando a competência para estabelecer o diagnóstico da loucura em meio à massa de criminosos ao encargo daquela.”*(1:95). A Psiquiatra passa, então, a ser responsável pela “verdade” sobre a doença mental e seus possíveis efeitos nos comportamento das pessoas – incluindo seus atos futuros. O psiquiatra passa ser um “conselheiro da punição”, alguém que tem conhecimento para prever a periculosidade de alguém, bem como o melhor modo de proteção contra ele e como tratá-lo. (FOUCAULT, 2002). Fica o indivíduo submetido ao poder psiquiátrico – “[...] que pode dizer a verdade da doença pelo saber [poder] que detém sobre ela, e [...] que pode produzir a doença na sua verdade e submetê-la realidade, pelo poder que a sua vontade exerce sobre o próprio doente.” (FOUCAULT, 1997, p. 49).

A necessidade de separação dos loucos dos loucos-criminosos fez com que fossem criados os manicômios-judiciários. A autora(1) ressalta que a criação dessa instituição foi propícia à relação que Psiquiatria e Justiça vinham mantendo. A prisão-asilo *“proporciona a vigilância característica de qualquer prisão”*(p.96), assim *“permite nela o ingresso do médico, que tratará do preso-paciente.”*(p.96). A prisão-asilo vem servir aos interesses dos médicos e dos magistrados, aponta a autora(1). E ao chamado louco-criminoso? O que tem proporcionado o encontro entre Justiça e Psiquiatria, bem como a criação do manicômio judiciário?

A autora(1) aponta a periculosidade como a justificativa para a internação “louco-criminoso” (expressão utilizada por ela na maior parte do texto):

[O] louco criminoso será internado em regime misto de preso e doente (vigilância absoluta e cuidados médicos) por tempo indeterminado. A fundamentar tal atitude tem-se a periculosidade: o internamento é justificado pela periculosidade que o louco criminoso representa para a sociedade, no sentido da probabilidade de realização de novos crimes, e visa a prevenção criminal.(1:97)

A autora(1) também ressalta que a periculosidade é o critério que determina o tempo de permanência do inimputável na “prisão-asilo”. O artigo não apresenta posicionamentos próprios quanto à periculosidade atribuída aos loucos que cometeram delitos

ou questionamentos sobre o tratamento dispensado a eles nos manicômios judiciários. Fica evidente no artigo é a preocupação com a redução das taxas de criminalidade, fato que, segundo a autora, não ocorreu: “[...] o encontro entre as duas instâncias resultou ineficaz: não se conseguiu chegar a uma contenção dos níveis crescentes da criminalidade.”(1:98). Uns podem/devem morrer, para que outros possam viver em segurança. *O que deve viver e o que deve morrer?*

Dantas Jr, autor do artigo *O Manicômio Judiciário e o conflito de identidade da Psiquiatria*(2), publicado em 1987 na Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, não questiona a periculosidade atribuída ao “doente mental que cometeu crime”(p.106), inclusive afirma que um novo laudo, que concluiria a medida de segurança, deve estar “apoiado na convicção de que o doente não oferece mais perigo para a sociedade.”(2:105), embora mencione o duplo estigma, “para o qual talvez não haja liberdade”(2:105), a que fica vinculado o indivíduo internado em manicômio judiciário. Estigmas esses criados com o apoio da Psiquiatria – que exigiu um lugar junto a Justiça Penal, fato apontado pelo autor como gerador de “conflito” para essa área. “Ao mesmo tempo que tratamos de doentes mentais na tentativa de ressocializá-los, contraditoriamente contribuimos para que lhes seja dada uma nova identidade estigmatizada.”(p.106), escreveu Dantas Jr(2), sem apontar soluções para o “conflito”.

O autor(2) fala sobre as “desvantagens da hospitalização prolongada”(p.104), mas não questiona a presunção de periculosidade, inclusive afirma que “na presença de distúrbios psicopatológicos, o doente mental pode cometer ou reincidir em crimes.”(p.106) e que a sociedade tem o direito de “se defender” desse indivíduo que oferece perigo. Todas as possibilidades de expressão do sujeito considerado louco são reduzidas a um comportamento agressivo e violento. (BARROS, 1994). Entendendo assim, que a internação em manicômio judiciário não tem finalidade somente terapêutica, serve como medida protetiva à sociedade – “[o] paciente ingressa na instituição não apenas por ser doente, mas porque sua doença o torna perigoso para a sociedade.”(2:105).

Tal como no século XIX, no caso Pierre Rivière, “[a] sociedade tem pois o direito de pedir, não a punição deste infeliz, já que sem liberdade moral ele não pode ter culpabilidade, mas seu isolamento por medida administrativa, como o único meio que a possa tranquilizar sobre os atos ulteriores deste alienado.” (FOUCAULT, 2000b, p.259). E, a depender das dificuldades em avaliar a cessação de periculosidade do inimputável, apontadas pelo autor(2), a tendência é o indivíduo ficar internado no manicômio judiciário por tempo indeterminado. “Parece que, embora a determinação da periculosidade psicopatológica de

uma pessoa não constitua tarefa simples, a determinação de sua ausência, na vigência de distúrbios psicopatológicos, é, ao nível da prática social concreta, ainda mais difícil.”(2:105), relata o autor(2), ilustrando tal afirmação com o relato de caso de uma pessoa internada no manicômio judiciário de forma preventiva, sem ter cometido delito algum, por ser esquizofrênico e agredir pessoas na rua, e “[s]ua medida de segurança, inicialmente, de dois anos, tem sido renovada porque sua doença não desapareceu.”(2:105). Se não há tratamento, somente prevenção (em nome da defesa da sociedade) e punição ao sujeito por ser esquizofrênico, como pode haver a remissão dos sintomas que o fizeram ser internado por ser considerado perigoso? Para esse sujeito não há nem absolvição nem tratamento. O indivíduo internado preventivamente, conforme relata o artigo(2), “[f]ilho de família pobre, do interior”(p.105), é apenas mais um “inimigo da sociedade”, nesse caso, personificado na figura do “louco perigoso”, escolhido entre os grupos de maior vulnerabilidade social. (ARGÜELLO, 2005). Quem sentirá falta? Que problema há em ficar perpetuamente internado em um manicômio judiciário?

Paim (1997), psiquiatra (como o autor do artigo 2), em seu artigo *A crueldade da medida de segurança*(5), também defende “*que certos transtornos mentais tendem a criar condições especiais de periculosidade.*”(5: 517). Esse autor(5) considera que os chamados psicopatas são perigosos e irrecuperáveis, de forma que, a medida de segurança (com internamento em HCTP) é ineficaz para esses casos – “*casos excepcionais e que deveriam ser eliminados sumariamente do meio social, sem os estardalhaços da cadeira elétrica ou dos pelotões de fuzilamento. A medicina tem meios suaves de eliminação, sem dor, sem sofrimento.*”(5:520). Parece clara a defesa de uma espécie de “pena de morte”, ainda que fira a Constituição Federal. A vida dos considerados psicopatas e, por conseqüência, sem qualquer vislumbre de inserção social, torna-se, um *vida nua* (AGAMBEN, 2002), uma *vida matável* – que pode ser morta sem que seja considerado homicídio.

É curioso que o mesmo autor(2) que sustenta que “[n]ão existem meios objetivos, critérios científicos para avaliar a periculosidade de alguém.”(5:518), que o trabalho do perito psiquiatra se dá com base em impressões subjetivas ou que, muitas vezes, é norteadado por preconceitos de classe, não parece ter dúvidas ao dizer que “[...] muitos doentes mentais, incapacitados temporariamente de entender o caráter delituoso do ato praticado, não apresentam periculosidade.”(5:520) ou que “[o]s únicos indivíduos realmente perigosos e que reincidem na prática de crimes são os psicopatas.”(idem). Como o autor, médico psiquiatra, consegue reconhecer esses dois tipos de “doentes mentais”? Que critérios ele

utiliza para distinguir um grupo do outro? Ele não se norteia por “impressões subjetivas” ou “preconceitos de classe” como seus colegas?

Outros dois artigos da Psiquiatria, a saber: *Periculosidade e responsabilidade penal na esquizofrenia*(9), de Barreto *et al*, e *Responsabilidade penal nos transtornos mentais*(10), de Valença *et al*, também parecem crer na periculosidade de alguns sujeitos. “Ocorre [na esquizofrenia] como consequência do comprometimento global da personalidade, uma invalidez crônica.”(9:302), escreveu um grupo de psiquiatras, autores de um dos artigos. Concepção semelhante é apresentada no artigo escrito por outro grupo de psiquiatras – talvez justificado pelo fato de dois autores estarem presente nos dois grupos, assinando os dois artigos: “[Na esquizofrenia], na fase em que se observa deterioração da personalidade, os atos delituosos são, na maioria das vezes, súbitos e imotivados.”(9:306) ou, ainda “[Nos casos de esquizofrenia paranóide], esses doentes podem apresentar elevado grau de periculosidade.”(9:308). Ainda que um dos artigos comente sobre o fato da avaliação de periculosidade “ter um caráter probabilista, uma vez que o comportamento humano não se sujeita a leis dedutivas ou preditivas de certeza.”(9:304), ambos os artigos não apresentam questionamentos em relação a suposta periculosidade do esquizofrênico nem ao tratamento dispensado a essas pessoas nos HCTPs – consideram, no artigo 9, que o tratamento psiquiátrico adequado (ao que parece, dentro de um HCTP) fará com que o indivíduo “tenha sua periculosidade reduzida ou cessada, e, assim, possa retornar ao convívio sociofamiliar e resgatar seus direitos de cidadania.”(9:308). Pode mesmo uma instituição historicamente marcada pela violência e exclusão resgatar a cidadania de alguém? Roubam-lhe a possibilidade de falar, de responder por seu ato delituoso, para posteriormente, devolver-lhe a cidadania que a noção de inimputabilidade/periculosidade e a medida de segurança seqüestraram?

Os artigos escritos por psiquiatras, em nome do poder atribuído-lhes historicamente, apresentam “verdades” sobre as pessoas em sofrimento psíquico e a suposta periculosidade que oferecem. “[A] justiça cede seu lugar à psiquiatria na determinação da responsabilidade penal e imputabilidade dos sujeitos.”(14:7), escreveu Bravo (2007), psicólogo, autor do artigo *As prisões da loucura, a loucura das prisões*(14). Segundo esse autor(14), é o discurso da periculosidade que permite à Psiquiatria tomar esse espaço. “A sanção de periculosidade, em todas as suas formas, está vinculada, em primeiro lugar, à relação estabelecida entre o tipo de crime cometido e a suposta condição de doente mental do infrator, tendo as outras questões um caráter secundário.” (14:8). Os diagnósticos, segundo Bravo(14), possuem caráter secundário “na trama discursiva dos laudos”(idem), e

podem mudar de um exame a outro, podendo ainda, serem contraditórios entre si, servindo apenas como justificadores da sanção de periculosidade. O propósito do diagnóstico “*não é clínico senão jurídico: o de permitir sancionar a loucura e o mal-estar psíquico quando associado a uma infração da lei.*” (idem). Há mais de um século os psiquiatras seguem desvendando “segredos ou conteúdos psíquicos [que contribuem] para uma efetiva aplicação das leis” (BRITO, 1999, p.07).

Correia *et al* (2007), no artigo *Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos*(13), afirma que a noção de periculosidade é que “*justificou a criação e a manutenção do instituto da medida de segurança como forma de proteger a sociedade daquele que é perigoso a priori.*”(13:4). Tal afirmação encontra eco no artigo de Dantas e Chaves, *Saúde Custodiada: representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia*(15), também publicado em 2007. Esses autores afirmam que a noção de periculosidade “*é chave para compreender toda a trama de relações que envolvem o louco infrator e a sua inexpressividade social, enquanto cidadão de direitos.*”(15:5). Sendo assim, se cabe aos psiquiatras dizer quem é ou não é perigoso, são esses profissionais da Saúde que têm garantido a “prisão” dos *loucos infratores* nos HCTPs.

Não são somente os psiquiatras que têm medo do “lobisomem” – *nem homem nem fera* (AGAMBEN, 2002), como parece ser considerado o *louco infrator*. No artigo 15, a pesquisa realizada junto a guardas de um HCTP, mostra que os internos “*ainda são representados como inábeis e perigosos, em função de supostas reações imprevisíveis e surtos de agressividade.*”(15:16). Percepção semelhante têm os enfermeiros, como aponta o artigo *As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator*(12), escrito por Santos *et al* (2006): “*Nesse ambiente de tensão, o profissional é obrigado a estar alerta a todo o tempo [...]. Além de atuar com profissional da saúde na promoção do bem estar dos internos, ele se coloca como guardião de sua vida e dos seus colegas de trabalho.*”(p.8). Parece tarefa impossível trabalhar junto a essa população, na promoção de sua saúde e de sua reintegração social, partindo-se do pressuposto de que ela é perigosa. Como preparar a sociedade para uma mudança em seu imaginário em relação à loucura, para acolher as diferentes singularidades, se ainda trabalha-se a partir da noção de periculosidade? É certo que o chamado *louco infrator* oferece perigo? E como garantir que as demais pessoas não oferecem risco? “*A potencialidade de prejudicar a outrem, e em particular de cometer crime, é da essência da pessoa humana, ‘louca’ ou ‘sã’.* Perigosos somos todos, em tese [...].”(8:84), lembra Jacobina (2004), em seu artigo *Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica*(8).

A julgar pelo conteúdo dos artigos analisados, a noção de periculosidade, ainda que se esbocem alguns questionamentos e se alardeiem a necessidade de reavaliação desse conceito, segue permeando todas as discussões sobre crime e loucura, e, mais que isso, segue norteando expedientes jurídicos e intervenções médicas (e de outras áreas da Saúde) nesse campo. E como se não fosse suficiente tal apego a esse conceito e a sua aplicação aos considerados loucos, parece estar ocorrendo, nesta primeira década de século XXI, a extensão da noção de periculosidade a outros grupos: como, por exemplo, os dependentes químicos e os adolescentes em conflito com a lei.

Dois dos 15 artigos estudados alertam para a expansão do “grupo dos perigosos”. Em *Tratar ou punir: um estudo sobre o louco infrator, no cenário da Reforma Psiquiátrica*(7), publicado em 2003, Delgado e Kolker chamam atenção para o surgimento de um novo perfil de perigoso: “a figura do usuário-trafficante de drogas”(p.170). Bravo(14) alerta para “a possibilidade de que a noção de periculosidade, hoje aplicada aos criminosos declarados inimputáveis, possa se estender a outras áreas do sistema penal.”(p.8). Em relação aos usuários de drogas ilícitas, Bravo(14) cita os modelos de Justiça Terapêutica implantados em alguns estados “que indicam a obrigatoriedade do tratamento [...]. Caso o sujeito se negue a ser tratado, pode ser objeto de sanções penais.”(p.9). Tal expediente remete aos escritos de Foucault (1999) sobre um *biopoder* – com direito de vida e de morte. O poder soberano não recai apenas sobre a morte, a decisão soberana de ‘causar a morte’ e passa a estender-se sobre a vida, estabelecendo “políticas públicas por meio das quais poder-se-ia sanear o corpo da população, depurando-o de suas infecções internas” (DUARTE, 2008, p. 4). Além dos usuários de drogas consideradas ilegais, Bravo(14) também alerta para a extensão da periculosidade do *louco infrator* para os menores infratores, lembrando das discussões, recorrentes no Brasil, sobre a redução da maioridade penal.

Ainda sobre a questão dos jovens considerados perigosos, cabe fazer menção à recém-criada (decreto nº 53.427, de 16 de setembro de 2008) Unidade Experimental de Saúde – UES, espaço ligado à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, destinado a custodiar “adolescentes e jovens adultos, autores de atos infracionais graves, portadores de distúrbios de personalidade e de alta periculosidade[...]”(SÃO PAULO, 2008, s/p) após os três anos de reclusão na Fundação Casa, convertendo a medida sócio-educativa automaticamente em medida protetiva. Os jovens “portadores de distúrbios de personalidade e de alta periculosidade” passam a receber tratamento psiquiátrico em local com contenção – a despeito do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e da Lei da Reforma Psiquiátrica. O argumento da periculosidade é que justifica a internação do jovem no UES sem que ele tenha

praticado nenhum ato infracional e “após ter sido exaustivamente responsabilizado pelo ato infracional de outrora.” (GRUPO INTERINSTITUCIONAL, 2009, s/p). E, tal como acontece nos HCTPs, corre-se o risco de uma internação perpétua. O jovem que for enviado à UES, lá ficará internado até segunda ordem judicial. Tal instituição – “um híbrido de FEBEM/Manicômio Judiciário” (SANTA CRUZ, 2009, s/p), é um retrocesso nos avanços legislativos conquistados no Brasil com as Leis nº 8.069/90 (ECA) e 10.216/2001 (Lei da Reforma).

As discussões realizadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, que fomentaram uma nova legislação de proteção “[à]s pessoas portadoras de transtornos mentais” (BRASIL, 2001, s/p) e transformações técnico-políticas observadas na saúde mental nos últimos vinte anos no Brasil, têm nos conceitos de periculosidade e inimputabilidade mais um obstáculo a transpor, rumo à efetivação do princípio constitucional (BRASIL, 1988, p.15) de “Todos são iguais perante a lei”.

4.2 MEDIDA DE SEGURANÇA

*Isto é um veredicto!
- tomara que fosse um ultimatum
à casa dos mortos!
Bubu – A Casa dos Mortos*

A periculosidade atribuída historicamente à figura do louco faz com que a sociedade se ache no direito de exigir o controle sobre as ações futuras que esse indivíduo possa realizar, uma vez que ele é considerado incapaz de compreender seus atos e potencialmente perigoso. A suposta periculosidade do louco permite que a sociedade reivindique proteção para que tenha garantida a sua segurança – “[...] é no altar da ideologia da segurança pública que se tornam facilmente sacrificáveis a democracia e os direitos humanos.”(ARGÜELLO, 2005, p.2). É o conceito de periculosidade que justifica o instituto da medida de segurança – um mecanismo de defesa da sociedade, que colocará o “louco perigoso” em liberdade vigiada, sob tutela penal, com tratamento médico obrigatório, neutralizando sua periculosidade, visando à modificação de suas “disposições criminosas”. (FOUCAULT, 2000b, p.20).

A compreensão da criação da medida de segurança, bem como a discussão sobre a ambigüidade de sua finalidade e os discursos que a mantêm como um recurso ainda amplamente utilizado, em que pese as discussões da Reforma Psiquiátrica e, especificamente, a Lei nº 10.216, são necessárias em qualquer diálogo sobre os HCTPs. Dez dos 15 artigos selecionados para esta pesquisa, em algum momento, ainda que para encaminhamentos distintos, dedicam-se a tecer considerações sobre a medida de segurança – expediente jurídico aplicado aos inimputáveis em substituição à pena atribuída aos imputáveis, conforme o Artigo 26 do Código Penal (1984).

O artigo *Periculosidade: da norma médica à norma jurídica*(1), de Queirolo (1984), narra o nascimento das interlocuções entre Justiça Penal e Medicina Psiquiátrica – que tem, segundo a autora, a periculosidade como “*ponto de cruzamento*”(p.98), e apresenta a medida de segurança:

Em lugar de uma simples internação para tratamento psiquiátrico, utilizado para os loucos; em lugar da pena com duração fixada utilizada para os criminosos; o louco criminoso será internado em regime misto de preso e doente (vigilância absoluta e cuidados médicos) por tempo indeterminado. [...] Este internamento será agora denominado medida de segurança.(1:97)

Surge o questionamento: alguma internação psiquiátrica pode ser chamada de “simples”? Viver fora de seu território, banido de seu grupo (AGAMBEN, 2002), em uma *instituição total* (GOFFMAN, 2005) pode ser “simples”?

A ambigüidade que envolve o HCTP, bem como o caldeamento dos saberes médico e jurídico que caracterizam essa instituição, aparece no texto da autora, que chama de internamento (expressão geralmente relacionada a procedimentos médicos) o expediente jurídico que é a medida de segurança. A autora considera a medida de segurança “*‘algo a mais’ entre as formas de controle da criminalidade*”(1:97), onde é possível “*apurar-se que o indivíduo tem novamente condições de viver no meio social, de acordo com as regras vigentes nesse meio, a saber: sem praticar novos crimes.*” (idem) e também acredita que “*durante a medida de segurança, se lançará mãos de meios de tratamento (médicos, diga-se de passagem) que possibilitem a ‘cura da periculosidade’*”(1:98). Trata-se da crença em um tratamento de tutela e custódia, apoiado na inimputabilidade-periculosidade do sujeito, o que justificaria sua separação da comunidade, e na suposta terapêuticidade da instituição psiquiátrica judiciária. (BARROS, 1994). Em 2009, após décadas de denúncias e problematizações sobre manicômios de todo tipo, será possível crer na eficácia e/ou beneficência dos serviços prestados pelos manicômios judiciários brasileiros, tal como a autora fez em 1984?

Esse artigo(1) foi publicado no ano da Reforma do Código Penal Brasileiro, em que, com a adoção do sistema vicariante, a medida de segurança passa a ser aplicada exclusivamente aos inimputáveis – extinguindo o sistema duplo-binário, onde seria possível a presunção de periculosidade e a aplicação de medida de segurança aos imputáveis (MARCHEWKA, 2003). O texto(1) não apresenta discussões sobre a Reforma Penal e como conclusão apresenta que o encontro da Psiquiatria com a Justiça Penal foi eficaz em alguns aspectos: uma vez que distribuiu os poderes, “*expandiu o raio de ação da justiça sobre a criminalidade*”(p.98) – embora não tenha alcançado “*uma contenção dos níveis crescentes da criminalidade.*”(p.98). Justificado ou não pelo fato de se tratar de uma produção na área do Direito, não há problematização sobre a qualidade do “tratamento” dispensado àqueles que cumprem medida de segurança, o que fica evidente é a preocupação com a eficácia do encontro entre Psiquiatria e Justiça em relação ao controle da criminalidade, talvez como forma de tranquilizar a sociedade, a partir do “isolamento por medida administrativa”(FOUCAULT, 2000b,p.259) daquele que oferece risco.

Vinte anos depois da Reforma do Código Penal, após a promulgação da Lei nº 10.216 (2001), o artigo de Jacobina (2004), intitulado *Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica*(8), apresenta uma ‘sentença’: “*Medida de segurança e reforma psiquiátrica – a impossível conciliação.*”(8:81). O autor, ao localizar a loucura dentro do Sistema Penal Brasileiro, demarca as contradições entre a Lei da Reforma e a Lei de Execução Penal – que determina a aplicação de medida de segurança àquele 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.” (BRASIL, 1984). O autor chama atenção para o fato de que “*o direito brasileiro contemporâneo prorroga a jurisdição da justiça criminal para que a doença possa sofrer um julgamento penal e ser punida – sendo esse o significado do instituto da medida de segurança.*”(8:69).

Jacobina(8), chama de “*imprópria*”(p.77), a absolvição que recebem os considerados “loucos perigosos”, uma vez que há absolvição com aplicação (imposição) de medida de segurança. “*Como garantir a pessoalidade (a pena não deve passar da pessoa do condenado) se o louco deve ser absolvido e depois apenado?*”(8:76), questiona o autor que considera que

[e]stabelecer, portanto, a constitucionalidade de um direito penal dirigido ao inimputável, e baseado na periculosidade social (juízo para o futuro) e não na culpabilidade (juízo para o passado) é muito complicado, do ponto de vista da afinção com a Constituição vigente. [...] aplicar-lhe uma medida de segurança é, em igual medida, complicadíssimo.(8: 76)

Na parte final do artigo(8), o autor apresenta argumentações, especialmente calcadas na *“reforma psiquiátrica – e sua projeção no mundo jurídico”*(p.82), de que *“não se pode defender que internar alguém coativamente [...], por ordem judicial de um juiz criminal, com base numa presunção de periculosidade [...] seja considerado medida terapêutica.”*(8:82). Se não é para fins terapêuticos, uma vez que os HCTPs seguem vinculados ao Sistema Penal e não são assistidos pelo SUS – o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (2005 a) ainda segue como plano e não como prática realizada, *“[n]ão há como ocultar, portanto, que essa medida não se dá em benefício do portador de transtornos mentais, mas que se dá tão-somente em favor da sociedade que se considera agredida e ameaçada pelo inimputável que cometeu um fato descrito pela lei como típico.”*(8:82). Legislações como a que determina a aplicação de medida de segurança aos considerados inimputáveis, vinculadas ao “velho discurso da ‘lei e da ordem’” (ARGÜELLO, 2005, p.1) são a expressão do “desejo de vingança” dos “cidadãos de bem”. (idem). A internação compulsória em uma *instituição total* como o HCTP, bem como o estigma criado como esse tipo de medida, é a resposta da sociedade por ter sido ultrajada pelas ações consideradas inadequadas praticadas pelo doente mental. (GOFFMAN, 2005).

A constatação da incompatibilidade entre medida de segurança e Reforma Psiquiátrica apontada por Jacobina(8), que indica que *“[c]om o avanço filosófico, clínico e jurídico representado pela reforma psiquiátrica, a própria natureza da medida de segurança deve ser repensada.”*(p.83), encontra eco em outro artigo objeto desta pesquisa. Em *Direitos das pessoas com transtorno mental autora de delitos*(13), escrito por profissionais da área do Direito e da Saúde Pública, os autores (CORREIA *et al*, 2007) expõem a necessidade de revisão de conceitos como a inimputabilidade e a conseqüente aplicação de medida de segurança. *“Considera-se que os dispositivos do Código Penal que criaram a inimputabilidade e a medida de segurança estão ultrapassados e inadequados, necessitando de mudanças que passem a considerar todas as pessoas como efetivamente iguais perante a lei [...]”*(13:6).

Está no artigo 5º da Constituição Federal: *“Todos são iguais perante a lei.”* (BRASIL, 1988, p.15), de forma que não há justificativa legal para o tratamento “desigual” recebido pelos chamados inimputáveis. Os autores (artigo 13) chamam atenção para o fato de que repensar a medida de segurança, incluindo todos os discursos e instituições que alimentam tal modelo *“implica também a discussão de um modelo de justiça penal e de sociedade, a qual deve ter um caráter solidário e inclusivo que lhe permita resolver seus*

conflitos por meio de outros caminhos que não os da punição e da violência institucional.”(13:9). Para além da mera punição, novos campos se abrem para que atos infratores sejam assumidos e reparados, em espaços de discussões, de diálogo. A oportunidade de responsabilização por parte do infrator, a possibilidade de mediação entre as partes atingidas (infrator, vítima, comunidade, Justiça, etc.), dentre outros procedimentos possibilitados pela chamada Justiça Restaurativa, podem apontar “uma justiça criminal participativa que opere real transformação, abrindo caminho para uma nova forma de promoção dos direitos humanos e da cidadania, da inclusão e da paz social, com dignidade.” (PINTO, p.27, s/d). Cada indivíduo, ao ser ouvido, ao poder responder por seus atos, tem garantido sua singularidade, sua expressão, deixa de ser somente um “caso” – dentro de “um sistema de registro intenso e de acumulação de documentos.” (ARGÜELLO, 2005, p. 15).

O artigo *As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator*(12), escrito por dois enfermeiros e uma advogada, em 2006, ao avaliar a atitude de profissionais de Enfermagem no cuidado com o “psicótico-infrator”(12), questiona: medida de segurança – “*tratamento ou punição?*”(p.4). A partir desse questionamento, os autores dedicam-se a explicar medida de segurança “*à luz do direito*”(p.4): “*as medidas de segurança não têm caráter repressivo e muito menos penal. São medidas preventivas e terapêuticas [...].*”(p.4), embora reconheçam que a finalidade terapêutica (se que é de fato ela exista) não é cumprida pelos HCTPs. Prosseguem, no artigo(12), as explicações jurídicas que diferenciam pena de medida de segurança e imputável de inimputável. Historicamente, a “*singularidade do louco-infrator*”(p.5) fez com que fosse necessário outro destino que “*não a pena/prisão*”(p.5), de forma que, a medida de segurança surge “*como solução a essa problemática.*”, escrevem os autores, sem nenhum tipo de questionamento à aplicação de medidas de segurança, ainda que reconheçam a falência da suposta finalidade terapêutica de tal expediente.

Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia(15), artigo publicado na revista *Psicologia: ciência e profissão*, por Dantas e Chaves (2007), dedica um parágrafo à apresentação e discussão da medida de segurança. Os autores iniciam afirmando que “[*a*] *medida de segurança não é prevista no Código Penal brasileiro como uma modalidade de sanção e sim, como um meio de defesa social*”(15:6), e ressaltam que o tempo de permanência do *louco infrator* tem duração mínima de três anos, podendo o sujeito ficar internado por tempo “*quase infindo.*”(idem). No âmbito jurídico, há discussões sobre a natureza da medida de segurança, sobre seu suposto caráter terapêutico. “Embora se insista em negar às medidas de segurança o caráter de sanção penal (...) é assente seu o caráter

especificamente penal".(PRADO, 2005, v.1, p.743). Diante dos relatos de maus-tratos nos HCTPs, da ineficácia comprovada de tratamentos em regime asilar, diante das diretrizes da Reforma que apregoam a inserção de toda pessoa na comunidade, não é mais possível a defesa do caráter terapêutico da medida de segurança. Sob a égide médica, as instituições psiquiátricas têm, conforme relata a bibliografia clássica, se dedicado a “uma prática secular de contenção, moralização e disciplinarização de indivíduos socialmente desviantes.” (CARRARA, 1998, p.27).

O artigo 97 do Código Penal, em seu parágrafo primeiro, determina que “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.”(BRASIL, 1984), de forma que “tempo indeterminado” pode significar “a vida toda” do sujeito a quem a medida de segurança foi aplicada, uma vez que a “cessação de periculosidade”, condição *sine qua non* para a saída do HCTP, depende de um laudo psiquiátrico a ser aceito pelo juiz, que determinará o fim da medida de segurança. Se o médico psiquiatra considerar o sujeito que cumpre medida de segurança ainda “perigoso” após o prazo mínimo de internação, “oferecendo risco a sociedade”, seguirá o *louco infrator* em “tratamento” no HCTP. “Absolvidos, mas considerados imprevisíveis e irresponsáveis, os inimputáveis continuam a ter como destino mais provável a internação perpétua.” (KOLKER;DELGADO, 2003, p.169).

O artigo(15) aponta como “[u]ma das maiores dificuldades nessa área”(p.6), as relações entre Justiça e Saúde, a que chama de “*conflituosas*”(p.6), embora não especifique que conflitos são esses. E, os autores encerram o parágrafo sobre medida de segurança ressaltando a responsabilidade dos juízes sobre o “tempo indeterminado” de permanência no HCTP: “*Vale ressaltar que, a julgar pelos constantes indeferimentos dos juízes, os quais muito pouco levam em conta os pareceres médicos que opinam favoravelmente à desinternação.*”(15:6). O artigo não apresenta maiores discussões sobre o possível conflito entre Justiça e Saúde a que faz menção, tampouco cita as fontes ou referências que os fazem afirmar que os juízes muito pouco consideram os pareceres médicos. Rauter (2003) salienta que existem relações estreitas entre Psiquiatria e Justiça Penal desde, pelo menos, o início do século XIX e que enquanto a Justiça somente tem poder de atuação sobre o delito já cometido, “a psiquiatria aparece como capaz de prevê-lo em função de critérios de periculosidade definidos ‘cientificamente’.”(p.113). A avaliação, o laudo psiquiátrico, é o motor da medida de segurança. O laudo psiquiátrico, segundo Foucault (1987), encontra função na introdução das “infrações no campo dos objetos susceptíveis de um conhecimento científico”(p.20)

fornecendo um poder de punição justificável sobre o que fazem, e podem vir a fazer, sobre o que são, e podem vir a ser, os indivíduos. (idem).

Dois artigos, dentro os selecionados como objeto desta pesquisa, ambos da área da Psiquiatria, a saber: *Periculosidade e responsabilidade penal na esquizofrenia*(9), de Barreto *et al* (2004) e *Responsabilidade penal nos transtornos mentais*(10), de Valença *et al* (2005), reforçam a necessidade de uma avaliação psiquiátrica “bem feita” para a aplicação, por parte do juiz, da medida de segurança:

A avaliação psiquiátrica realizada na perícia psiquiátrico-forense é fundamental, auxiliando a autoridade judicial a determinar o cumprimento de pena ou a medida de segurança [...].(9:308)

A avaliação da responsabilidade penal é de extrema importância para que se possa aplicar, a cada caso, medidas de segurança e sanções penais e correccionais adequadas.(10:328).

Os autores dos dois artigos não questionam a finalidade ou o propósito da medida de segurança, embora citem autores que vêem certo “*caráter probabilista*”(9:304) na avaliação de periculosidade “*uma vez que o comportamento humano não se sujeita a leis dedutivas ou preditivas de certeza.*”(idem) e recomendem “*prudência ao juiz na opção do que é mais necessário ao condenado*”(10:333), uma vez que reconhecem a “*precariedade de nossos sistemas carcerários e psiquiátricos.*”(idem). A avaliação, considerada falha e não “*certeira*” pelos autores segue sendo considerada parte importante – e ainda o é, na condução do destino dos considerados inimputáveis. Lembrando que, “o exame transforma cada indivíduo em um ‘caso’, de modo a ser descrito, medido, comparado, classificado, treinado ou retreinado, excluído, normalizado”, escreve Argüello (2005, p. 15), parafraseando Foucault em *Vigiar e Punir*. Perde-se o sujeito, ganha-se um caso, um processo.

O artigo *A crueldade da medida de segurança*(5), escrito por Paim (1997), também da área da Psiquiatria, debruça-se sobre o tema na medida de segurança de forma curiosa. O autor acredita que tal medida é adotada de forma indiscriminada pelos juízes, que “[*a*] *medida de segurança acarreta, de imediato, a restrição da liberdade, entregando os enfermos de mãos atadas à escravidão psiquiátrica.*”(p. 516) e disserta sobre a falência e a ineficácia do sistema prisional, e ainda, afirma que “[*...*] *sempre existiram os defensores da coerção psiquiátrica rotulada de assistência e tratamento. Quando se trata de enfermos submetidos a medida de segurança, é quase certo que ele nunca mais será libertado.*”(p.520), o que leva a crer, inclusive pelo próprio título do artigo, que trata-se de um defensor dos direitos humanos e da aplicação das diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica. Mas a continuidade da leitura revela os posicionamentos – ora contraditórios, ora coerentes – do autor.

O artigo possui um estilo de redação que deixa dúvidas em alguns momentos sobre o real posicionamento do autor sobre o tema. Frases de impacto como as utilizadas em relação aos chamados psicopatas: *“Esses são os casos [...] que deveriam ser eliminados sumariamente do meio social [...]”*(p.520) ou *“São galhos podres que deveriam ser extirpados de maneira sumária.”*(p.517), inicialmente, chegam a gerar dúvida. O autor estaria utilizando-se da ironia como recurso lingüístico para chamar atenção ao tema da suposta periculosidade de alguns sujeitos ou é essa a opinião do autor, exatamente como está escrito no artigo, por mais que cause estranheza a defesa pública da “pena de morte”, por parte de um médico, aos *“criminosos irrecuperáveis”*(p.517)? Também provocam questionamento algumas afirmações realizadas pelo autor ao longo do texto: *“Até alguns anos passados, esses criminosos eram enviados ao Manicômio Judiciário, mas, como tal instituição sofreu deformações insanáveis, foi extinta. Em sua substituição não resta senão as clínicas psiquiátricas.”*(5:519). Que “deformações insanáveis” passou o Manicômio Judiciário? Onde eles foram extintos? Clínicas psiquiátricas os têm substituídos? Tratam-se de figuras de linguagens, recursos lingüísticos, não compreendidos pelo leitor? O que quis dizer o autor com tal afirmação?

A condução do texto(5) revela o entendimento de que a medida de segurança é cruel, quando aplicada àqueles *“incapacitados temporariamente de entender o caráter delituoso do ato praticado”*(p.520), ou quando aplicada de forma indiscriminada a *“pequenos traficantes”*(p.521) – aos *“seres indefesos que, além de serem afastados do convívio familiar, são inteiramente esquecidos pela Justiça e pela Sociedade.”*(idem), e é ineficaz se aplicada aos *“criminosos por motivos genéticos”*(p.517), à *“parcela de criminosos irrecuperáveis, representada pelos psicopatas.”*(idem) – que são *“[o]s únicos indivíduos realmente perigosos e que reincidem na práticas de crimes [...]”*(p.520).

O autor, médico psiquiatra, defensor da separação de competências do juiz e do perito em seu artigo(5), do estabelecimento de *“linhas divisórias nítidas entre o campo da perícia psiquiátrica forense e as atribuições da Justiça.”*(p.518), inicia seu texto apresentando a diferenciação entre pena e medida de segurança (matéria do Direito) e fornece várias orientações para que o juiz realize seu trabalho de forma competente e eficaz: *“[O magistrado] deve abandonar qualquer concepção de ‘tipos’ de criminosos e ‘leis’ criminológicas.”*(p.519), assim como *“[d]eve o magistrado manter-se adstrito à psicologia que emana da própria experiência. [...] exercem influência certas concepções de escolas psicológicas de influência sensacionalistas, como a psicanálise, o behaviorismo, a psicologia da forma, o estruturalismo.”*(idem).

Também da área da Psiquiatria, Dantas Jr (1987) em seu artigo *O Manicômio Judiciário e o conflito de identidade da Psiquiatria*(2), dedica-se à exposição e discussão do tema da medida de segurança. O autor faz a distinção jurídica entre pena e medida de segurança, lembrando o caráter preventivo atribuído à medida de segurança: “[É] puro prognóstico, não se refere ao ato, nem ao autor, mas ao homem. Enquanto a pena mira o passado e é determinada pela culpa, a medida de segurança mira o futuro e é determinada pela periculosidade.”(2:104). O autor fala de um possível conflito de identidade da Psiquiatria em relação aos manicômios judiciários. Nesse espaço, oficialmente vinculado ao Sistema Penal, “[a]o mesmo tempo que tratamos de doentes mentais na tentativa de ressocializá-los, contraditoriamente contribuimos para que lhes seja dada uma nova identidade estigmatizada.”(2:106). Essa instituição híbrida que é o HCTP, é passível de crítica pela figura do psiquiatra uma vez que nos manicômios criminais “[e]le não poderá aplicar totalmente a tecnologia disciplinar característica do hospício e nem poderá decidir autonomamente sobre o destino desta classe de alienados, ficando as internações e altas a critério do juiz.”(RAUTER, 2003,p.49).

Os saberes e os discursos jurídicos e psiquiátricos, imiscuídos com freqüência nas discussões sobre HCTPs e temas correlatos, aparecem também entrelaçados nas falas do autor:

Como não é possível determinar com antecedência o tempo que o paciente permanecerá hospitalizado, fica claro que essa medida não é determinada por razões exclusivamente terapêuticas. Ela é, também, no plano de sua aplicação concreta, reclusiva. Até porque é determinada pela autoridade judicial.”(2: 104).

Embora a medida de segurança, instrumento que determina na prática o tempo de permanência do interno, devesse ser predominantemente terapêutica, o seu prazo parece ser determinado por razões jurídicas. A observação superficial nos dá a impressão de que esse prazo é determinado mais em função da gravidade do crime – adquirindo, dessa forma, um caráter claramente reclusivo.(2:105)

Em que pese alguns autores mencionarem um possível conflito entre Justiça e Psiquiatria, as duas áreas vêm mantendo relações estreitas há mais de um século e compartilhando espaços de atuação – o discurso médico veio “oferecer ao Estado uma tecnologia de gestão e controle sobre as populações que não se dará pela repressão, mas como complemento de programas de higienização e de saúde pública, ganhando um caráter técnico-científico.”(RAUTER, 2003, p.42). A Medicina, ao vincular periculosidade e doença mental, “produziu, ao mesmo tempo, a necessidade de identificar juridicamente e de criar o lugar adequado para custódia e gerência da doença mental.”(BARROS, 1994, p.189). As duas áreas vêm dialogando desde o século XIX e fortalecendo-se mutuamente com essa aliança, infligindo um saber/poder sobre as demais áreas e sobre todos os indivíduos.

O autor(2) defende que “*a sociedade pode reivindicar o direito de punir como forma de se proteger*”(p.106) – como lembra Foucault (2003). Há um “sistema de trocas entre demanda do grupo e o exercício do poder” (p.99) a reger a “penalidade aplicada às virtualidades dos indivíduos.”(idem), embora Dantas Jr (1987) assumira que “*a reclusão do inimputável pode ser ainda mais severa, penosa e longa que a própria pena do imputável*”.(2:106).

Autores da Saúde Pública, Peres e Nery Filho (2002), escreveram o artigo *A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, periculosidade e medida de segurança*(6), artigo utilizado na primeira parte desta pesquisa e, também, objeto de análise deste trabalho, uma vez que cumpre os critérios estabelecidos (pertinência e relevância ao tema e disponibilidade na base de dados BVS/BIREME). O artigo(6) realiza análise dos códigos penais brasileiros e de textos de juristas sobre a questão da “doença mental”, bem como discute os conceitos que mantêm o *louco infrator* em um lugar ambíguo. “*A medida de segurança inaugura, no campo do direito penal, a possibilidade de atuação frente à loucura, uma atuação travestida de tratamento e, em discurso, desprovida de aflição.*”(6:347), lembrando a discussão de juristas que consideram medida de segurança tratamento e outros que a consideram ainda mais punitiva que a pena, devido ao seu caráter indeterminado. Os autores versam sobre a fragilidade da medida de segurança, uma vez que ela baseia-se na periculosidade – “*probabilidade, suposição, hábito*”(p.353) e são contundentes, ao final do artigo, quanto aos critérios de utilização da medida de segurança:

Para que ela seja aplicada, é suficiente a ‘razoável suspeita’ ou a ‘fundada suposição’ e, em se tratando de perigosos, não se aplica o clássico critério de solução da justiça in dubio pro reo, mas sim o in dubio pro republica.(6:354)

Há uma lei maior, a Constituição, que pela enumeração de direitos e garantias fundamentais, impossibilita a aplicação da medida de segurança ou a torna inconstitucional. Há também a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001) que é contrária à internação e, logo, derroga a Lei de Execução Penal (1984) – que prevê a aplicação de medida de segurança ao *louco infrator*. Mas a perpetuação do instituto sob a alegação da necessidade (estado de necessidade) em virtude da periculosidade potencial do *louco infrator*, inibe a aplicação das leis supracitadas. A decisão mistura fato e direito.

Partindo dos escritos de Giorgio Agamben (2002), pode-se dizer que o poder soberano (no caso, dos HCTPs, o poder psiquiátrico e o poder jurídico) faz da medida de segurança uma exceção à lei, uma suspensão dos direitos e garantias fundamentais. A vida do *louco infrator* é despida de seu caráter político, para que ele (o louco) seja “matável”, para

que seja excluído, banido, abandonado. A *medida* não é apenas uma questão *de segurança* da sociedade, de proteção contra uma potencial periculosidade (poder disciplinar). Ela é a perpetuação de um poder soberano que tenta fazer da decisão de vida e morte, de liberdade e internação, a própria inscrição de uma identidade pretensamente saudável do bando (biopoder). “A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura.” (FOUCAULT, 2000a, p. 305).

4.3 PRISÃO E/OU HOSPITAL

Estes pregos com os bicos para cima, a vedação e o próprio pavilhão oferecem aquele aspecto característico, triste e repulsivo, que no nosso país apenas os hospitais e as prisões apresentam.
Anton Tchekov – *Enfermaria n° 6*

O HCTP reúne características de duas das *instituições totais* descritas por Goffman (2005): a prisão e o hospital. Em defesa da sociedade, a aplicação de medida de segurança retira o indivíduo da comunidade, de seu território, e se propõe a tratá-lo até que sua potencial periculosidade seja cessada. Sérgio Carrara (1998) dedica-se, em sua obra *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*, a estudar essa instituição, e desde sua primeira visita a uma delas, a define como “uma instituição híbrida e contraditória, de difícil definição.” (p.21).

Os HCTPs caracterizam-se por ser, em um só espaço e ao mesmo tempo, hospital e prisão. E, ainda, como relatam os escritos de quem visita uma dessas instituições, conseguem reunir “o pior do pior” – o pior do manicômio e o pior da prisão (como anuncia a Campanha do CFP), uma vez que seus internos nem se beneficiam de indultos ou reduções de penas destinados aos presos comuns, tampouco têm sido contemplados pelas políticas públicas oriundas do movimento da Reforma Psiquiátrica. O chamado *louco infrator* encontra-se entre o modelo jurídico-punitivo e o modelo psiquiátrico-terapêutico, dentro de uma instituição designada ao tratamento e à contenção (CARRARA, 1998), em um campo entre a Medicina e a Justiça, entre guardas e terapeutas, em uma “terra de ninguém” (nem

bem prisão, nem bem manicômio), em meio a conflito de saberes e competências, em um jogo cruel onde não há nem absolvição nem tratamento (SZASZ, 1963), “que designa um ser cuja vida nada vale, uma vida matável [...]” (SEQUEIRA, 2006, p. 1).

Condenada duplamente, a figura ambígua do *louco infrator* (ora doente, ora criminoso), sob a tutela da Justiça e o discurso da Psiquiatria, com sua vida “matável” – banido do mundo dos homens e do mundo dos deuses (AGAMBEM, 2002), entregue a uma *instituição de (duplo) seqüestro*, aparece refletida em discursos confusos, contraditórios, eufemísticos (tal como a instituição a que se referem) contidos nos artigos selecionados para este trabalho.

Cumprindo um dos objetivos específicos desta pesquisa, foram identificadas nos artigos selecionados as expressões utilizadas para se referir ao *louco infrator* e ao HCTP. Em um primeiro olhar, já é possível verificar como as nomenclaturas utilizadas ilustram a ambigüidade e a ambivalência que permeiam os discursos sobre o *louco infrator* e a instituição onde ele cumpre medida de segurança. É doente ou é criminoso? Está na prisão ou está internado para tratamento? Quem é ele? Que lugar é esse?

As expressões escolhidas pelos autores dos artigos selecionados, de forma geral, adotam a duplicidade da condição daquele que nesta pesquisa vem sendo chamado de *louco infrator* (sempre em itálico, denunciando certo desconforto ou desconfiança com a expressão adotada). A maioria dos artigos refere-se à “porção paciente/louco” e à “porção infrator/criminoso” dos sujeitos em questão: “*louco criminoso*”(1;6;12); “*doente mental criminoso*”(1); “*preso-paciente*”(1); “*doente mental que comete um crime*”(2); “*louco infrator*”(4;7;11;13;15); “*louco delinqüente*”(4); “*doente mental que praticou um ato delituoso*”(5); “*doente mental criminoso*”(6); “*loucos que cometem crimes*”(6); “*alienado criminoso*”(6); “*criminoso-louco*”(6); “*doentes mentais delinqüentes*”(6); “*pacientes mentais que cometem delitos*”(7); “*internados sob custódia judicial*”(7); “*internados por medida de segurança*”(7); “*doente mental que venha a praticar crime*”(8); “*portadores de transtornos que tenham cometido crime*”(8); “*inimputável que cometeu um fato descrito pela lei como típico*”(8); “*louco que ‘passe ao ato’*”(8) “*homicidas anormais*”(9); “*pessoas portadoras de distúrbios mentais que cometeram algum delito*”(11); “*psicótico-infrator*”(12); “*pessoas com transtorno mental autoras de delito*”(13); “*portadores de doença mental e declarados legalmente inimputáveis*”(14); “*internos que cumpriam medida de segurança*”(14). Também são utilizadas expressões que geralmente estão relacionadas a tratamento: “*paciente*”(2;3;7;9;15); “*interno*”(2;3;7;11;15); “*enfermo*”(5;8); “*doente mental*”(5); “*internados em HCTP*”(7); “*interno/paciente*”(15), assim como observa-se o uso

de expressões relacionadas ao universo jurídico-penal: “*agente inimputável*”(9); “*pericianda*”(9); “*acusado*”(10); “*periciando*”(10); “*condenado*”(10); “*apenado*”(13;14); “*sujeitos que cumprem medida de segurança*”(14); “*sujeitos considerados legalmente inimputáveis*”(p14); “*segurado*”(14), “*periciado*”(14).

Partindo do pressuposto de que nenhuma expressão, uma vez que é elemento de linguagem, é escolhida de forma aleatória ou inocente – “está engajada numa intencionalidade” (BRANDÃO, 2002, p.12), somente a análise das nomenclaturas utilizadas, dentro dos contextos discursivos que se encontram, já renderia um trabalho à parte. Não é esse o objetivo desta pesquisa – que apenas se propõe, em um de seus objetivos específicos, a descrever as nomenclaturas eleitas e utilizadas nos artigos analisados; mas algumas observações talvez mereçam destaque.

A expressão *louco infrator*, adotada no texto desta pesquisa, vem sendo usada com frequência em textos científicos recentes na área, e é utilizada em programas pioneiros, como o PAILI (Programa de Atendimento Integral ao Louco Infrator – GO) e no Relatório do Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2002), sendo vista pela primeira vez no artigo de Delgado (1992), artigo 4 desta pesquisa. Essa denominação foi utilizada em cinco dos artigos estudados.

A expressão *homicidas anormais*(9) chama a atenção. Ela aparece uma vez no referido artigo, em itálico, mas sem citar uma possível fonte e sem problematizações sobre seu uso, que vem complementada por “*isto é, portadores de doença mental*”(9:304), o que gera certo desconforto: portador de doença mental é sinônimo de homicida, de “homicida anormal”? É digno de nota também que um artigo(10) escrito por um grupo de psiquiatras utilize durante todo o texto somente expressões relacionadas ao meio jurídico-penal, como *acusado*, *periciando* e *condenado*. Os psiquiatras abriram mão de seu espaço, de expressões reconhecidas em sua área, dentro das instituições de custódia e tratamento? O artigo 14, escrito por um psicólogo, também faz uso, em quase todo texto, de expressões como *apenado*, *periciado* e *segurado* – essa última, somente utilizada por esse autor. Etimologicamente, a palavra *segurado* está relacionada a garantias e benefícios, de forma que causa estranheza a adoção dessa expressão para se referir àqueles que historicamente têm se encontrado em situação de “*deteriorização individual e social*”(14:1), nas palavras do próprio autor. Que benefícios e garantias têm sido destinados a essas pessoas – “*o setor mais castigado do sistema penal*”(14:9)?

Para fazer referência à instituição, em quinze dos 13 artigos selecionados, faz-se uso das expressões *manicômio judiciário* e/ou *HCTP* – que são os nomes utilizados no

Código Penal Brasileiro (sendo HCTP adotado após a reforma de 1984, em substituição ao nome manicômio judiciário). Com exceção de uma aparição da palavra manicômio(7) e de asilo(1), todas as outras nomenclaturas utilizadas nos artigos selecionados, fazem referências à prisão/justiça e à noção de tratamento: “*prisão-asilo*”(1); “*instituição psiquiátrica-penal*”(3); “*hospital psiquiátrico-penal*”(3); “*casa de custódia e tratamento*”(5); “*manicômio criminal*”(6); “*hospital de custódia e tratamento*”(6;14); “*hospitais de custódia*”(7;11); “*hospitais psiquiátricos-penais*”(7).

Na adoção do nome para designar a instituição que abriga àqueles que cumprem medida de segurança parece estar naturalizada a união entre prisão e hospital psiquiátrico, mas essa dualidade, essa ambigüidade inerente ao HCTP, segundo o que se apresenta nos artigos selecionados como objeto desta pesquisa, nem sempre ocorre sem conflitos.

No artigo 1, da área do Direito, a autora (QUEIROLO, 1984) parece ver no manicômio judiciário uma forma de proteção da sociedade, uma vez que distribuiu poderes e responsabilidades, ampliou a ação da Justiça sobre a criminalidade e da Medicina sobre a Justiça Penal e, “*porque a aliança, sob a roupagem de prevenção, expandiu o controle geral sobre a criminalidade, via periculosidade.*”(p.98), embora tenha se mostrado ineficiente na “*contenção dos níveis crescentes de criminalidade.*”(p.98). Não há no artigo questionamento sobre as condições do tratamento oferecido (e se é oferecido) ou sobre a necessidade/finalidade da medida de segurança. Fica evidente a preocupação com a redução das taxas de criminalidade e não com a saúde dos indivíduos. “*Isolar o louco é medida fundamental para a segurança do meio social, dada a imprevisibilidade de sua conduta.*”(1:93) A autora, durante todo o artigo, não contesta essa sentença. “*O criminoso perigoso é submetido a tratamento durante o curso da realização da medida de segurança, para que não torne a delinquir.[...] se lançará mão de meios de tratamento (médicos, diga-se de passagem) que possibilitem a ‘cura da periculosidade’.*”(1: 98) A autora não parece questionar a periculosidade, talvez apenas duvide que haja cura para ela.

No escrito de vários autores revela-se a punição/detenção disfarçada de tratamento que é a medida de segurança. O artigo 2 (Dantas Jr, 1987), da área da Psiquiatria, descreve o Instituto Penal de Pernambuco desde sua planta, como um ambiente prisional, com “*grades, inclusive nos alojamentos dos pacientes, muros altos e guaritas de segurança.*”(2:104). E no tocante ao tratamento, não é o caráter terapêutico que norteia as ações: “[...] *se a periculosidade do agente for determinada pela doença, sua prevenção – a medida de segurança – deveria ser essencialmente terapêutica. E, na verdade, nem sempre o é.*”(2:104). A ambigüidade da instituição encontra-se desde a entrada do “*doente mental que comete um*

crime”(2) no manicômio penal: “*O paciente é mandado ao Manicômio Judiciário não apenas porque está doente e necessita de tratamento, mas também porque cometeu um crime e é considerado perigoso para o convívio social.*”(2:104) – há isenção da pena e, paradoxalmente, a condenação por “ser doente.”

O artigo(8) de Paulo Jacobina (2004), aponta para o fato de o HCTP, um “hospital”, estar vinculado ao Sistema Penitenciário e não ao Sistema Único de Saúde. Esse fato já invalida o argumento de que a medida de segurança não tem caráter punitivo. O autor afirma que “[...] *a entrega do louco ao ambiente manicomial apenas o cronifica.*”(8:74) – não há tratamento nesse tipo de instituição. Jacobina ironiza, ao final de seu texto: “[...] *só um louco defenderia a internação compulsória como terapia bastante para a reinserção do ininputável.*”(8:82), e ainda conclui o autor que “*essa medida só se dá tão-somente em favor da sociedade que se considera agredida e ameaçada pelo ininputável[...].*”(idem).

Tratamento ou punição? Essa pergunta é lançada no artigo 12, escrito por enfermeiros com a colaboração de uma advogada. Os autores (SANTOS *et al*, 2006) apresentam a instituição vinculada à Secretaria de Justiça, por conta disso, consideram que o HCTP “*é uma instituição protetora da sociedade retendo aqueles que, em decorrência de transtorno mental, violaram as leis de sociabilidade civil [...].*”(12:4). O desenvolver do texto leva a crer que não é somente em liberdade na sociedade que o “*psicótico-infrator*” oferece risco – também dentro do ambiente institucional ele representa perigo: “*Nesse ambiente de tensão, o profissional é obrigado a estar alerta a todo o tempo [...]. Além de atuar com profissional da saúde na promoção do bem estar dos internos, ele se coloca como guardião de sua vida e dos seus colegas de trabalho.*”(12:8), relatam os autores, que alertam que certos objetos podem virar armas, dentro do HCTP, e serem utilizadas contra os profissionais que lá trabalham.

A atitude do profissional de Enfermagem em relação ao *louco infrator*, relata ainda o artigo 12, depende da definição que ele faz da “*clientela*”(12:9): *apenas doentes, doentes criminosos, apenas criminosos*. A sociedade é capaz de acolher e “perdoar” o doente, mas é implacável com os “perigosos”: “[...] *o doente mental é visto como alguém de quem se deve ter pena, e o criminoso é aquele que desperta ódio e revolta da sociedade.*”(3:109), escreveu Ibrahim (1988). Semelhante constatação é encontrada no artigo 12, de Santos *et al* (2006): “*São doentes, quando se apresentam debilitados, deprimidos ou em surto psicótico, despertando na equipe compaixão, desejo de cuidar, etc. E criminosos, quando se colocam de forma ameaçadora e representam algum tipo de perigo iminente à vida de alguém da equipe.*”(12:7).

Foucault (2002) apresenta que a Justiça deixou de assumir publicamente a violência relacionada ao seu exercício de punição, e dessa forma, novas figuras surgiram como instrumento de controle e correção, entre elas, os médicos. O HCTP, segundo os artigos analisados, embora esteja em terreno limítrofe entre dois saberes/poderes, parece estar mais associado a uma instituição penal, inclusive encontrando na figura do psiquiatra um aliado na manutenção do caráter repressivo e de contenção encontrado nessa instituição:

[...] o discurso psiquiátrico prevalece sobre o jurídico, desde o momento em que a justiça cede seu lugar à psiquiatria na determinação da responsabilidade penal e imputabilidade dos sujeitos. Porém, o discurso da psiquiatria não mantém uma lógica clínica baseada no diagnóstico e no prognóstico clínico, senão que assume um lugar jurídico de julgamento e sanção.(14:7)

Enquanto os profissionais da Saúde seguem com medo do “lobo mau”, abrindo mão da ética profissional em prol de um discurso “em defesa da sociedade” – como se *os loucos infratores* também não fosse parte dela, pouco pode ser realizado em nome do “cuidar”.

4.4 PERSPECTIVAS PRÁTICAS

*a rua nos interessa
a nós o que é nosso
Chacal – à rua*

Face à Lei da Reforma Psiquiátrica (2001) e, em especial, ao Relatório para Reorientação dos Hospitais de Custódia (2002), o que tem sido feito em relação a essas instituições? O que tem sido debatido e sugerido para modificar a atenção destinada ao *louco infrator* no Brasil? O que os profissionais da Saúde têm realizado nessas instituições? Com o estudo dos artigos selecionados para esta pesquisa é possível esboçar uma tentativa de resposta a essas questões.

No artigo *O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro: hospital ou prisão?*(3), Ibrahim (1988) descreve os serviços prestados pelo Setor de Psicologia do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho – Rio de Janeiro. Logo de início a autora aponta as limitações das intervenções psicológicas dentro da instituição. A autora considera que “[...] o indivíduo a ser tratado deverá participar ativamente no processo, buscando dentro de si mesmo as razões de

seus conflitos.”(3:110) e que a forma que a instituição se organiza não possibilita a “*visão subjetiva dos problemas individuais.*”(3:110). Cabe aqui ressaltar a posição da autora, que parece crer em um intrapsiquismo puro: as razões do conflito estão dentro do sujeito. Será que nasceram com ele? Seu interior os originou? Será, então, por isso que são considerados “problemas individuais”? Tal posicionamento isenta a todos – família, Estado, comunidade em geral, possivelmente, também aos profissionais em atuação junto a esse indivíduo, de qualquer responsabilidade sobre os sofrimentos psíquicos que possam estar atingindo esse sujeito.

O Setor de Psicologia da instituição descrita pela autora(3) desenvolve grupos operativos, com o objetivo de discutir problemas da instituição junto aos pacientes, em especial, a morosidade no andamento dos processos. Também ocorreu por certo tempo um grupo com familiares e, posteriormente, com pessoas das comunidades de origem dos internos que estivessem prestes “*a obter a liberdade vigiada ou a saída semanal*”(3:111), com o objetivo “*de esclarecer áreas de conflito familiar, tentando desobstruir as vias de comunicação entre seus membros, procurando assim promover um breve regresso do paciente ao lar.*”(idem). O grande número de faltas levou à desativação desse “grupão” (como era conhecido no Setor de Psicologia), passando a haver atendimento apenas a algumas famílias nucleares e de forma individualizada.

Merece destaque o tratamento dispensado aos internos que não têm acompanhamento familiar (a maioria dos casos, segundo a autora(3)). Diante “*das dificuldades de se trabalhar a comunidade para que esta tenha condições de receber o paciente sem família, optamos por trabalhar com os pacientes com família, que a partir do laudo médico foram agraciados com os benefícios da Liberdade Vigiada ou da Saída Semanal[...]*”(3: 110). Os “sem-família” passam a ser abandonados também pela equipe de saúde da instituição, sem qualquer oportunidade de reinserção social, uma vez que a própria autora sentencia que, mesmo em alta, os pacientes que não contam com suporte familiar, permanecem internados até a morte. A declarada prisão perpétua a que foram condenados os internos sem família não recebe da autora(3) problematizações ou sugestões de reversão. Fato esse talvez explicado pela afirmação da autora de que “*uma pessoa que ficou dez ou quinze anos num manicômio aceita a situação de internação como sua situação habitual[...]*”(3:110). Será natural a alguém viver banido? Depois de dez ou quinze anos fica “aceitável” viver em um *instituição total*?

O “sem-família”, por decisão da equipe de saúde (*poder soberano?*), é colocado para fora do *bando* (AGAMBEN, 2002) – faz-se uma escolha de *quem deve viver e quem deve*

morrer. No “pior do pior” pode haver um “pior ainda” – o abandono pela família justifica o abandono pelo Estado e pela instituição “de tratamento”. Esse artigo(3) foi publicado em 1988, antes da ebulição das discussões originadas pelo Projeto de Lei Paulo Delgado (1989), que originaria a Lei da Reforma (2001), e, ironicamente, no ano de promulgação da Constituição de 1988, após quase dois anos de discussões na Assembléia Constituinte, que traz em seu Artigo 5º, inciso XLVII, que não há pena de caráter perpétuo no Brasil (BRASIL, 1988).

A leitura do artigo *A crueldade da medida de segurança*(5), de Paim (1997), conduz ao entendimento que a medida de segurança é cruel (como indica o título) quando aplicada “*de maneira indiscriminada*”(p.515) a doentes mentais (salvo os psicopatas – a quem o autor indica a “execução sumária”) e, principalmente, a jovens condenados por tráfico de drogas. A essas pessoas o autor sugere alternativas como a criação de “[...] *casas de custódia e tratamento, educandários, estabelecimentos de reeducação humanos, baseados no princípio do open door.*[...]”(5:517), embora, segundo o autor, “[o] *mais adequado seria a construção de enfermarias psiquiátricas nos próprios presídios, serviços que deveriam ser orientados por psiquiatras, com sua equipe composta de enfermeiras, psicólogos e assistentes sociais.*”(5:518). A proposta considerada mais “adequada”, de certa forma, leva o HCTP de volta a 1903, à Seção Lombroso do Hospício Nacional de Alienados – “embrião do atual manicômio judiciário”(CARRARA, 1998, p.49), destinada a abrigar o louco-criminoso. Se ele, no Hospício Nacional ficava isolado na “seção especial”, assim também aconteceria na enfermaria psiquiátrica dentro do presídio. Reduzir o HCTP a uma seção dentro de outra instituição tira-lhe visibilidade e força, por se tratar de “apenas uma seção” e não uma instituição inteira – com administração e organização própria, o “problema” pode parecer menor e menos digno de atenção e discussão.

Quanto aos chamados psicopatas, essa “*parcela de criminosos irrecuperáveis*”(5:520), são casos excepcionais, e que, de acordo com o autor(5), devem ser eliminados através dos “*meios suaves de eliminação*”(p.520) que a Medicina dispõe, afinal “*são galhos podres*”(p.517). Citando novamente a Constituição de 1988 – em vigor há nove anos quando da publicação desse artigo(5), o Artigo 5º, em seu inciso XLVII, determina que não há pena de morte no Brasil, salvo em caso de guerra declarada (BRASIL, 1988). Foi declarada guerra aos chamados psicopatas? Não determina a Lei nº 10.216, em seu Artigo 1º que

[o]s direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental [...] são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos

econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL, 2001)?

Tânia Kolker e Pedro Gabriel Delgado, em *Tratar ou punir: um estudo sobre o louco infrator, no cenário da Reforma Psiquiátrica*(7), apresentam discussões sobre “as saídas institucionais possíveis para a superação e a substituição progressiva, no concreto da rede de serviços e na legislação aplicável” em relação ao *louco infrator* e aos HCTPs. Esse artigo foi publicado um ano após o Seminário para Reorganização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2002), evento em que os dois autores participaram e que permitiu a reunião de “condições para rever a legislação psiquiátrico-penal e para propor medidas efetivamente viáveis para o tratamento deste problema.”(7:170).

Em um primeiro momento, segundo os autores(7), necessita ser realizado o “censo nacional dos internados em HCTP com o objetivo de diagnosticar as condições de tratamento desta população e de propor os meios para a sua reinserção na rede pública de atenção psicossocial.”(7:17). Tal levantamento encontra-se proposto também no Relatório para Reorganização (2002), em texto do próprio Pedro Delgado. Vale frisar que tal proposta visa a criação de projetos terapêuticos em que o *louco infrator* seja atendido na rede pública de atenção, conforme preconiza a Lei da Reforma, contribuindo para a obsolescência dos HCTPs.

Os autores citam que no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho – Rio de Janeiro, o mesmo descrito no artigo 3 (1988), “há alguns anos acontecia uma revolução silenciosa”(7:171), uma vez, em consonância com as críticas sofridas ao expediente da medida de segurança, e a fim de evitar o caráter perpétuo de algumas internações, “as perícias haviam deixado de avaliar se houve a cessação da periculosidade e tinham passado a condicionar a desinternação à remissão da sintomatologia e à existência de suporte sociofamiliar.”(p.171) e que essa medida vinha reduzindo, em grande escala, o tempo de internação. Apesar dos resultados positivos de tal estratégia, surge um questionamento, tal como para o artigo de 1988, sobre a mesma instituição. E os “sem-família”? Não é, segundo a Lei nº 10.216, “responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais” (BRASIL, 2001, s/p)? Também chama atenção a expressão “remissão da sintomatologia”. Será que foi o tratamento oferecido ao *louco infrator* que possibilitou a “cura”? Se assim, o HCTP tem sido, sim, uma instituição de saúde, de tratamento? Ou a “remissão da sintomatologia” refere-se a um estado “mais calmo, menos potencialmente violento” em que o indivíduo se encontra depois de anos de aniquilamento de sua

subjetividade, internado em uma instituição sob o “tríplice aspecto do panoptismo – vigilância, controle e correção” (FOUCAULT, 2002, p. 103)?

Os autores(7) apontam que novos dispositivos vêm sendo criados dentro da instituição estudada. Saídas terapêuticas têm permitido que pacientes, depois de certo tempo de internação (os autores não revelam que tempo é esse e nem o porquê dele), “*possam passar os fins de semana em casa com o objetivo de reintegrar-se progressivamente à sua família e à sua comunidade.*”(7:176). Durante seis meses o comportamento desse paciente em casa é avaliado e, se ao final desse tempo, “*o paciente demonstrar condições de ser desinternado, a equipe encaminha parecer à perícia solicitando a sua desinternação.*”(idem). Os autores lembram que tal procedimento beneficia apenas os que têm suporte/vínculo familiar e que, por os pacientes não encontrarem espaço nos serviços de saúde mental e/ou terem dificuldades com a família, “*acabam sendo reinternados mesmo sem um novo delito.*”(idem).

Frente às dificuldades apontadas, “[u]ma das estratégias mais promissoras consiste em inserir o paciente em CAPS da rede pública antes de ser solicitada a desinternação total.”(7:176), o paciente passa o dia nesse serviço e, paulatinamente, vai se inserindo na rede pública de saúde. Essa estratégia tem ajudado a reduzir significativamente a resistência dos técnicos, das famílias e da comunidade à volta do *louco infrator* à sociedade. Também vem sendo utilizado o recurso da saída terapêutica assistida no caso do pacientes sem suporte familiar. Objetivando a ambientação com a cidade (e com recursos como, por exemplo, o transporte coletivo e o CAPS mais próximo), são realizadas as saídas terapêuticas em grupos de até cinco pessoas, acompanhado por um terapeuta ocupacional.

Kolker e Delgado (2003) consideram que “[a] questão do louco infrator é o mais espinhoso desafio para uma política pública de saúde mental fundada na ética dos direitos humanos.”(p.168), e fazem em seu artigo um esforço raro de discutir e propor alternativas rumo à superação e à substituição progressiva dos HCTPs. Além das práticas possíveis supracitadas, e da realização de “*censo clínico social*”(p.180) em todos os HCTPs do país, os autores propõem a mudança da Lei de Execução Penal e encerram o texto, lembrando da necessidade da criação de “*novos dispositivos e novas instituições para a desinstitucionalização definitiva dos Manicômios Judiciários.*”(idem).

No artigo *As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator*(12), Santos et al (2006), ao estudar a atitude de profissionais de Enfermagem no cuidado ao *louco infrator*, convocam o profissional dessa área a assumir seu espaço na equipe multidisciplinar, contribuindo “*na construção de um novo paradigma*

assistencial acerca de uma clientela colocada à margem e excluída.”(12:9). Esse mesmo artigo relata que o enfermeiro, dentro do HCTP, é obrigado a estar sempre atento, uma vez que os pacientes podem oferecer risco – “*contra sua própria pessoa, contra a equipe ou os demais internos.*”(12:8). Torna-se difícil pensar “na construção de um novo paradigma” face ao medo que os profissionais de saúde apresentam em contato com o *louco infrator*.

Escrito por profissionais do Serviço Social e da Enfermagem, o artigo *Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos*(11), fala que “*iniciativas da Coordenação de Saúde Mental do Ministério, junto à área da Justiça, têm procurado construir uma política para os hospitais de custódia que atenda às determinações da Lei nº 10. 216[...].*”(11:9) e, acreditam os autores – Cordioli *et al* (2006), que esse processo, não explicitado e/ou apresentado no artigo, poderá conduzir à adequação do HCTP “*às exigências preconizadas pela reforma psiquiátrica (espaço físico adequado, projeto terapêutico, equipe multiprofissional, oficinas de trabalho, licenças para saídas, educação e formação profissional), atendendo as expectativas dos internos.*”(11:9). Os autores também ressaltam a importância das oficinas de trabalho para a futura reinserção do egresso no mercado de trabalho. Vale lembrar que a Reforma Psiquiátrica preconiza a desinstitucionalização e não a melhoria das instituições existentes.

Os internos entrevistados (artigo 11) sugerem mudança no espaço físico, salas específicas para oficinas, agilidade no atendimento jurídico, melhoria na alimentação, a substituição de agentes prisionais por enfermeiros qualificados e que haja atendimento mais freqüente com assistentes sociais e psicólogos. Boa alimentação, atendimento multiprofissional freqüente, atenção jurídica e espaços de lazer e cultura parecem pedidos razoáveis a uma instituição que, em tese, seria de reabilitação. Vale ressaltar, que todos esses serviços podem ser oferecidos na rede pública de saúde, em unidades ambulatoriais, longe da institucionalização maciça a que é exposto o interno de um HCTP. O Artigo 4º da Lei da Reforma dispõe que “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.”(BRASIL, 2001, s/p). Internação em qualquer modalidade pode ser entendida também como a internação compulsória determinada pela medida de segurança.

Ainda no artigo 11, os autores apontam para o papel dos Centros de Atenção Psicossocial na integração do *louco infrator* à rede de saúde mental – “*imprescindível por ocasião da alta*”(11:8). Foi a criação desse dispositivo que abriu a possibilidade de organização de uma rede de atenção que substituísse os hospitais psiquiátricos. Conforme preconiza o Ministério da Saúde, os CAPS são serviços substitutivos e não complementares.

A ida de internos do HCTP ao CAPS deve estar vinculada a sua alta e ao estabelecimento de vínculos com a rede de saúde mental de seu território, e não ser uma “atividade oferecida” pelos HCTPs por tempo indeterminado – “o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda trajetória do seu tratamento.”(BRASIL, 2005b, s/p).

No artigo *Periculosidade e responsabilidade penal na esquizofrenia*(9), de Barreto *et al* (2004), os autores, da área da Psiquiatria, em relato de caso de “*uma paciente esquizofrênica que cometeu homicídio*”(p.302), internada em manicômio judiciário, consideram que “[o] tratamento psiquiátrico adequado certamente contribuirá para que a pericianda tenha sua periculosidade reduzida ou cessada, e, assim, possa retornar ao convívio sociofamiliar e resgatar seus direitos de cidadania.”(9:308). Parecem crer na eficácia do tratamento oferecido pelo HCTP. Consideram sem sentido “*encaminhar este caso para prisões comuns*”(idem), mas consideram adequada a internação em HCTP – talvez por conta da crença declarada de que “*esses doentes [casos de esquizofrenia paranóide] podem apresentar elevado grau de periculosidade.*”(idem).

Em posição oposta aos autores do artigo 9, encontra-se Jacobina (2004), da área do Direito, autor do artigo *Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica*(8). O autor considera indefensável “*a internação compulsória como terapia bastante e suficiente para a reinserção do inimputável.*”(p.82), e que tal medida apenas beneficia a sociedade que se sente ameaçada pela figura do *louco infrator*, uma vez que esse tipo de “tratamento” serve apenas para cronificar o indivíduo. Jacobina(8) defende que “[s]omente um diálogo multilateral, interdisciplinar e democrático [...] pode nos apontar um caminho para a construção de uma cidadania que se ajuste ao modo especial de ser.”(p.83). O autor afirma que, de maneira coerente com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, há a necessidade urgente de criação de um sistema de responsabilização para os “*portadores de transtornos que tenham cometido crime*”(p.78), e de que os conceitos de responsabilidade penal e de responsabilidade jurídica do louco sejam reconstruídos. Medida de segurança e Reforma Psiquiátrica são incompatíveis.

Bravo (2007), psicólogo, autor do artigo *As prisões da loucura, a loucura das prisões*(14), também apresenta posicionamentos semelhantes aos de Jacobina (artigo 8). No artigo 14, o autor considera que a associação dos discursos jurídico e psiquiátrico, aliado às práticas institucionais, levam “*à deteriorização individual e social desta população [internos que cumprem medida de segurança] e, com freqüência, à sua cronificação institucional.*”(14:1). Bravo também ressalta que tais instituições não possibilitam que os

sujeitos elaborem seu ato delituoso, elaboração essa que contribuiria para seu processo clínico.

O artigo *Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos*(13), escrito por autores do Direito e da Saúde Pública, propõe que o *louco infrator* possa ser julgado e, em caso de condenação, receba uma pena pelo ato realizado. E, havendo necessidade de tratamento psiquiátrico, que possa ele ter acesso, respeitando suas características e necessidades. “*Vislumbra-se [...] a possibilidade de operacionalizar uma dinâmica que assimile tanto o princípio da Integralidade quanto o da Equidade, na perspectiva do SUS e dos Direitos Humanos.*”(13:6), escreveram Correia *et al.*

As autoras (artigo 13) defendem que a “*pessoa com transtorno mental autora de delito*” possa responder sobre seu ato delituoso e citam o PAI-PJ, programa criado em Belo Horizonte, como uma possibilidade concreta de reorientação da atenção destinada ao *louco infrator*. Parafraseando textos da psicóloga Fernanda Otoni de Barros, coordenadora do PAI-PJ, o artigo apresenta esse programa que é estruturado de forma multidisciplinar e que, de forma pioneira no país, “*sugere a aplicação a cada caso de uma medida singular, tensionada pelos princípios normativos universais.*”(13:5), O artigo dedica-se a explicitar os princípios que norteiam o PAI-PJ, focados na singularidade e na cidadania de cada indivíduo, superando o modelo assistencial hegemônico, fomentado pelo conceito de periculosidade. O PAI-PJ possibilita que o *louco infrator* responda por seu ato publicamente e que tenha o acompanhamento de saúde necessário dentro da rede territorial de saúde mental.

A experiência do PAI-PJ, diferenciando-se das práticas tradicionalmente exercidas em relação aos "loucos infratores", revela que a responsabilidade pelo crime cometido restaura a dignidade perdida quando foi decretada a inimputabilidade. O seu diferencial é percebido na realização da mediação entre a clínica, o ato jurídico e o social. (13:6).

Em 2002, no Relatório do Seminário para Reorientação dos Hospitais de Custódia, esse programa é mencionado como exemplo a ser seguido: “experiências apresentadas e debatidas no Seminário – como a do PAI-PJ, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais – vêm demonstrando que é possível o atendimento do paciente mental infrator fora do HCTP, em serviços de atenção diária ou ambulatoriais.” (BRASIL, 2002, s/p). O PAI-PJ, programa em atuação desde 2001, tem como objetivo proporcionar aos juízes subsídios técnicos em relação a pacientes que “estejam sob suspeita de insanidade mental, ou em cumprimento de Medida de Segurança” (SANTANA, 2008, p.22) e, trabalhando em equipe multidisciplinar, acompanha o *louco infrator* em todas as fases do processo e promove o atendimento a esse sujeito na rede pública de saúde e sua integração à comunidade. Não existe mais HCTP no

município de Belo Horizonte. “Este deve ser um objetivo a se perseguir, no rumo da superação e substituição progressiva destes estabelecimentos.” (BRASIL, 2002). A medida de segurança, na capital mineira, vem sendo cumprida em regime ambulatorial como preconiza a Lei da Reforma Psiquiátrica. Tal programa, além de inspirar trabalhos e reflexões no país inteiro, começa a se estender a outras comarcas – segundo relato de Fernanda Otoni de Barros, no I Seminário sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental, realizado em setembro de 2009, a comarca de Barbacena – município conhecido por sua instituição manicomial, em 2009, passa a ter assessoria de uma comissão do PAI-PJ para a implantação de um programa semelhante, objetivando a desativação do HCTP na cidade.

Estratégias como a melhoria do espaço físico dos HCTPs, a contratação de equipe multiprofissional qualificada para atuar dentro da instituição, a criação de oficinas terapêuticas para os internos, pode, em um primeiro momento, parecerem positivas, coerentes com a luta pelos direitos humanos e promotoras de saúde. Mas, tais ações podem conduzir para que a questão dos HCTPs, tratada já com muito atraso em todas as esferas de discussão, siga sem ser redirecionada como faz-se necessário frente à complexidade do problema – que envolve Saúde, Justiça e todo um imaginário social. Uma suposta “humanização” do HCTP pode ser um caminho perigoso, onde problemas muito sérios podem ser ocultados, camuflados. O *louco infrator*, tal como ocorre em Belo Horizonte, precisa ter o direito de responder sobre seu ato e de ser atendido pela rede de saúde de sua comunidade, como qualquer cidadão brasileiro, protegido por uma Constituição que anuncia saúde como “um direito de todos” e, ainda, amparado pela Lei nº 10.216.

4.5 REFORMA PSIQUIÁTRICA E HCTP

*pro lado de cá não tem acesso
mesmo que me chamem pelo nome
mesmo que admitam meu regresso
toda vez que eu vou a porta some
Arnaldo Antunes – O buraco no espelho*

Após a década de 60, com o movimento da Antipsiquiatria e as experiências italianas, lideradas por Franco Basaglia, o saber psiquiátrico passou a ser contestado em todas as suas dimensões. Tais questionamentos e as modificações oriundas das dessas discussões

chegaram no Brasil, nos anos 70, iniciando um processo político e social que compreendia “um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais” (BRASIL, 2005b, s/p) – processo esse conhecido por Reforma Psiquiátrica.

Dos quinze artigos selecionados para esta pesquisa, sete deles não fazem menção ao movimento da Reforma Psiquiátrica, bem como às suas diretrizes e/ou pressupostos. Vale ressaltar que dentro desse grupo de artigos, os trabalhos datam de 1984 a 2007. Mesmo após a aprovação da Lei nº 10.216, em 2001, trabalhos científicos na área da Saúde Mental vêm sendo escritos sem considerar as transformações – normativas, epistemológicas, técnicas e sociais, ocorridas nessa área.

Dentre os artigos selecionados, o primeiro a mencionar, ainda que sem citar a expressão “Reforma Psiquiátrica”, foi o escrito por Dantas Jr (1987), publicado pela Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, intitulado *O Manicômio Judiciário e o conflito de identidade da Psiquiatria*(2). “*O modelo asilar de assistência psiquiátrica tem sido exaustivamente criticado, pois com ele não se realiza saúde mental, que deveria ser a condição básica para legitimar a psiquiatria como instrumento a serviço da dignidade do homem.*”(2:104), escreve o autor, limitando-se a questionar “*as desvantagens da hospitalização prolongada*”(2:104), mas não a impossibilidade de tratamento de um sujeito fora de sua rede social, de seu território – como propõem os atores envolvidos no movimento de Reforma Psiquiátrica.

Em outro artigo, também na área da Psiquiatria, escrito por Paim (1997), com o título de *A crueldade da medida de segurança*(5), aparece registro, sem fazer menção direta, dos questionamentos que vêm sofrendo, nas últimas décadas, a Psiquiatria e seu modelo asilar de tratamento:

A partir da década de 60, a psiquiatria vem experimentando grandes transformações, tanto em seus aspectos teóricos, quanto assistenciais. Desde então, procurou-se mostrar que o hospital psiquiátrico havia se transformado numa instituição anacrônica, prejudicial aos doentes internados. Aos poucos foi ganhando força o movimento contrário à internação psiquiátrica prolongada [...].(5:520)

O artigo 13, *Direitos das pessoas com transtorno mental autora de delitos*, de Ludmila Cerqueira *et al*(2007), que propõe-se discutir “*o direito à saúde nos HCTPs na perspectiva dos direitos humanos*”(13:1), aponta que os avanços ocorridos na área da saúde mental “*não têm contemplado a reorientação da prática assistencial desenvolvida no âmbito do HCTP.*”(13:1). Tal constatação observa-se em materiais do Ministério da Saúde sobre a Reforma Psiquiátrica, quando enuncia os manicômios judiciais como o desafio da Reforma

(BRASIL, 2005b) e vê no acesso do *louco infrator* à rede de atenção em saúde mental “uma nova etapa da reforma psiquiátrica.” (BRASIL, 2002b, s/p).

Escreveu a autora(13), em 2007, para o Cadernos de Saúde Pública: “*O advento do Movimento da Reforma Psiquiátrica marca um novo período, a partir do final da década de 1990, propondo a superação do modelo hegemônico de caráter excludente e discriminatório.*”(13:5). De fato, muitos programas e serviços na área da saúde mental têm sido oferecidos à população em geral: implantação e ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Programa Volta para Casa, assim como a assistência em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. Mas, conforme registra o Relatório para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2002) e o Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde mental: 15 anos depois de Caracas (2005b) e de acordo com as discussões realizadas no I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental, realizado em São Paulo, na Faculdade de Saúde Pública da USP, em setembro de 2009, muito pouco se avançou em relação à atenção oferecida àqueles que estão cumprindo medida de segurança no Brasil, a despeito da Lei da Reforma Psiquiátrica.

A autora(13) defende a extensão dos princípios e dos objetivos da Reforma Psiquiátrica, mais especificamente a aplicação da Lei nº 10.216, “*aos internos e egressos de HCTP, de forma a promover a integralidade e a humanização dos serviços prestados a essas pessoas, o respeito a seus direitos e a melhoria da qualidade de suas vidas, na perspectiva dos direitos humanos.*”(13:6), ainda que, como aponta a autora, “*a lei [10.216] não mencione explicitamente a circunstância de internação na eventualidade de autoria de delito por pessoa com transtorno mental[..].*”(13:5).

Esta passagem do artigo ilustra como é complexa a discussão sobre os HCTPs: “[...] *propõe-se que a internação compulsória em HCTP mantenha-se coerente com os mesmos princípios éticos de garantia de direitos humanos, de forma que a penalização da pessoa não se sobreponha ao direito de uma atenção integral às suas necessidades de saúde.*”(13:5). A ambigüidade da instituição deixa registros, ainda que discretos, em todo discurso sobre ela. Como pode *internação compulsória*, principalmente em tempos posteriores a Lei da Reforma, ser coerente com direitos humanos? Em um mesmo texto, propõe-se que o *louco infrator* possa responder por seus atos, cita-se o PAI – PJ como exemplo de programa exitoso nessa área, mas parece ainda haver resíduos de um modo já ultrapassado, inclusive legislativamente, de trato com o sofrimento psíquico.

Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos(11), artigo escrito por Cordioli *et al*(2006), também aponta para o fato dos HCTPs terem ficado “à margem das mudanças preconizadas pelos novos paradigmas no atendimento ao portador de transtorno mental.”(11:10). O artigo, fruto de uma pesquisa realizada junto aos internos do HCTP de Florianópolis, apresenta o atraso com que “[...] a temática da medida de segurança tem sido pouco aprofundada na Reforma Psiquiátrica Brasileira [...].”(11:3). Pode-se dizer que a Lei da Reforma não foi pensada para os *loucos infratores*, uma vez que essa parcela da população não foi contemplada nem pelo Projeto de Lei Paulo Delgado.

O texto(11) fala em “*uma adequação do HCTP às exigências preconizadas pela reforma psiquiátrica [...] atendendo as expectativas dos internos.*”(11:9). Vale ressaltar, mais uma vez, que dificilmente o espaço físico será “adequado” ou um projeto terapêutico estará realmente a serviço do sujeito dentro de uma *instituição total* – onde o indivíduo fica desprovido de sua singularidade, despido de sua aparência usual. (GOFFMAN, 2005). Um espaço, que ajunta e potencializa as “piores mortificações” da prisão e do hospital psiquiátrico (KOLKER; DELGADO, 2003), ainda que “atenda as expectativas dos internos”, é impossível estar a serviço da saúde e do resgate da cidadania, de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Como conclusão do artigo(11), as autoras apontam que “[...] *as condições institucionais apresentam-se distantes das consideradas ideais pela Reforma Psiquiátrica, necessitando adequar-se ao preconizado pelo novo paradigma de atendimento ao portador de transtorno mental.*”(11:2), destacando a necessidade de discussão e de articulação entre as diversas áreas envolvidas “*com o objetivo de buscar formas de garantir o direito do portador de transtorno mental infrator à responsabilidade, à inserção social e a uma assistência dentro dos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica.*”(11:10), lembrando que “[*p*]ermanece o desafio do fortalecimento da rede de atenção extra-hospitalar e da capacitação dos profissionais da saúde e da Justiça para o redirecionamento da assistência ao ‘*louco infrator*’.”(11:3). Esse desafio exige um esforço conjunto, de áreas e atores diversos, uma vez que a construção de práticas de atenção a “um segmento historicamente situado à margem, inclusive do Sistema de Saúde”(BRASIL, 2005, s/p), encontra resistências na rede SUS, na rede de Saúde Mental, nos órgãos de Justiça e na comunidade em geral. (idem).

Mesmo com as modificações ocorridas na legislação e nos cuidados destinados às pessoas com sofrimento psíquico no Brasil, a atenção ao *louco infrator* tem sido pouco

discutida, não sendo observadas, salvo programas isolados, mudanças significativas na atenção a esse grupo de pessoas – mais de quatro mil, que estão institucionalizados em HCTPs cumprindo medida de segurança. A Lei da Reforma não tem contemplado a população dos manicômios judiciários – esse lugar que “consegue articular [...] duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas – o asilo de alienados e a prisão [...]” (CARRARA, 1998, p. 26).

O artigo *Reforma Psiquiátrica e Cidadania: o Debate Legislativo*(4), escrito por Delgado (1992) para abordar “*a cidadania dos doentes mentais*”(4:80), discussão essa propiciada pelo “*impacto que a discussão do projeto de lei 3657/89 teve sobre o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil*[...].”(4:80), mostra que o Projeto de Lei Paulo Delgado, que em 2001, após substanciais modificações, se transformaria na chamada Lei da Reforma Psiquiátrica, não se propunha a discutir a questão dos manicômios judiciários. “*O projeto Paulo Delgado foi um catalizador(sic) exuberante, pois trouxe à cena viva do país um intensíssimo debate antes subterrâneo.*”(4:84), escreveu o autor sobre as discussões e modificações já iniciadas, no início da década de 90, no atendimento em saúde mental no Brasil.

Nesta primeira década de século XXI, pós-sanção da Lei nº 10.216 (2001), eventos como o Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2002) e a existência de programas exitosos e coerentes com os pressupostos da Reforma, tendo o PAI-PJ como caso exemplar, comprovam o início de um debate, já não mais “subterrâneo”, mas ainda distante de estar “intensíssimo.” Segue urgente, tal como apontado em 2002, à época do Seminário Nacional, a problematização de conceitos como periculosidade e de expedientes jurídicos como a medida de segurança, “buscando sua superação no plano teórico e nas suas conseqüências práticas.”(BRASIL, 2002b, s/p).

Sobre Pedro Gabriel Delgado (artigos 4 e 7), vale destacar que trata-se de um autor que tem se ocupado de discussões acerca da questão do *louco infrator* no Brasil. Em 1992, Pedro Delgado lançou pela Editora Te Corá o livro *As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*, obra esgotada há anos. E, em 2003, em parceria com Tânia Kolker, escreveu o artigo *Tratar ou punir: um estudo sobre o louco infrator, no cenário da Reforma Psiquiátrica*(7), artigo selecionado para esta pesquisa como objeto de estudo, uma vez que disponível na base de dados adotada e pertinente aos objetivos propostos, embora tenha sido utilizado para a fundamentação teórica desta pesquisa por se tratar de um artigo bastante relevante para a discussão da temática crime/loucura.

Além de um levantamento realizado junto a 154 internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro, os autores(7) analisaram “o contexto institucional, político e jurídico das políticas de atenção ao louco infrator no Brasil.”(7:167). Uma parte do artigo dedica-se a desenhar “a situação do louco infrator no Brasil”(7), fazendo a travessia de uma década – do primeiro seminário, organizado pelo Instituto Franco Basaglia em 1992 até o seminário interministerial de 2002, período esse “tristemente marcados pelo aprofundamento da exclusão e desigualdade sociais, do agravamento da criminalidade e da explosão populacional nas prisões.”(7:170), ainda que o número da população internada em HCTPs tenha se mantido praticamente inalterado nesse período.

Segundo os autores, a Reforma Psiquiátrica, na esfera jurídica – “propondo mudanças nos dispositivos legais que instituem o louco como incapaz para a vida civil e inimputáveis do ponto de vista penal”(7:168), pouco avançou. É patente a necessidade de inclusão da temática saúde mental e manicômios judiciários (ainda que os dois temas possam ser entendidos como contraditórios) na discussão sobre a Reforma Psiquiátrica, uma vez que “tudo continua a funcionar como se o crime fosse a regra entre os doentes mentais.”(7:168). A determinação do cumprimento de medida de segurança passa a “ser um controle, não tanto sobre se o que fizeram os indivíduos está em conformidade ou não com a lei, mas ao nível do que podem fazer, do que estão sujeitos a fazer, do que estão na iminência de fazer.” (FOUCAULT, 1996, p.85). Seja qual for o tipo, ou a gravidade, do delito ou crime cometido, o louco infrator é julgado por sua suposta periculosidade – “seguindo a idéia de punir o criminoso e não o crime.” (PERES; NERY FILHO, 2002, p.342), conforme apontam os autores (artigo 7), “os inimputáveis continuam a ter como destino mais provável a internação perpétua.”(7:169).

O artigo(15) de Dantas e Chaves, intitulado *Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia*, publicado na revista *Psicologia: ciência e profissão* (2007), aponta “a progressiva constituição de uma rede de assistência extra-hospitalar”(15:3) como resultado do “processo de desconstrução do estigma que cerca o doente mental e a sua relação com a sociedade”(idem). Os autores também consideram que o movimento da Reforma Psiquiátrica contribuiu para denunciar abusos cometidos dentro de instituições psiquiátricas, maus tratos “que não só marginalizam como degradam a pessoa portadora de transtorno mental.”(15:2). Ainda que mudanças tenham ocorrido, em tempos de Reforma Psiquiátrica, abusos e violações seguem ocorrendo, como registra, por exemplo, o

relatório das visitas realizadas a instituições psiquiátricas, realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil (2004).

Em *Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica*(8), artigo escrito por Jacobina (2004), o autor “[d]estaca as contradições entre a Lei de Reforma Psiquiátrica [...] e a Lei de Execuções Penais”(8:67) e “[a]presenta uma crítica ao modelo de recuperação adotado.”(idem). O autor apresenta a evolução do conceito de loucura e o problematiza em sua interface com o Direito, e também faz apresentação dos princípios do Direito Sanitário e da Lei da Reforma Psiquiátrica.

O autor apresenta a Reforma a partir do entendimento do Direito Sanitário, com “a noção de cidadania como idéia central na abordagem do paciente”(8:74), seguindo alguns parâmetros:

a) abordagem interdisciplinar [...]; b) negativa do caráter terapêutico do internamento[...]; c) respeito pleno da especificidade do paciente [...]; d) discussão do conceito de ‘cura’, não mais como ‘devolução’ ao paciente de uma ‘sanidade perdida’, mas como trabalho permanente de construção de um ‘sujeito’[...]; e) a denúncia das estruturas tradicionais como estruturas de repressão e exclusão [...].(8:74)

Tal posicionamento estende-se inclusive ao “*louco que ‘passe ao ato’*”(8:84), uma vez que é coerente com os pressupostos da Lei da Reforma. Está em seu Artigo primeiro: “Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação [...]” (BRASIL, 2001).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, no final de 2001, embalada pela sanção da Lei nº 10.216, promoveu discussões acerca da questão do *louco infrator*, em especial a proposição de alteração do Código Penal brasileiro em relação à “presunção de periculosidade” do portador de transtorno mental infrator, garantindo-lhe o direito à responsabilidade e à assistência, assim como o direito a espaços humanizados de tratamento e do direito a saídas do HCTP para facilitar sua inserção na família e na comunidade. (SUS, 2002).

Considerando que “[a] reforma psiquiátrica – e sua projeção no mundo jurídico – descaracterizaram absolutamente a abordagem coativa, manicomial, unidisciplinar, repressora, como uma abordagem clinicamente eficaz.”(8:82), Jacobina propõe em seu artigo(8) que “o avanço filosófico, clínico e jurídico representado pela reforma psiquiátrica”(8:83) possa colocar à crítica a medida de segurança e que seja criado “um sistema de responsabilização coerente com os avanços da reforma psiquiátrica.”(8:84). O autor finaliza o texto lembrando que “[s]omente um diálogo multilateral, interdisciplinar e democrático – que inclua, ademais a participação desses cidadãos com necessidades

especiais – pode nos apontar um caminho para a construção de uma cidadania que se ajuste ao modo especial de ser.”(8:83). Iniciaram-se discussões importantes sobre os HCTPs e sua oposição à Lei da Reforma, mas como lembra Jacobina (8:83), “*O caminho é longo.*”

4.6 PSICOLOGIA E HCTP

*Antigamente eu sabia escrever
Hoje beijo os pacientes na entrada e na saída
com desvelo técnico.
Ana Cristina Cesar – Noite de Natal*

O objetivo inicial desta pesquisa era identificar as perspectivas práticas e teóricas apresentadas em artigos científicos publicados em periódicos da Psicologia, possibilitando o mapeamento da atuação do profissional psicólogo junto aos HCTPs, bem como a produção acadêmica sobre esse tema nessa área. Essa produção mostrou-se praticamente inexistente nas bases de dados consultadas, o que fez com que a pesquisa se estendesse a artigos de outras áreas que abordassem a temática dos HCTPs.

Dos quinze artigos selecionados para esta pesquisa, somente três foram escritos por psicólogos, a saber: *O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro: hospital ou prisão?*(3), escrito por IBRAHIM (1988), que foi publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria; *As prisões da loucura, a loucura das prisões*(14), escrito por BRAVO (2007) e *Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia*(15), escrito por DANTAS; CHAVES (2007), ambos publicados em periódicos da Psicologia, respectivamente: *Psicologia&Sociedade* e *Psicologia: Ciência e Profissão*.

Que fatores podem estar relacionados ao reduzido número de material (artigo científico) da Psicologia sobre os HCTPs e o *louco infrator*? Os psicólogos estão em atuação nessas instituições, uma vez que os relatórios da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal (2000) e do Conselho Federal de Psicologia (2004) apontam a presença desses profissionais nos HCTPs visitados. Que têm eles realizado nesses locais? O que tem pensado o psicólogo sobre a internação em HCTP pós Lei da Reforma? Se, ao longo dos tempos, a Psicologia tem se colocado a serviço de mecanismos de controle (RAUTER, 2003), pode-se pensar que os psicólogos não têm razões para promover discussões e propor mudanças a

expedientes e instituições aniquiladoras de subjetividades e violadoras de direitos? Seu fazer, nessa área, é inexistente ou inexpressivo? Ou talvez esteja imiscuído no fazer psiquiátrico?

A chamada Psicologia Jurídica surgiu como ferramenta para avaliação e diagnóstico do sujeito considerado infrator (COIMBRA, 2003), tornando-o “assujeitado a um saber e a um tipo de curatela com a qual ele não pode interagir”. (MÜLLER-GRANZOTTO;MÜLLER-GRANZOTTO, 2009, s/p), além do fato de que o psicodiagnóstico tornar o *louco* “indesejável aos olhos de sua comunidade de referência.”(idem). Caberia ao psicólogo, animado pelos princípios fundamentais anunciados em seu Código de Ética profissional, trabalhar para que a Psicologia, na sua interlocução com a Justiça, “enfoque as determinações das práticas jurídicas sobre a subjetividade e elabore projetos, lançando mão de práticas que provoquem mudanças.” (MAMELUQUE, 2006, p.1), para tanto, faz-se mister a elaboração de projetos nessa área, promovendo mudanças, indo para além da prática pericial. (MAMELUQUE, 2006).

Dos artigos selecionados escritos por profissionais de outras áreas, nenhum aponta a Psicologia ou os psicólogos como atores importantes nas discussões referentes ao HCTP e/ou ao *louco infrator*. Nos 12 artigos pertencentes a outras áreas, três deles (2, 5 e 12) apenas citam o psicólogo ao se referirem as equipes que atuam nos HCTPs, mas não fazem qualquer menção ao tipo de intervenção realizada pelos psicólogos nessas instituições. Por sua vez, o artigo intitulado *Direitos das pessoas com transtorno mental autora de delitos*(13), de autoria de CORREIA *et al* (2007), que se propõe a discutir o direito à saúde nos HCTPs na perspectiva dos direitos humanos, chama atenção para a necessidade de interdisciplinariedade, uma vez que o tema exige interlocução entre diversas áreas, dentre elas, a Psicologia. Esse mesmo artigo cita o PAI-PJ como uma possibilidade concreta (e exitosa) de reorientação da atenção destinada ao *louco infrator*. Vale lembrar que esse projeto é estruturado de forma multidisciplinar, coordenado pela psicóloga Fernanda Otoni de Barros. Outra menção à Psicologia encontra-se no artigo *Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos*(11), escrito por profissionais da área de Serviço Social e de Enfermagem, a partir de uma pesquisa realizada no HCTP de Florianópolis, com o objetivo de identificar a percepção dos internos sobre a instituição. A serem perguntados sobre sugestões para a melhoria da qualidade da assistência prestada na instituição, um dos internos sugeriu “*Melhorar a alimentação, mais respeito dos agentes prisionais, atendimento mais freqüente pela assistente social, psicóloga.*”(11:9).

Os três artigos selecionados, pertencentes a autores da Psicologia, apresentam uma série de dificuldades encontradas nos HCTPs, questionam a qualidade do tratamento

dispensado ao *louco infrator*, mas não trazem à discussão o papel da Psicologia em relação a essas instituições, tampouco atribuem a essa área, na perspectiva de ciência e de profissão, qualquer responsabilidade – por ação ou omissão.

Bravo (2007), artigo 14, faz um passeio pelos artigos do Código Penal Brasileiro que instituem a inimputabilidade e o expediente da medida de segurança, assim como aborda a questão dos laudos de avaliação da periculosidade e se propõe a trabalhar com análise do discurso e análise institucional a partir dos laudos sobre os “sujeitos que cumprem medida de segurança”(14:1) na Ala de Tratamento Psiquiátrico do Presídio da Colméia, na cidade de Gama DF – e com a análise de cinco casos selecionados.

Como conclusões o autor apresenta a prevalência do discurso psiquiátrico sobre o discurso jurídico, uma vez que é o psiquiatra que determina a responsabilidade penal e a inimputabilidade do sujeito que cometeu um crime ou delito e é considerado incapaz de responder por seu ato. E que “*o discurso da psiquiatria não mantém uma lógica clínica baseada no diagnóstico e no prognóstico clínico, senão que assume que assume um lugar jurídico de julgamento e sanção*”(14:7). Segundo o autor, os “*discursos jurídicos-diagnósticos*”(14:8) têm produzido “*uma dupla identidade do segurado , como preso e como louco, que contribui para a sua cronificação.*”(14:8).

Como já foi mencionado, o autor não faz referência ao papel da Psicologia nas discussões que propõe acerca da “*loucura das prisões*”(14:1), embora fale em “*processo clínico*” (estaria referindo-se à clínica psiquiátrica?). O autor aponta para a falta de oportunidade que o *louco infrator* tem de elaborar o “*fato criminoso cometido*”(14:8) – possibilidade essa que, por dever ético, deve ser ofertada pelo psicólogo – mas não cita o psicólogo como um possível facilitador do processo de elaboração, de “falar sobre” o ato delituoso. O direito a responder sobre seu ato, a ter garantido o direito de elaboração sobre o delito, é um dos princípios que norteia o PAI-PJ, programa anteriormente apresentado. O autor propõe que

[a] crítica aos supostos discursivos e institucionais atuais que permitem a aplicação das medidas de segurança implica também a discussão de um modelo de justiça penal e de sociedade, a qual deve ter um caráter solidário e inclusivo que lhe permita resolver seus conflitos por meio de outros caminhos que não os da punição e da violência institucional. (BRAVO, 2007, p.9).

Outro destaque do artigo 14, já apontado no texto sobre periculosidade, é o alerta feito pelo autor em relação “*a possibilidade de que a noção de periculosidade, hoje aplicada aos criminosos declarados inimputáveis, possa se estender a outras áreas do sistema penal.*”(14:8), chamando a atenção para modelos de Justiça Terapêutica, implantados em

alguns estados brasileiros, que implicam na obrigatoriedade de tratamento para usuários de drogas ilícitas – *“dupla sanção de doente e criminoso”*(14:9). Assim como também menciona uma possível extensão do conceito de periculosidade aos adolescentes em conflito com a lei, citando projetos que propõem a diminuição da idade penal e a avaliação, feita por perito psiquiatra, dos menores infratores, podendo ser exigida a *“aplicação de penas prolongadas.”*(14:9). O autor também chama atenção para a ética do profissional de saúde – obriga-se aqui a inclusão do psicólogo, que deve assumir *“uma definição política das características de seu trabalho”*(14:3). Ao psicólogo, como a todo profissional de saúde, não cabe uma atitude ingênua diante das instituições e os discursos que mantêm os HCTPs ainda em funcionamento.

O artigo 15, de Dantas e Chaves (2007), debruça-se sobre as representações sociais de guardas do HCTP de Sergipe sobre o tratamento dos internos da instituição frente *“a demanda por práticas e uma política que atenda aos propósitos da reforma psiquiátrica e da legislação penal brasileira.”*(15:1). Os autores fizeram revisão de literatura sobre os manicômios judiciais, trouxeram à tona os pressupostos e as diretrizes do movimento da Reforma Psiquiátrica, bem como pontuaram a entrada de variados profissionais de saúde mental nos HCTPs e realizaram entrevistas com dez guardas prisionais *“acerca da introdução de novos preceitos, práticas e valores pautados na perspectiva das políticas de saúde mental.”*(15:4). De maneira ampla, os autores mencionam a resistência dos guardas ao trabalho dos profissionais de saúde, entre eles, o psicólogo. Fala de um dos entrevistados: *“[...] aqui é tudo um faz-de-conta...aqui tem um psicólogo que não serve pra nada..aí eu não quero nem pensar, porque cada um na sua função[...].”*(15:14).

Em que pese a ausência, no artigo 15, de discussões sobre a atuação dos psicólogos nos HCTPs, os autores consideram fundamental a implicação de todos os profissionais de saúde com *“a restituição do poder contratual do usuário [serviços de saúde mental], a ampliação de sua autonomia e o fomento de condições indispensáveis às trocas sociais.”*(15:6). O artigo apresenta um breve histórico do movimento da Reforma Sanitária e a ampliação do quadro de funcionários da saúde no estado de Sergipe, onde, de *“forma inédita”*(15:3), via concurso público, *“[p]rofissionais oriundos da saúde mental foram lotados no então Manicômio Judiciário com a missão de implantar e implementar a política de atenção ao louco infrator naquela instituição.”*(15:3)

Dos três artigos da área da Psicologia analisados, o que mais se debruça sobre a atuação do psicólogo é o intitulado *O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro: hospital ou prisão?*(3), escrito por IBRAHIM (1988). Esse artigo apresenta o Manicômio Judiciário

Heitor Carrilho (Rio de Janeiro) “*tentando dar ênfase ao Setor de Psicologia.*”(3:109). A autora menciona que a “*introdução de técnicos*”(3:110), entre eles o psicólogo, significa “*uma crescente valorização do aspecto recuperativo*”(3:110) na instituição, também fala sobre as dificuldades de atuação do psicólogo nesse campo. A pergunta que permanece é: Há possibilidade de qualquer ‘aspecto curativo’ em um manicômio judiciário? Mesmo considerando que em 1988, data de publicação do artigo, não existisse ainda nem o Projeto de Lei nº 3657/89, que daria origem à Lei da Reforma em 2001, já havia questionamentos importantes acerca da eficácia dos “tratamentos” ofertados pelos HCTPs e os debates realizados na I Conferência de Saúde Mental (1987) ou mesmo na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) já pediam a reorganização de questões relacionadas à cidadania e à doença mental. (AMARANTE, 1995).

Segundo a autora, esse tipo de instituição não propicia a “*visão subjetiva dos problemas individuais*”(3:110), e que “[...] *a intervenção psicológica encontra várias limitações em seu campo de ação[...], o indivíduo a ser tratado deverá participar ativamente no processo, buscando dentro de si mesmo as razões de seus conflitos.*”(3:110). Cabe aqui uma ressalva, uma vez que as razões dos conflitos não estão no sujeito, “dentro de si mesmo”. O ser humano é um ser social, que se constitui na relação com seus semelhantes. Se existem conflitos, eles são de ordem relacional, dialógica, envolvendo diversas esferas sociais. A literatura mostra que “[n]inguém pode ‘melhorar’ em situação de encarceramento.” (MAMELUQUE, 2006, p.9), de forma que, certamente, a ação terapêutica que o psicólogo possa empreender terá chances reduzidas de obter êxito dentro de uma *instituição total* (GOFFMAN, 2005), uma vez que “saúde psicológica se produz com laços fortalecidos, com empoderamento, com ampliação da capacidade de intervenção transformadora da realidade.”(MAMELUQUE, 2006, p.9).

Sobre o psicólogo no HCTP apresentado, a autora afirma que “[...] *o psicólogo institucional tende a ser visto como alguém identificado com as estruturas do poder, ou seja, com os responsáveis pelas funções de punição e custódia.*”(3:110), que isso dificulta sua atuação dentro da instituição. Essa visão talvez possa ser atribuída ao histórico do psicólogo, dentro do Sistema Penal, como reprodutor da “engrenagem carcerária”, às voltas com laudos e perícias, diagnósticos e avaliações. (COIMBRA, 2003; RAUTER, 1995).

O Setor de Psicologia do HCTP apresentado é responsável pela coordenação de grupos com os pacientes – terminologia utilizada pela autora, talvez querendo crer em um possível caráter curativo/terapêutico da instituição. “*Este grupo tem como finalidade discutir*

com os pacientes sobre os problemas que enfrentam na instituição. Às vezes se tornam grupos de queixas, denúncias e reclamações.”(3:110)

No relato de um caso, a psicóloga relata ter trabalhado com o paciente “*a respeito de sua futura saída, e levantando pontos, tais como o medo e as expectativas de ambos em relação à mesma; os limites e cuidados a serem tomados na rua, ao sair, como por exemplo, a procura de um posto de saúde, etc...*”(3:111). A autora não indica no artigo quais eram os “cuidados a serem tomados na rua”, não sendo possível identificar se tais cuidados dizem respeito à segurança e ao bem estar do chamado paciente, ou se tais procedimentos previam a segurança da sociedade em geral, à época da volta do detento à cidade, considerando que ele possa oferecer perigo. O artigo aponta esse caso como uma exceção, devido ao êxito obtido no processo de ressocialização desse sujeito, ainda que nenhum acompanhamento tenha sido feito junto ao paciente. “*Ele foi visto num jogo de futebol no Maracanã por outro paciente e parecia estar bem e feliz.*”(3:112), escreveu a autora ao final do relato de caso.

Outro aspecto merece destaque nesse artigo (3): a dificuldade de trabalho das mini-equipes (um médico, um assistente social e um psicólogo) que atuam juntos aos internos do HCTP apresentado no artigo, junto à comunidade, no sentido de prepará-la para o retorno do paciente, quando da sua saída do manicômio judiciário.

Diante de nossa impotência e das dificuldades de se trabalhar a comunidade para que esta tenha condições de receber o paciente sem família, optamos por trabalhar com os pacientes com família, que a partir do laudo médico foram agraciados com os benefícios da Liberdade Viglada ou da Saída Semanal, são aqueles privilegiados pelo atendimento familiar.(3:110)

A opção de somente trabalhar com aqueles internos que possuem algum tipo de suporte familiar, a despeito da certeza de que o paciente abandonado por sua família “*permanece internado até a sua morte*”(3:110), revela uma incongruência com a atuação baseada no respeito e na promoção da liberdade de todo o ser humano, preconizada pelo Código de Ética do Psicólogo. Tal “*escolha*” aproxima o *louco infrator*, especialmente o “*sem família*”, do conceito de *homo sacer*, de Giorgio Agamben (2002) – “*a quem qualquer um pode matar sem cometer homicídio, cuja existência é reduzida a uma vida nua despojada de todo direito*” (ARGÜELLO, 2005, p. 22). A figura ambígua do *louco infrator*, duplamente estigmatizada, abandonado pelo Estado, privado do direito de responder sobre seus atos, sem espaço social, sem garantia de cidadania à sua forma de estar no mundo, sem suporte familiar e, agora, abandonado pela equipe de saúde (?) do HCTP, encontra-se sem lugar no mundo dos homens tal como a figura do *homo sacer* de Agamben (2002).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Manicômios Judiciários: um desafio para a Reforma” – esse enunciado, escrito em um documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b, s/p), foi o desencadeador desta pesquisa. Surgiu, a partir daí, a curiosidade por entender um pouco mais sobre esse “desafio” – que saberes e/ou expedientes haviam deixado os manicômios judiciários à margem do processo histórico, político e social conhecido por Reforma Psiquiátrica. A escassez de literatura específica sobre os HCTPs conduziu à consulta em bases de dados, via rede mundial de computadores, o que resultou na constatação que, mesmo no meio eletrônico, com toda a facilidade e agilidade na troca de informações e nas publicações, pouco havia sobre o tema. Mas foi de lá, do reduzido número de artigos disponíveis sobre o tema, que se escolheu partir, para que fosse esboçado um primeiro entendimento sobre os HCTPs e, conseqüentemente, o tratamento dispensado ao *louco infrator* no Brasil.

Diante das mudanças conceituais e pragmáticas observadas nas políticas públicas de saúde mental, fomentadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, por que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTPs seguiam como desafio? O que se tem discutido em relação a essas instituições e às pessoas que lá vivem, muitas vezes em caráter perpétuo? Questionamentos como esses levaram à seguinte pergunta de pesquisa: Quais as principais perspectivas teóricas e práticas apresentadas nos artigos científicos publicados na BVS – Biblioteca Virtual em Saúde do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde/BIREME sobre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTPs?

Para responder essa questão, foram criados objetivos específicos atendidos por esta pesquisa, a saber:

Identificar artigos científicos que abordem temas relacionados aos HCTPs.

Utilizando os descritores *hospital de custódia, manicômio judiciário, HCTP, louco infrator, medida de segurança, periculosidade, inimputabilidade e psicologia jurídica*, foram encontrados 31 artigos sobre o tema na base de dados consultada – vale ressaltar que essa foi a base de dados que apresentou o maior número de publicações sobre o tema. Desses 31 artigos, quinze foram selecionados como objeto de estudo desta pesquisa.

Identificar as principais áreas de estudo sobre os HCTPs.

De acordo com os 31 artigos pré-selecionados, a área que mais tem se dedicado a escrever sobre os HCTPs é a Psiquiatria, seguida com distância pelo Direito, Psicologia, Enfermagem e Serviço Social.

Descrever as nomenclaturas utilizadas nos artigos selecionados para se remeter ao detento/paciente e ao HCTP.

As diferentes formas de se fazer referência ao *louco infrator* e ao HCTP originaram a categoria de análise intitulada **Prisão e/ou hospital**, que possibilitou, a partir da descrição da nomenclatura adotada em cada artigo, a problematização do caráter contraditório, híbrido, do HCTP – ora hospital, ora prisão, e da figura do chamado *louco infrator* – ora doente, ora criminoso. A variedade de expressões para designar, em especial, o inimputável que cumpre medida de segurança, demonstra a dificuldade de se compreender quem é esse sujeito. Nenhum nome parece ser capaz de dar conta da complexidade que acompanha esse indivíduo – sempre envolto em discursos médico-jurídicos, sob a chancela da periculosidade. Segue o *louco infrator* (ou o nome que se dê) preso entre dois mundos. Nem no hospital psiquiátrico, nem na prisão, ou nas duas instituições em um só tempo – em um mundo quase esquecido, quase invisível.

Demarcar as principais perspectivas teóricas e práticas apresentadas nos artigos selecionados.

Para a discussão das perspectivas teóricas apresentadas nos artigos estudados foram construídas duas categorias de análise: **periculosidade e medida de segurança**. Tais temas aparecem, em discussões específicas ou em breves menções, em todos os artigos estudados dada a sua relevância em qualquer discussão sobre os HCTPs e/ou o *louco infrator*. É em nome da suposta periculosidade do *louco infrator* que se justifica a criação e a aplicação da medida de segurança. Os artigos demonstram que o conceito de periculosidade, bem como o expediente da medida de segurança – em que pese a suspensão dos direitos e garantias fundamentais, segue sendo um desafio rumo à efetivação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. O *louco* segue tendo a noção de periculosidade atrelada à sua existência, como se esse indivíduo nada mais fosse (nem história, nem relações) do que alguém imprevisivelmente perigoso e violento. Por conta dessa suposta periculosidade, à sociedade é reservado o direito de exigir proteção e ter garantida a sua segurança, de colocar o “louco perigoso” em liberdade vigiada, sob tutela penal, com tratamento médico obrigatório, neutralizando sua periculosidade, visando à modificação de suas “disposições criminosas”. (FOUCAULT, 2000b, p.20). Ficou patente que a compreensão da criação da medida de segurança, bem como a discussão sobre a ambigüidade de sua finalidade (ora de natureza terapêutica, ora de caráter

punitivo) e os discursos que a mantêm como um recurso ainda amplamente utilizado, a despeito das discussões da Reforma Psiquiátrica e, especificamente, da Lei nº 10.216, é necessária em qualquer diálogo sobre os HCTPs.

As perspectivas práticas foram abordadas em uma categoria de análise específica. Frente às discussões e mudanças pragmáticas promovidas pelo movimento da Reforma, dois caminhos parecem ter sido abertos: uma tentativa de “humanização” dos HCTPs existentes, com estratégias como a melhoria do seu espaço físico, a contratação de equipe multiprofissional qualificada para atuar dentro da instituição, a criação de oficinas terapêuticas para os internos, dentre outras. Outra proposta que se abre, ainda mais coerente com a Constituição Federal e a Lei da Reforma é, tal como ocorre em Belo Horizonte com o PAI-PJ, a de garantir ao *louco infrator* o direito de responder sobre seu ato delituoso e de ser atendido pela rede de saúde de sua comunidade, como qualquer cidadão brasileiro, protegido por uma Constituição que anuncia saúde como “um direito de todos” e, que “todos são iguais perante a lei.”

Relacionar os conteúdos e as perspectivas teóricas e práticas encontrados nos artigos selecionados com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Foi criada uma categoria de análise chamada **HCTP e Reforma Psiquiátrica** para atender a esse objetivo. Os HCTPs têm ficado à margem das discussões do movimento da Reforma Psiquiátrica desde seu início – não foram contemplados nem pelo Projeto de Lei Paulo Delgado em 1989. Alguns autores dos artigos estudados apontam para a incompatibilidade da medida de segurança com as atuais discussões e práticas na área da saúde mental. Iniciaram-se discussões importantes sobre os HCTPs e sua oposição à Lei da Reforma, mas são ainda incipientes.

Caracterizar a atuação da Psicologia em relação aos HCTPs nos artigos selecionados.

As questões relacionadas à Psicologia foram abordadas na categoria de análise intitulada **HCTP e Psicologia**. Esta pesquisa, originalmente, almejava identificar as perspectivas práticas e teóricas apresentadas em artigos científicos publicados em periódicos da Psicologia, possibilitando o mapeamento da atuação do profissional psicólogo junto aos HCTPs, bem como a produção científica sobre esse tema nessa área. Essa produção mostrou-se praticamente inexistente nas bases de dados consultadas, o que fez com que a pesquisa se estendesse a artigos de outras áreas que abordassem a temática dos HCTPs. Pouco se sabe sobre a atuação dos psicólogos nos 19 HCTPs espalhados pelo Brasil, tampouco tem se

observado produção científica (artigos em base de dados *on-line*) na área da Psicologia sobre esse tema.

O acolhimento do tema de pesquisa, bem como o reconhecimento de sua relevância social e científica, junto ao corpo de professores responsáveis pelo estágio no Serviço de Mediação Familiar foi um facilitador para que este trabalho fosse realizado. Em contrapartida, o número reduzido de material específico sobre o tema, por vezes, retardou o avanço de algumas discussões e infligiu um trabalho de “garimpo” extenuante em alguns momentos. A apresentação desta pesquisa, quando ainda estava em andamento, no I Seminário Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental, realizado em setembro deste ano, na cidade de São Paulo, foi de grande valia para o aprimoramento de alguns pontos de discussão.

Dada a pouca atenção dispensada ao tema pela comunidade científica, em especial, pela área da Psicologia, espera-se que novas pesquisas possam ser originadas a partir deste estudo. A ampliação da noção de periculosidade a outros grupos marginalizados, que não somente o dos *loucos infratores* – discussão meramente apontada nesta pesquisa, pode ser objeto de estudo de trabalhos futuros. Assim como parece relevante a realização de um estudo sobre a atuação do psicólogo (ou profissionais da saúde de maneira geral) nos HCTPs. Por conta disso, sugere-se a realização de uma pesquisa de campo junto aos profissionais em atuação no HCTP de Florianópolis.

A questão dos HCTPs envolve atores de diversas áreas de conhecimento e de atuação, de forma que, para que ocorram mudanças efetivas em relação aos cuidados destinados ao *louco infrator*, é imprescindível a mobilização de vários setores. É preciso que os profissionais e as instituições de saúde, os operadores do Direito, os legisladores e o meio acadêmico – eminente espaço de produção de conhecimento científico, dediquem-se a essa questão. Por uma sociedade sem manicômios judiciários.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Homor sacer**: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2002.

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

_____. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARGÜELLO, Katie. **Do Estado social ao Estado penal**: invertendo o discurso da ordem. In: CONGRESSO PARANAENSE DE CRIMINOLOGIA, 1., 2005, Londrina. 2005.

BARRETO, Bianca Aparecida; VALENÇA, Alexandre; JOZEF, Flávio; MECLER, Kátia. Periculosidade e responsabilidade penal na esquizofrenia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 53, n. 5, set./out. 2004. Disponível em: < <http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-402691>>. Acesso em: 17 mai. 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROS, Denise Dias. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BASAGLIA, Franco; ONGARO, Franca Basaglia; CASAGRANDE, Domenico; JERVIS, Giovanni; COMBA, Letizia Jervis; PIRELLA, Agostino; SCHITTAR, Lucio; SLAVICH, Antonio. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRANDÃO, Helena H. Nagamine. **Introdução à Análise do Discurso**. 8. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos. **Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos**: uma amostra da realidade manicomial brasileira. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2004.

_____. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em < <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/1980-1988/L7209.htm>>. Acesso em 26. mar. 2009.

_____. Lei nº 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 2, 09 abr. 2001. Disponível em , < http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/lei_10216.htm> . Acesso em 16 mar. 2009.

_____. Ministério da Justiça. InfoPen. **Conceituação e classificação de estabelecimentos penais**. Disponível em <<http://www.mj.gov.br>> . Acesso em 26 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

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

_____. Portaria nº 1777, de 09 de setembro de 2003. Brasília, DF, set. 2003. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/sistemas-penitenciario-nacional/Portaria_1777.pdf> . Acesso em 20 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Justiça. **Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico** : Relatório Final. Brasília, 2002.

BRAVO, Omar Alejandro. As prisões da loucura, a loucura das prisões. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 19, mai./ago. 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=466094&indexSearch=ID>> . Acesso em: 17 mai. 2009.

BRITO, Leila Maria Torraca. Prefácio. In: BRITO, Leila Maria Torraca (Org.). **Psicologia e instituições de Direito: a prática em questão**. Rio de Janeiro: UERJ, 1995.

_____. Apresentação. In: BRITO, Leila Maria Torraca (Org.). **Temas da Psicologia Jurídica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

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

COIMBRA, Cecília Maria Bouças. Direitos humanos e a atuação na área jurídica. In: **Os direitos humanos na prática profissional dos psicólogos**. Brasília: CFP, 2003.

COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. **Relatório de Inspeção Nacional de Unidades Psiquiátricas em prol dos Direitos Humanos: uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras**. Brasília: CFP; OAB, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005.

_____. **Falando sério sobre prisões, prevenção e segurança pública: proposta do Conselho Federal de Psicologia para o enfrentamento da crise do sistema prisional**. Brasília: CFP, 2008.

CORDIOLI, Maria Sirene; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida. Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2006. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=15188&indexSearch=ID>>. Acesso em: 17 mai. 2009.

CORRÊA, Josel Machado. **O doente mental e o direito**. São Paulo: Iglu, 1999.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, set. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/02.pdf>> . Acesso em: 29 mar. 2009.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

DANTAS, Milena Amélia Franco; CHAVES, Antônio Marcos. Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o hospital de custódia. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 27, n. 2, jun. 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=501933&indexSearch=ID>>. Acesso em: 16 mai. 2009.

DANTAS JR, Alírio Torres. O manicômio judiciário e o conflito de identidade da psiquiatria. **Revista da ABPAPAL**, v. 9, n. 3, jul./set. 1987. Disponível em: , <<http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-57089>>. Acesso em: 17 mai. 2009.

DA ROS, Marcos. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. 2005. *in mimeo*.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate do legislativo. **Revista Saúde em Debate**, n. 35, jul. 1992. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=150851&indexSearch=ID>>. Acesso em: 17 mai. 2009.

DUARTE, André M. Sobre biopolítica: de Foucault ao século XXI, **Revista Cinética**, v.1, 2008.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 1996.

_____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000a.

_____. (Coord.). **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000b.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. **Resumos dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. **Vigiar e punir: o nascimento da prisão**. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOIÁS. **Secretaria da Saúde**. Disponível em: < <http://www.saude.go.gov.br> >. Acesso em: 03 mai. 2009.

GRUPO INTERINSTITUCIONAL. Nota pública sobre a Unidade Experimental de Saúde de São Paulo. Disponível em: < <http://www.projetosterapeuticos.com.br/noticia01.php?id=158> > . Acesso em: 01 nov. 2009.

IBRAHIM, Elza. O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro: hospital ou prisão? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 37, n. 2, jun./ago 1989. Disponível em: <<http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-65779>>. Acesso em: 17 mai. 2009.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, v. 5, n. 1, mar. 2004. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=418643&indexSearch=ID> >. Acesso em 17 mai. 2009.

JORGE, Marco Aurélio Soares. **Engenho dentro de casa**: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. 1997. 117 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

KOLKER, Tania; DELGADO, Pedro Gabriel. Tratar ou punir: um estudo sobre o louco infrator, no cenário da reforma psiquiátrica. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, 2003. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=453905&indexSearch=ID> > . Acesso em 03 abr. 2009.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (Org.); MINAYO, Maria Cecília de (Org.); AKERMAN, Marco

(Org.); DRUMOND JÚNIOR, Marcos (Org.); CARVALHO, Yara Maria de (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MAMELUQUE, Maria da Glória Caxito. A subjetividade do encarcerado, um desafio para a psicologia. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, v.26, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000400009&lng=es&nrm=> . Acesso em 01 jun. 2009.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. As contradições das medidas de segurança no contexto do Direito Penal e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Revista de Direito UPIS**, Brasília, v. 1, n. 1, jan. 2003. Disponível em: < http://www.upis.br/revistadireito/rev_dir_voll1.pdf >. Acesso em: 29 mar. 2009.

MÜLLER-GRANZOTTO, Marcos José; MÜLLER_GRANZOTTO, Rosane Lorena. **A clínica gestáltica da aflição e os ajustamentos ético-políticos**. In: GT CATARINA, 2., 2009, Florianópolis. 2009.

NETTO, Menelick Carvalho. Painel I: a interdição judicial e o acesso aos direitos de cidadania garantido pelas políticas públicas. In: **Relatórios do Seminário Nacional Há banalização nos atos de interdição judicial no Brasil?** Brasília, Câmara dos Deputados; CFP, 2005.

PAIM, Isaías. A crueldade da medida de segurança. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 46, n. 10, out. 1997. Disponível em: < <http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-306884> >. Acesso em: 17 mai. 2009.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9 (2), mai./ago. 2002. Disponível em: <<http://direitoeprocessopenal.blogspot.com/>> . Acesso em: 22 mar. 2009.

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

PINTO, Renato Sócrates Gomes. **A construção da justiça restaurativa no Brasil**: o impacto no sistema de justiça criminal. Disponível em: <<http://www.justiciarestaurativa.org/images/2006-03-06.0596321339/view>>. Acesso em: 31 out. 2009.

PRADO FILHO, Kleber. **Michel Foucault**: uma história da governamentalidade. Florianópolis: Insular; Rio de Janeiro: Achiamé, 2006.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal**, volume 1: parte geral, 5. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005.

QUEIROLO, Sílvia C. Periculosidade: da norma médica à norma jurídica. **Temas IMESC: Sociedade, Direito e Saúde**, v. 1, n. 2, dez. 1984. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=128382&indexSearch=ID> >. Acesso em: 17 mai. 2009.

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

_____. Só Kafka explica. In: BRITO, Leila Maria Torraca (Org.). **Psicologia e instituições de Direito: a prática em questão**. Rio de Janeiro: UERJ, 1995.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SANTA CRUZ, Maria Ângela. **O analisador “Unidade Experimental de Saúde”**: a expansão do biopoder através das políticas paulistas de ataque à política manicomial. Disponível em: < <http://www.projetosterapeuticos.com.br/noticia01.php?id=158> > . Acesso em: 01 nov. 2009.

SANTANA, Ana Flávia Ferreira de Almeida. **Qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais cumprindo medida de segurança em hospital de custódia e tratamento**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

SANTOS, Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos; SOUZA, Fernanda Silva de; SANTOS, Cláudia Verônica Salvador Caldeira dos. As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. esp., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea09.pdf>> . Acesso em: 17 mai. 2009.

SÃO PAULO. Decreto nº 53.427, de 16 de setembro de 2008. Cria e organiza, na Secretaria da Saúde, a Unidade Experimental de Saúde e dá providências correlatas. **Diário Oficial Estadual**, São Paulo, SP, p. 3, 17 set. 2009. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.set.08/iels176/E_DC-53427_160908.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2009.

SEQUEIRA, Vânia Conselheiro. Uma vida que não vale nada: prisão e abandono político-social. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, v.26, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <

http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000400012&lng=pt&nrm=iso. > . Acesso em: 16 ago. 2009.

SILVA, Marcus Vinicius Oliveira. Apresentação. In: **Os direitos humanos na prática profissional dos psicólogos**. Brasília: CFP, 2003.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da saúde, 2002.

SZASZ, Thomas. **Law, Liberty and Psychiatry**. New York: Macmillan, 1963.

VALENÇA, Alexandre; CHALUB, Miguel; MENDLOWICZ, Mauro Vitor; MECLER, Kátia; NARDI, Antonio Egidio. Responsabilidade penal nos transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 4, out./dez. 2005. Disponível em:

<<http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-438328>>. Acesso em: 17 mai. 2009.

VASCONCELOS, Eduardo. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. **Mnemosine**, v. 1. n. 0, 2004.

Disponível em: <

<http://www.cliopsyche.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/viewFile/194/268> >. Acesso em 04 abr. 2009.

VERANI, Sérgio de Souza. Alianças para a liberdade. In: BRITO, Leila Maria Torraca (Org.). **Psicologia e instituições de Direito: a prática em questão**. Rio de Janeiro: UERJ, 1995.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Protocolos de registro

Artigo 1

a) Título do artigo	Periculosidade: da norma médica à norma jurídica
b) Autor	Sílvia C. Queirolo
c) Instituição de origem do autor	Prefeitura do Município de São Paulo
d) Área de atuação do autor	Direito
e) Nome do periódico	Temas IMESC – Sociedade, Direito, Saúde
f) Ano de publicação do artigo	1984
g) Palavras-chave utilizadas na pesquisa de artigos na BVS/BIREME	“medida de segurança” (encontrado também com “periculosidade”)
h) Palavras-chave utilizadas pelo autor	polícia médica, higiene social, saúde pública; saber médico, saúde mental; medicina psiquiátrica, responsabilidade moral, periculosidade; prisão-asilo, justiça penal, medida de segurança, controle de criminalidade
i) Temática principal/abordagem do tema	Nascimento da polícia médica (nova função do médico). Interlocações entre justiça penal e medicina psiquiátrica. A periculosidade como ponto de cruzamento entre medicina e direito.
j) Método utilizado	Pesquisa bibliográfica. Apresenta a evolução histórica da interlocação psiquiatria e justiça penal.
k) Nomenclaturas utilizadas para designar o detento/paciente	“louco criminoso”(pp 93,96,97); “doente mental criminoso”(p. 96,); “preso-paciente”(p. 96)
l) Nomenclaturas utilizadas para designar o HCTP	“prisão-asilo”(pp 93,96,97); “asilo”(pp 95 e 96)
m) Perspectivas teóricas	“Se o isolamento em prisão-asilo tem aparentemente a função de conferir-lhe um estatuto especial, mais leve, distinto daquele conferido ao criminoso, face à sua irresponsabilidade penal, na verdade o que se lhe acaba conferindo é um estatuto de carga dupla: de doente e de criminoso, ao mesmo tempo. [...] A fundamentar tal atitude tem-se a periculosidade [...]”(p.97) “[...] a periculosidade é o ponto de cruzamento entre a medicina e o direito.”(p.98)
n) Perspectivas práticas	não apresenta
o) Menção à Reforma Psiquiátrica	não apresenta
p) Menção à Psicologia	não apresenta
q) Conclusões do artigo	O encontro da psiquiatria com a justiça penal foi eficaz em alguns aspectos: distribuiu os poderes, “expandiu o raio de ação da justiça sobre a criminalidade”(p.98) e ampliou o controle sobre a criminalidade – embora não tenha alcançado “uma

	contenção dos níveis crescentes da criminalidade.”(p.98)
r) Outros destaques	“A prisão-asilo vem resolver o impasse, calhando bem tanto para os médicos como para os magistrados.”(p. 97) “[...] durante a medida de segurança, se lançará mão de meios de tratamento (médicos, diga-se de passagem) que possibilitem a ‘cura da periculosidade’.”(p.98)
s) Data de acesso do artigo/resumo	17/05/2009 (resumo) – 21/08/2009 (artigo via comut)

Artigo 2

a) Título do artigo	O Manicômio Judiciário e o conflito de identidade da Psiquiatria
b) Autor	Alírio Torres Dantas Jr.
c) Instituição de origem do autor	Instituto Médico Penal de Pernambuco/Sociedade Pernambucana de Psiquiatria
d) Área de atuação do autor	Psiquiatria
e) Nome do periódico	Revista ABP-APAL
f) Ano de publicação do artigo	1987
g) Palavras-chave utilizadas na pesquisa de artigos na BVS/BIREME	“manicômio judiciário”
h) Palavras-chave utilizadas pelo autor	não apresenta
i) Temática principal/abordagem do tema	O autor fala de um conflito para a psiquiatria – a “ação terapêutica [...] é mediada por uma outra [...], o sistema jurídico-penal [...]”(p.104). Reflexões sobre a identidade da psiquiatria em relação aos manicômios judiciários.
j) Método utilizado	O autor “ressalta alguns aspectos da identidade social da psiquiatria”(p.103) partindo das observações feitas em um manicômio judiciário.
k) Nomenclaturas utilizadas para designar o detento/paciente	“paciente”(pp104 e 105); “interno”(p.106); “doente mental que comete um crime”(p.106)
l) Nomenclaturas utilizadas para designar o HCTP	“manicômio judiciário”(em todas as páginas)
m) Perspectivas teóricas	“A razão de ser do Manicômio Judiciário repousa no instituto penal da inimputabilidade. E sua finalidade é abrigar os pacientes que são encaminhados pelo juiz, ora para exame e perícia, ora para cumprimento da medida de segurança.”(p.104) “Enquanto a pena mira o passado e é determinada pela culpa, a medida de segurança mira o futuro e é determinada pela periculosidade.”(p.104) “Do ponto de vista terapêutico, não creio que haja dúvidas sobre as desvantagens da hospitalização prolongada. [...] fica claro que essa medida não é determinada por razões exclusivamente

	<p>terapêuticas.”(p.104)</p> <p>“É essa dupla representação social da loucura, fenômeno que demanda assistência e reclusão, que é posta em questão no conflito de identidade do Manicômio Judiciário.”(p.105)</p> <p>“O paciente ingressa na instituição não apenas por ser doente, mas porque sua doença o torna perigoso para a sociedade.”(p.105)</p> <p>“[...] embora a determinação da periculosidade psicopatológica de uma pessoa não constitua tarefa simples, a determinação de sua ausência, na vigência de distúrbios psicopatológicos, é, ao nível da prática social concreta, ainda mais difícil.”(p.105)</p> <p>“É certo que um crime pode ser punível, e que a sociedade pode reivindicar o direito de punir como forma de se proteger. É certo também que, na presença de distúrbios psicopatológicos, o doente mental pode cometer ou reincidir em crimes.”(p.106)</p>
n) Perspectivas práticas	não apresenta
o) Menção à Reforma Psiquiátrica	Não de forma direta. “O modelo asilar de assistência psiquiátrica tem sido exaustivamente criticado, pois com ele não se realiza saúde mental, que deveria ser a condição básica para legitimar a psiquiatria como instrumento a serviço da dignidade do homem.”(p.104)
p) Menção à Psicologia	Apenas menciona a presença de psicólogos no Instituto Médico-Penal (PE) onde trabalha.
q) Conclusões do artigo	<p>“Ao mesmo tempo que tratamos de doentes mentais na tentativa de ressocializá-los, contraditoriamente contribuimos para que lhes seja dada uma nova identidade estigmatizada. Ao mesmo tempo que a sociedade isenta de culpa o doente mental que comete um crime, condena-o de um modo inexorável por sua doença.”(p.106)</p> <p>“É fundamental discutirmos as contradições que surgem quando a punição é medicalizada. Não apenas porque [...] a reclusão é ainda mais severa, penosa e longa que a própria pena do imputável, mas também porque é reveladora das contradições de nossa própria identidade.”(p.106)</p>
r) Outros destaques	“A identidade da psiquiatria depende da noção de doença mental. [...] é o modo como a loucura vem a ser inserida na lógica do sistema social que determinará, concretamente, a identidade da psiquiatria.”(p.103)
s) Data de acesso do artigo/resumo	17/05/2009 (resumo) – 14/09/2009 (artigo via comut)

Artigo 3

a) Título do artigo	O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro: hospital ou prisão? ⁷
b) Autor	Elza Ibrahim
c) Instituição de origem do	Manicômio Judiciário Heitor Carrilho – Rio de Janeiro RJ

⁷ Artigo também publicado na Arquivos Brasileiros de Psicologia em 1989.

autor	
d) Área de atuação do autor	Psicologia
e) Nome do periódico	Jornal Brasileiro de Psiquiatria
f) Ano de publicação do artigo	1988
g) Palavras-chave utilizadas na pesquisa de artigos na BVS/BIREME	“manicômio judiciário”
h) Palavras-chave utilizadas pelo autor	hospital psiquiátrico; manicômio
i) Temática principal/abordagem do tema	Apresentação do MJ Heitor Carrilho, com descrição de seu funcionamento, “tentando dar ênfase ao Setor de Psicologia.”(p.109)
j) Método utilizado	Descrição do funcionamento da instituição e relato de um caso.
k) Nomenclaturas utilizadas para designar o detento/paciente	“interno”(p.110); “paciente”(pp 110 e111)
l) Nomenclaturas utilizadas para designar o HCTP	“instituição psiquiátrica-penal”(p.110); “hospital psiquiátrico-penal”(p.110); utiliza o nome da instituição Manicômio Judiciário Heitor Carrilho
m) Perspectivas teóricas	<p>“Sabemos que uma pessoa que ficou dez ou quinze anos num manicômio aceita a situação de internação como sua situação habitual[...]”(p.110)</p> <p>“[...] o indivíduo a ser tratado deverá participar ativamente no processo, buscando dentro de si mesmo as razões de seus conflitos.”(p.110)</p> <p>“O paciente é estigmatizado não só pela sua doença mas também por sua periculosidade.”(p.111)</p>
n) Perspectivas práticas	<p>“[...] o indivíduo a ser tratado deverá participar ativamente no processo, buscando dentro de si mesmo as razões de seus conflitos.”(p.110)</p> <p>Atendimento às famílias (Setor de Família). Esclarecimentos sobre o que é a doença, gênese e evolução, sintomas e “momentos críticos”(p.111)</p> <p>Saídas semanais “com o objetivo de preparar tanto o paciente, como a família, para a futura saída definitiva.”(p.110)</p> <p>Uso da medicação. Remissão do delírio.</p> <p>Praxiterapia. Grupo operativo.</p>
o) Menção à Reforma Psiquiátrica	não apresenta
p) Menção à Psicologia	<p>O artigo menciona que a “introdução de técnicos”(p.110), entre eles o psicólogo, significa “uma crescente valorização do aspecto recuperativo”(p.110) na instituição. Também fala sobre as dificuldades de atuação do psicólogo nesse campo: esse tipo de instituição não propicia a “visão subjetiva dos problemas individuais.”(p.110), ligação da figura do psicólogo com estruturas de poder.</p> <p>Descrição do Setor de Psicologia: Psicologia Clínica, Praxiterapia e Psicotécnica.</p>

q) Conclusões do artigo	O caso relatado (de saída definitiva da instituição), acompanhado pelo Setor de Família, foi citado como uma exceção, por ter sido bem sucedido.
r) Outros destaques	“[...] o doente mental é visto como alguém de quem se deve ter pena, e o criminoso é aquele que desperta ódio e revolta da sociedade.”(p.109) O pacientes abandonado por sua família “permanece internado até a sua morte.”(p.110)
s) Data de acesso do artigo/resumo	17/05/2009 (resumo) – 24/08/2009 (artigo via comut)

Artigo 4

a) Título do artigo	Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo
b) Autor	Pedro Gabriel Delgado
c) Instituição de origem do autor	UFRJ
d) Área de atuação do autor	Psiquiatria
e) Nome do periódico	Saúde em Debate
f) Ano de publicação do artigo	1992
g) Palavras-chave utilizadas na pesquisa de artigos na BVS/BIREME	“inimputabilidade”
h) Palavras-chave utilizadas pelo autor	não há
i) Temática principal/abordagem do tema	Em meio a discussões sobre “a cidadania dos doentes mentais”(p.80) fomentadas pelo Projeto de Lei 3657/89, aborda a questão do “louco infrator”, entre outras problematizações sobre loucura e cidadania.
j) Método utilizado	Debate em torno do Projeto de Lei 3657/89.
k) Nomenclaturas utilizadas para designar o detento/paciente	“ louco infrator ”(p. 81); “louco deliçante”(p.81)
l) Nomenclaturas utilizadas para designar o HCTP	“manicômio judiciário”(p. 81)
m) Perspectivas teóricas	“[...] a relação loucura/justiça penal [está] ancorada nos conceitos fundamentais de periculosidade e inimputabilidade. ”(p.81) “Não sendo culpável (“imputável”), o louco não pode ser punido, mas pode ser confinado [...] nos manicômios judiciais.”(p.81)
n) Perspectivas práticas	não apresenta
o) Menção à Reforma Psiquiátrica	O artigo fala sobre as discussões propiciadas pelo PL junto ao movimento da Reforma, mas não há referência a discussões sobre o HCTP e/ou louco infrator nesse âmbito.
p) Menção à Psicologia	não apresenta

q) Conclusões do artigo	O PL, de Paulo Delgado, “não se propõe tratar [...] da responsabilidade criminal e dos manicômios judiciários.”
r) Outros destaques	“[...] a não culpabilidade do louco infrator tem tido dois tipos de conseqüência distintos: a prisão perpétua nos manicômios judiciários para os loucos pobres, como regra; ou a impunidade para maridos homicidas, como exemplo de regularidade.”(p.81)
s) Data de acesso do artigo/resumo	17/05/2009 (resumo) – 21/08/2009 (artigo via comut)

Artigo 5

a) Título do artigo	A crueldade da medida de segurança
b) Autor	Isaías Paim
c) Instituição de origem do autor	USP
d) Área de atuação do autor	Psiquiatria
e) Nome do periódico	Jornal Brasileiro de Psiquiatria
f) Ano de publicação do artigo	1997
g) Palavras-chave utilizadas na pesquisa de artigos na BVS/BIREME	“medida de segurança” (encontrado também com “periculosidade”)
h) Palavras-chave utilizadas pelo autor	crueldade; medida de segurança
i) Temática principal/abordagem do tema	A adoção indiscriminada da medida de segurança por parte dos magistrados. A falência e a ineficácia do sistema prisional. A “periculosidade” (inquestionável) dos psicopatas. A separação de competências do juiz e do perito.
j) Método utilizado	Trata-se de um ensaio sobre o tema. Texto livre.
k) Nomenclaturas utilizadas para designar o detento/paciente	“enfermo”(pp 515,516,518 e 520); “doente mental que praticou um ato delituoso”(p.518); “doente mental”(p.520)
l) Nomenclaturas utilizadas para designar o HCTP	“manicômio judiciário”(pp 516,519 e 520); “casa de custódia e tratamento”(p.516)
m) Perspectivas teóricas	“A medida de segurança acarreta, de imediato, a restrição da liberdade, entregando os enfermos de mãos atadas à escravidão psiquiátrica.”(p.516) “[...] sempre existiram os defensores da coerção psiquiátrica rotulada de assistência e tratamento. Quando se trata de enfermos submetidos a medida de segurança, é quase certo que ele nunca mais será libertado.”(p.520) “Não se pode negar que certos transtornos mentais tendem a criar condições especiais de periculosidade.”(p.517) “[...] muitos doentes mentais, incapacitados temporariamente de

	<p>entender o caráter delituoso do ato praticado, não apresentam periculosidade.”(p.520)</p> <p>“Existe uma parcela de criminosos irrecuperáveis, representada pelos psicopatas.”(p.517)</p> <p>“[Os psicopatas:] aqueles que são criminosos por motivos genéticos [...]. São galhos podres que deveriam ser extirpados de maneira sumária.”(p.517)</p> <p>“Os únicos indivíduos realmente perigosos e que reincidem na prática de crimes são os psicopatas. [...] Esses são casos excepcionais e que deveriam ser eliminados sumariamente do meio social, sem os estardalhaços da cadeia elétrica ou dos pelotões de fuzilamento. A medicina tem meios suaves de eliminação, sem dor, sem sofrimento.”(p.520)</p> <p>“A investigação da periculosidade é da alçada exclusiva do psiquiatra.”(p.517)</p> <p>“Deve-se manter linhas divisórias nítidas entre o campo da perícia psiquiátrica forense e as atribuições da Justiça.”(p.518)</p> <p>“Ao perito compete esclarecer se o indivíduo inimputável é portador de periculosidade, mas este esclarecimento está à mercê de impressões subjetivas. [...] Não existem meios objetivos, critérios científicos para avaliar a periculosidade de alguém.”(p.518)</p> <p>“[...] o julgamento do psiquiatra é muitas vezes ditado em razão de preconceitos de classe.”(p.517)</p> <p>“[O magistrado] deve abandonar qualquer concepção de ‘tipos’ de criminosos e ‘leis’ criminológicas.”(p.519)</p> <p>“Deve o magistrado manter-se adstrito à psicologia que emana da própria experiência. [...] exercem influência certas concepções de escolas psicológicas de influência sensacionalistas, como a psicanálise, o behaviorismo, a psicologia da forma, o estruturalismo.”(p.519)</p>
n) Perspectivas práticas	<p>Alternativa às prisões: “[...] casas de custódia e tratamento, educandários, estabelecimentos de reeducação humanos, baseados no princípio do <i>open door</i>. [...] Esses estabelecimentos deveriam contar com a presença constante de psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais.”(p.517),</p> <p>“O mais adequado seria a construção de enfermarias psiquiátricas nos próprios presídios, serviços que deveriam ser orientados por psiquiatras, com sua equipe composta de enfermeiras, psicólogos e assistentes sociais.”(p.518)</p>
o) Menção à Reforma Psiquiátrica	<p>Sem citar diretamente. “A partir da década de 60, a psiquiatria vem experimentando grandes transformações, tanto em seus aspectos teóricos, quanto assistenciais. [...] Aos poucos foi ganhando força o movimento contrário à internação psiquiátrica prolongada [...]”(p.520)</p>
p) Menção à Psicologia	<p>Há a indicação do psicólogo como membro de uma equipe de trabalho, junto com o assistente social, coordenada pelo psiquiatra.</p>
q) Conclusões do artigo	<p>“[...] as transformações introduzidas no campo da [psiquiatria] não chegaram ao conhecimento dos magistrados. [...] insistem</p>

	na prática da aplicação da medida de segurança de maneira indiscriminada, o que vem contribuindo para a superlotação de presídios, com uma grande parcela de jovens que são presos e condenados pelo tráfico de drogas.”(p.521)
r) Outros destaques	<p>“Até alguns anos passados, esses criminosos eram enviados ao Manicômio Judiciário, mas, como tal instituição sofreu deformações insanáveis, foi extinta. Em sua substituição não resta senão as clínicas psiquiátricas.”(p.519)</p> <p>“O desenvolvimento da psicofarmacologia muito contribuiu para modificar o ambiente hospitalar, propiciando a criação de clínicas pequenas, sem o caráter tradicional do hospital psiquiátrico.”(p.521)</p>
s) Data de acesso do artigo/resumo	17/05/2009 (resumo) – 21/08/2009 (artigo via comut)

Artigo 6

a) Título do artigo	A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança
b) Autor	Maria Fernanda Tourinho Peres e Antônio Nery Filho
c) Instituição de origem do autor	USP/UFBA
d) Área de atuação do autor	Saúde Pública/Medicina
e) Nome do periódico	História, Ciências, Saúde - Manguinhos
f) Ano de publicação do artigo	2002
g) Palavras-chave utilizadas na pesquisa de artigos na BVS/BIREME	“medida de segurança” (encontrado também com “periculosidade”)
h) Palavras-chave utilizadas pelo autor	psiquiatria e direito penal; irresponsabilidade; inimputabilidade; irresponsabilidade; periculosidade; medida de segurança
i) Temática principal/abordagem do tema	Análise dos códigos penais e de textos de juristas. Discussão de “conceitos que sustentam o doente mental criminoso em seu lugar de ambigüidade [...]”(p.335)
j) Método utilizado	Análise dos códigos penais brasileiros e de textos de juristas.
k) Nomenclaturas utilizadas para designar o detento/paciente	“doente mental criminoso”(p.335); “loucos que cometem crimes”(p.337); “loucos-criminosos”(pp 338,341,347,349 e 353); “alienado criminoso”(p.341); “criminoso-louco”(p.345); “doentes mentais delinquentes”(pp 346 e 353)
l) Nomenclaturas utilizadas para designar o HCTP	“manicômio criminal”(pp 338 e 341.); “manicômio judiciário”(p.347 e 353); “hospital de custódia e tratamento”(p.353);
m) Perspectivas teóricas	“A medida de segurança inaugura, no campo do direito penal, a possibilidade de atuação frente à loucura, uma atuação travestida de tratamento e, em discurso, desprovida de aflição. A medida de segurança [é] ainda mais aflitiva do que a pena

	por seu caráter indeterminado.”(p.347)
n) Perspectivas práticas	não apresenta
o) Menção à Reforma Psiquiátrica	não apresenta
p) Menção à Psicologia	não apresenta
q) Conclusões do artigo	<p>“[...] o nosso código adotou o chamado sistema enumerativo, pelo qual a periculosidade não é reconhecida de forma geral, como característica do gênero humano, mas de certas classes de delinquentes, dentre os quais encontramos os ‘inferiorizados psíquicos’[...].”(p.350)</p> <p>“[...] a lógica mantém-se: o doente mental delinquente é englobado por uma estratégia que se centra na periculosidade – futuro, risco, probabilidade - , à qual cabe uma sanção indeterminada.”(p.353)</p> <p>“Na ‘estratégia da periculosidade’, a punição justifica-se como tratamento, e a prevenção fundamenta-se em um ato passado.”(p.353)</p> <p>“Para que ela [medida de segurança] seja aplicada, é suficiente a ‘razoável suspeita’ ou a ‘fundada suposição’ e, em se tratando de perigosos, não se aplica o clássico critério de solução da justiça <i>in dubio pro reo</i>, mas sim o <i>in dubio pro republica</i>.”(p.354)</p>
r) Outros destaques	“As medidas de segurança surgem no Código Penal brasileiro como medidas especiais para criminosos específicos: os doentes mentais perigosos.”(p.345)
s) Data de acesso do artigo/resumo	16/05/2009 (resumo) – 22/03/2009 (artigo já utilizado na fundamentação teórica)

Artigo 7

a) Título do artigo	Tratar ou punir: um estudo sobre o louco infrator, no cenário da Reforma Psiquiátrica
b) Autor	Tânia Kolker; Pedro Gabriel Delgado
c) Instituição de origem do autor	Instituto Franco Basaglia/Secretaria de Administração Penitenciária do RJ/UFRJ/Ministério da Saúde
d) Área de atuação do autor	Medicina/Psiquiatria
e) Nome do periódico	Psicologia Clínica
f) Ano de publicação do artigo	2003
g) Palavras-chave utilizadas na pesquisa de artigos na BVS/BIREME	“hospital de custódia”
h) Palavras-chave utilizadas pelo autor	saúde mental;psiquiatria forense;direitos humanos
i) Temática	“[...] levantamento realizado com 154 pacientes internos de um

principal/abordagem do tema	hospital de custódia [...], identificando-se sua situação clínica e institucional e o comportamento delituoso que motivou sua entrada no manicômio. [...] analisa-se o contexto institucional, político e jurídico das políticas de atenção ao louco infrator no Brasil [...].”(p.167) Discussão sobre “as saídas institucionais possíveis para a superação e a substituição progressiva, no concreto da rede de serviços e na legislação aplicável, deste dispositivo totalitário.”(p.168)
j) Método utilizado	Levantamento de dados no HCTP Heitor Carrilho – Rio de Janeiro.
k) Nomenclaturas utilizadas para designar o detento/paciente	“internos”(pp 167,178,179 e 180) ; “louco infrator”(pp 167,168,170,171,178 e 180) ; “pacientes mentais que cometem delitos”(p.168); “internados sob custódia judicial”(p.169); “internados por medida de segurança”(p.170); “internados em HCTP”(p.170); “pacientes”(pp172,173,174,175,176,177,178 e 179);
l) Nomenclaturas utilizadas para designar o HCTP	“HCTP”(pp 167,169,170,176,177 e 178) ; “manicômio”(p.167); “manicômio judiciário”(pp 168,169,170,178,179 e 180); “hospitais de custódia”(pp 169 e 180); “hospitais psiquiátricos-penais”(p.171)
m) Perspectivas teóricas	“A questão do louco infrator é o mais espinhoso desafio para uma política pública de saúde mental fundada na ética dos direitos humanos.”(p.168) “[...] estabelecimento que é, ao mesmo tempo, prisão e hospital, e onde de fato se reúnem e se potencializam as piores mortificações destas duas instituições totais.”(p.168)
n) Perspectivas práticas	O Seminário de Reorientação dos Hospitais de Custódia (2002) permitiu a reunião de “condições para rever a legislação psiquiátrico-penal e para propor medidas efetivamente viáveis para o tratamento deste problema.”(p.170) Saídas terapêuticas. Saídas terapêuticas assistidas. “Uma das estratégias mais promissoras consiste em inserir o paciente em CAPS da rede pública antes de ser solicitada a desinternação total.”(p.176) Objetivos encaminhados pela Superintendência de Saúde da Secretaria de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, em 2002, ao Ministério da Saúde – estudo do perfil sócio-econômico dos HCTPs do Rio de Janeiro e definição das ações a serem implementadas, por exemplo, bolsa-auxílio à família de egressos. PAI-PJ/MG: “[...] pacientes que cumprem medida de segurança sem internação em manicômio judiciário (mas internando-se em hospitais psiquiátricos da rede de saúde, se necessário, ou sendo atendido em CAPS.”(p.167) – onde, em 5 anos de programa, não houve um único caso de reincidência.
o) Menção à Reforma Psiquiátrica	Na esfera jurídica, “[...] propondo mudanças nos dispositivos legais que instituem o louco como incapaz para a vida civil e inimputáveis do ponto de vista penal”(p.168), muito pouco o movimento avançou. “[...] os inimputáveis continuam a ter como destino mais provável a internação perpétua.”(p.169) Necessidade de “incluir os manicômios judiciários na discussão sobre a reforma psiquiátrica.”(p.169)
p) Menção à Psicologia	não apresenta

q) Conclusões do artigo	<p>“A variável suporte familiar é determinante para o processo de desinternação e reintegração psicossocial do paciente.”(p.179)</p> <p>“Um cuidado censo clínico e social dos internos deve ser realizado [...]”(p.180)</p> <p>É preciso “criar novos dispositivos e novas instituições para a desinstitucionalização definitiva dos Manicômios Judiciários.”(p.180)</p>
r) Outros destaques	<p>“[...] as políticas de segurança atuais recortaram um novo personagem que se adapta muito mais ao novo perfil do <i>perigoso</i>: a figura do usuário-trafficante de drogas. [...] não levou, contudo, a nenhuma alteração no tratamento dado à questão do louco infrator.”(p.170)</p> <p>Na instituição pesquisada: “Acompanhando a evolução das críticas sobre as medidas de segurança, e para evitar a perpetuidade das internações, as perícias haviam deixado de avaliar se houve a cessação da periculosidade tinham passado a condicionar a desinternação à remissão da sintomatologia e à existência de suporte sociofamiliar.”(p.171)</p>
s) Data de acesso do artigo/resumo	17/05/2009 (resumo) – 13/04/2009 (artigo via comut – já utilizado na fundamentação teórica)

Artigo 8

a) Título do artigo	Direito Penal da Loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica
b) Autor	Paulo Vasconcelos Jacobina
c) Instituição de origem do autor	Procuradoria Regional da República
d) Área de atuação do autor	Direito
e) Nome do periódico	Revista de Direito Sanitário
f) Ano de publicação do artigo	2004
g) Palavras-chave utilizadas na pesquisa de artigos na BVS/BIREME	“medida de segurança”
h) Palavras-chave utilizadas pelo autor	transtornos mentais;direito penal;psiquiatria legal;reabilitação;instituições de saúde;reforma psiquiátrica
i) Temática principal/abordagem do tema	“O autor situa a loucura dentro do Sistema Penal Brasileiro, questionando a eficácia da aplicação da medida de segurança [...]. Destaca as contradições entre a Lei da Reforma Psiquiátrica [...] e a Lei de Execuções Penais [...]” Perspectiva do Direito Sanitário.
j) Método utilizado	Apresenta a evolução do conceito de loucura, problematiza loucura e direito, apresenta os princípios do direito sanitário, apresenta a Lei da Reforma Psiquiátrica, questiona a medida de segurança.

k) Nomenclaturas utilizadas para designar o detento/paciente	“doente mental que venha a praticar crime”(p.67); “enfermo”(p.67); “portadores de transtornos que tenham cometido crime”(p.78); “inimputável que cometeu um fato descrito pela lei como típico”(p.82); “louco que ‘passe ao ato’”(p.83)
l) Nomenclaturas utilizadas para designar o HCTP	“manicômio judiciário”(p.78); “HCTP”(p.82)
m) Perspectivas teóricas	<p>“Embora reputando irresponsável e inimputável o louco, porque tomado por uma entidade não-humana com uma vontade superior à sua, o direito brasileiro contemporâneo prorroga a jurisdição da justiça criminal para que a doença possa sofrer um julgamento penal e ser punida – sendo esse o significado do instituto da medida de segurança.”(p.69)</p> <p>“O Direito Penal passa a ser a prevenção de crimes futuros e inevitáveis, a serem cometidos por esse sujeito irremediavelmente mau contra os demais sujeitos irremediavelmente bons, a quem compete proteger para zelar por uma evolução adequada da sociedade. É a aplicação estrita do determinismo social ao direito.”(p.72)</p> <p>“[...] a entrega do louco ao ambiente manicomial apenas o cronifica.”(p.74)</p> <p>“Estabelecer, portanto, a constitucionalidade de um direito penal dirigido ao inimputável, e baseado na periculosidade social (juízo para o futuro) e não na culpabilidade (juízo para o passado) é muito complicado, do ponto de vista da afinação com a Constituição vigente. [...] aplicar-lhe uma medida de segurança é, em igual medida, complicadíssimo.”(p.76)</p> <p>“[...] não há como defender que a medida de segurança tem natureza sanitária e não punitiva sem evidenciar a contradição de um ‘hospital’ submetido ao sistema penitenciário, e não ao Sistema Único de Saúde.”(p.77)</p> <p>“São logicamente incompatíveis dispositivos do sistema penal que determinam a presunção de periculosidade do louco e o seu tratamento em função do tipo de delito [...], baseado em prazos fixos e rígidos, com as normas sanitárias que determinam que o tratamento visará como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio, e que o internamento só será indicado quando os recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes [...]”(p.79)</p> <p>“A potencialidade de prejudicar a outrem, e em particular de cometer crime, é da essência da pessoa humana, ‘louca’ ou ‘sã’. Perigosos somos todos, em tese [...]”(p.84)</p> <p>“Com o avanço filosófico, clínico e jurídico representado pela reforma psiquiátrica, a própria natureza da medida de segurança deve ser repensada.”(p.83)</p>
n) Perspectivas práticas	“Propomos a criação de um sistema de responsabilização coerente com os avanços da reforma psiquiátrica.”(p.84)
o) Menção à Reforma Psiquiátrica	“[...] a reforma psiquiátrica – como hoje é vista no âmbito do direito sanitário, implica ter a noção de cidadania como idéia

	<p>central na abordagem do paciente em busca da saúde mental, e passa por alguns parâmetros [...]: a) abordagem interdisciplinar [...]; b) negativa do caráter terapêutico do internamento; c) respeito pleno da especificidade do paciente [...]; d) discussão do conceito de ‘cura’, não mais como ‘devolução’ ao paciente de uma ‘sanidade perdida’, mas como trabalho permanente de construção de um ‘sujeito’[...]; e) a denúncia das estruturas tradicionais como estruturas de repressão e exclusão [...].”(p.74)</p> <p>Sobre a Lei da Reforma: “[...] o seu art. 1º determina que os direitos ali assegurados aos portadores dizer, de transtornos mentais devem ser garantidos ‘sem qualquer forma de discriminação’, incluída aí a discriminação pelo fato da ‘passagem ao ato’[...].”(p.78)</p> <p>A “Lei da Reforma” derroga a Lei de Execução Penal.</p>
p) Menção à Psicologia	não apresenta
q) Conclusões do artigo	<p>“Medida de segurança e reforma psiquiátrica – a impossível conciliação.”(p.81)</p> <p>“Em tempos de movimento antimanicomial, só um louco defenderia a internação compulsória como terapia bastante e suficiente para a reinserção do inimputável. Não há como ocultar, portanto, que essa medida não se dá em benefício do portador de transtornos mentais, mas que se dá tão-somente em favor da sociedade que se considera agredida e ameaçada pelo inimputável que cometeu um fato descrito pela lei como típico.”(p.82)</p> <p>“Urge reconstruir o próprio conceito de responsabilidade penal, de responsabilidade jurídica do louco, para torná-lo mais consentâneo com a visão contemporânea sobre a loucura.”(p.83)</p> <p>“Somente um diálogo multilateral, interdisciplinar e democrático [...] pode nos apontar um caminho para a construção de uma cidadania que se ajuste ao modo especial de ser.”(p.83)</p>
r) Outros destaques	<p>“[...] prevalece ainda no Direito uma noção desumanizadora da loucura, fruto do desenvolvimento do racionalismo e do positivismo tão arraigados nas ciências desde a sua origem.”(p.68)</p>
s) Data de acesso do artigo/resumo	17/05/2009 (resumo) – 14/09/2009 (artigo via comut)

Artigo 9

a) Título do artigo	Periculosidade e responsabilidade penal na esquizofrenia
b) Autor	Bianca Aparecida Barreto <i>et al</i>
c) Instituição de origem do autor	UFRJ/Manicômio Judiciário Heitor Carrilho/Faculdade de Medicina de Vassouras
d) Área de atuação do autor	Psiquiatria
e) Nome do periódico	Jornal Brasileiro de Psiquiatria

f) Ano de publicação do artigo	2004
g) Palavras-chave utilizadas na pesquisa de artigos na BVS/BIREME	“medida de segurança” (encontrado também com “periculosidade”)
h) Palavras-chave utilizadas pelo autor	psicose;violência;medida de segurança;psiquiatria forense
i) Temática principal/abordagem do tema	Conceitos de periculosidade e responsabilidade penal na esquizofrenia. Descrição dos “principais tipos clínicos de esquizofrenia.”(p.302). Relato de caso de “uma paciente esquizofrênica que cometeu homicídio [...].”(p.302)
j) Método utilizado	Revisão de literatura. Relato de caso.
k) Nomenclaturas utilizadas para designar o detento/paciente	“agente inimputável”(p.303); “ <i>homicidas anormais</i> ”(p.304); “paciente”(p.308); “pericianda”(p.306,307,308)
l) Nomenclaturas utilizadas para designar o HCTP	“HCTP”(p.303); “manicômio judiciário”(p.305,306,307,308)
m) Perspectivas teóricas	<p>“Ocorre [na esquizofrenia] como conseqüência do comprometimento global da personalidade, uma invalidez crônica.”(p.302)</p> <p>Parafraseando outro autor: “Atualmente, a opinião predominante é que a periculosidade [na esquizofrenia] não é tão pequena, ou até mesmo ausente, como até então se pensava, já que se pode observar uma super-representação de pacientes em população criminal violenta.”(p.304)</p> <p>“[Na esquizofrenia], na fase em que se observa deterioração da personalidade, os atos delituosos são, na maioria das vezes, súbitos e imotivados.”(p.306)</p> <p>“[Nos casos de esquizofrenia paranóide], esses doentes podem apresentar elevado grau de periculosidade.”(p.308)</p> <p>“Dentro do critério biopsicológico, a pericianda apresentava diagnóstico de esquizofrenia paranóide (componente biológico), que acarretou uma incapacidade de entendimento e determinação em relação ao delito cometido (componente psicológico).”(p.308)</p> <p>“O tratamento psiquiátrico adequado certamente contribuirá para que a pericianda tenha sua periculosidade reduzida ou cessada, e, assim, possa retornar ao convívio sociofamiliar e resgatar seus direitos de cidadania.”(p.308)</p>
n) Perspectivas práticas	não apresenta
o) Menção à Reforma Psiquiátrica	não apresenta
p) Menção à Psicologia	não apresenta
q) Conclusões do artigo	“A avaliação psiquiátrica realizada na perícia psiquiátrico-forense é fundamental, auxiliando a autoridade judicial a determinar o cumprimento de pena ou a medida de segurança [...].”(p.308)
r) Outros destaques	“[...] a avaliação da periculosidade não deixa de ter um caráter probabilista, uma vez que o comportamento humano não se

	sujeita a leis dedutivas ou preditivas de certeza.”(p.304)
s) Data de acesso do artigo/resumo	17/05/2009 (resumo) – 21/08/2009 (artigo via comut)

Artigo 10

a) Título do artigo	Responsabilidade penal nos transtornos mentais
b) Autor	Alexandre Martins Valença <i>et al</i>
c) Instituição de origem do autor	UFRJ/UFF/UERJ/Manicômio Judiciário Heitor Carrilho
d) Área de atuação do autor	Psiquiatria
e) Nome do periódico	Jornal Brasileiro de Psiquiatria
f) Ano de publicação do artigo	2005
g) Palavras-chave utilizadas na pesquisa de artigos na BVS/BIREME	“psicologia jurídica”
h) Palavras-chave utilizadas pelo autor	transtorno mental; responsabilidade penal; medida de segurança; psiquiatria forense
i) Temática principal/abordagem do tema	Descrição dos “limites e modificadores da responsabilidade penal”(p.329), da perícia psiquiátrico-forense, do exame psiquiátrico e do transtornos mentais relacionados à irresponsabilidade penal.
j) Método utilizado	“[...] revisão crítica sobre o tema, consultando autores especialistas na área de psiquiatria forense.”(p.328)
k) Nomenclaturas utilizadas para designar o detento/paciente	“acusado”(p.331); “periciando”(p.331); “condenado”(p.333)
l) Nomenclaturas utilizadas para designar o HCTP	“manicômio judiciário”(p.330);”HCTP”(p.333)
m) Perspectivas teóricas	Parafrazeando outro autor: “[...] a defesa da sociedade quando são aplicadas medidas de segurança [...] é ampla, porque a medida de segurança só é suspensa com a verificação de que <i>cessou a periculosidade</i> .”(p.333) Parafrazeando outro autor: “[...] é essencial estabelecer a diferença entre o psicopata genuíno e a personalidade anormal ou desajustada. [...] a personalidade psicopática é um anormal biológico, nasceu assim; o desajustado, um anormal social, tornou-se assim.”(p.333) “[...] recomenda-se bastante prudência ao juiz na opção do que é mais necessário ao condenado: imposição de pena reduzida [...], internação em hospital de custódia [...] ou tratamento ambulatorial [...]. Essa escolha pode representar um dilema em virtude da precariedade de nossos sistemas carcerários e psiquiátricos.”(p.333)

n) Perspectivas práticas	não apresenta
o) Menção à Reforma Psiquiátrica	não apresenta
p) Menção à Psicologia	não apresenta
q) Conclusões do artigo	“A avaliação da responsabilidade penal é de extrema importância para que se possa aplicar, a cada caso, medidas de segurança e sanções penais e correccionais adequadas.”(p.328)
r) Outros destaques	“[...] a perícia psiquiátrico-forense é retrospectiva, ou seja, cabe-lhe informar à autoridade judicial o estado mental à época relacionada aos fatos (delito).”(p.331)
s) Data de acesso do artigo/resumo	17/05/2009 (resumo) – 24/08/2009 (artigo via comut)

Artigo 11

a) Título do artigo	Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos
b) Autor	CARDIOLI <i>et al</i>
c) Instituição de origem do autor	UFSC/HCTP de Florianópolis/GEHCE
d) Área de atuação do autor	Serviço Social/Enfermagem
e) Nome do periódico	Escola Anna Nery - Enfermagem
f) Ano de publicação do artigo	2006
g) Palavras-chave utilizadas na pesquisa de artigos na BVS/BIREME	“hospital de custódia”
h) Palavras-chave utilizadas pelo autor	hospital; pacientes; saúde mental
i) Temática principal/abordagem do tema	Percepção dos internos de um HCTP sobre a instituição.
j) Método utilizado	Pesquisa qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, com o objetivo de identificar a percepção de internos do HCTP de Florianópolis sobre a instituição. Entrevistas semi-estruturadas com cinco internos e observação participante. Análise de conteúdo.
k) Nomenclaturas utilizadas para designar o detento/paciente	“internos”(pp 2,4,5,6,7,8,9); “ ‘louco infrator’ ”(p.3); “pessoas portadoras de distúrbios mentais que cometeram algum delito”(p.3)
l) Nomenclaturas utilizadas para designar o HCTP	“HCTP”(pp 2,3,4,5,6,7,8,9); “hospital de custódia”(p1); “manicômio judiciário”(p.10)
m) Perspectivas teóricas	Estudo de Goffman sobre as instituições totais. “Não obstante, os avanços alcançados na legislação e assistência aos portadores de transtornos mentais, a temática da medida de

	<p>segurança tem sido pouco aprofundada na Reforma Psiquiátrica Brasileira [...]. Permanece o desafio do fortalecimento da rede de atenção extra-hospitalar e da capacitação dos profissionais da saúde e da Justiça para o redirecionamento da assistência ao ‘louco infrator’.(p.3)</p> <p>“[...] diferentemente de outras enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador muitas vezes não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem uma temporalidade previsível. [...] o tratamento ganha contornos impositivos para o doente, que raras vezes colabora, conscientemente, no seu processo de recuperação.”(p.3)</p> <p>“O HCTP é um órgão de defesa social e de clínica psiquiátrica.”(p.3)</p> <p>“A persistência de um quadro clínico psiquiátrico descompensado e a ineficácia da intervenção tendem a cronificar o portador de transtorno mental.”(p.7)</p>
n) Perspectivas práticas	<p>Espaços de lazer e de expressão para os internos.</p> <p>“O que tem contribuído para a reinserção social de um grupo de pacientes é a vinculação dos mesmos ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), possibilitando sua integração à rede de apoio em saúde mental, imprescindível por ocasião da alta.”(p.8)</p> <p>“Ressalta-se que as oficinas de trabalho podem viabilizar ao interno a qualificação necessária para a ocupação de cargos quando retornar ao convívio social. Além disso, é fundamental para que o interno sinta-se útil e importante como ser humano.”(p.9)</p>
o) Menção à Reforma Psiquiátrica	<p>“[...] a temática da medida de segurança tem sido pouco aprofundada na Reforma Psiquiátrica Brasileira [...].”(p.3)</p>
p) Menção à Psicologia	<p>Na fala de um dos internos: “<i>Melhorar a alimentação, mais respeito dos agentes prisionais, atendimento mais freqüente pela assistente social, psicóloga.</i>”(p.9)</p>
q) Conclusões do artigo	<p>“[...] as condições institucionais apresentam-se distantes das consideradas ideais pela Reforma Psiquiátrica, necessitando adequar-se ao preconizado pelo novo paradigma de atendimento ao portador de transtorno mental.”(p.2)</p> <p>“O HCTP é uma instituição predominantemente custodial, na qual o tratamento e suas condições de funcionamento são questionados pelos pacientes.”(p.9)</p>
r) Outros destaques	não apresenta
s) Data de acesso do artigo/resumo	17/05/2009

Artigo 12

a) Título do artigo	As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator
b) Autor	Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos <i>et al</i>

c) Instituição de origem do autor	UFF/UERJ/UniverCidade/HCTP Henrique Roxo
d) Área de atuação do autor	Enfermagem/Direito
e) Nome do periódico	Texto & Contexto - Enfermagem
f) Ano de publicação do artigo	2006
g) Palavras-chave utilizadas na pesquisa de artigos na BVS/BIREME	“hospital de custódia” (encontrado também com “periculosidade”)
h) Palavras-chave utilizadas pelo autor	enfermagem psiquiátrica; direito penal; psiquiatria legal
i) Temática principal/abordagem do tema	A atitude de profissionais de enfermagem no cuidado ao <i>louco infrator</i> .
j) Método utilizado	Estudo qualitativo-descritivo com 20 profissionais da equipe de enfermagem do HCTP de Niterói RJ sobre as atitudes deles em relação ao cuidado ao <i>psicótico-infrator</i> . Aplicação de questionário. Análise de conteúdo.
k) Nomenclaturas utilizadas para designar o detento/paciente	“psicótico-infrator” (pp 1,2,3,6,8,9); “louco-criminoso”(pp 3,5,7,9)
l) Nomenclaturas utilizadas para designar o HCTP	“HCTP”(pp 3,4.); “manicômio judiciário”(pp 4,6,7,8,9)
m) Perspectivas teóricas	Cita resolução do Conselho Federal de Enfermagem sobre “o respeito à vida, à dignidade e aos direitos da pessoa em todo seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza.”(p.3) “[...] psicótico-infrator – aquele que cometeu crime em decorrência da doença mental[...].”(p.2) “O HCTP [...] é uma instituição protetora da sociedade retendo aqueles que, em decorrência de transtorno mental, violaram as leis de sociabilidade civil [...]”(p.4) “Surge, assim, a medida de segurança como solução a essa problemática.”(p.5) “Sendo o agente incapaz de conter os impulsos criminosos determinados por sua anomalia psíquica, a sistemática crime/castigo é inútil e imoral.”(p.5) “Nesse ambiente de tensão, o profissional é obrigado a estar alerta a todo o tempo [...]. Além de atuar com profissional da saúde na promoção do bem estar dos internos, ele se coloca como guardião de sua vida e dos seus colegas de trabalho.”(p.8)
n) Perspectivas práticas	“O profissional de enfermagem deve assumir seu lugar na equipe multiprofissional como agente de um saber subsidiado pelas ciências sociais e humanas para garantir um lugar importante na construção de um novo paradigma assistencial acerca de uma clientela colocada à margem e excluída.”(p.9)
o) Menção à Reforma Psiquiátrica	não apresenta
p) Menção à Psicologia	Ao elencar as atribuições da equipe de enfermagem, cita o auxílio

	aos técnicos (entre eles, o psicólogo).
q) Conclusões do artigo	A atitude dos profissionais de enfermagem em relação ao <i>louco infrator</i> depende da definição que ele faz da “clientela”(p.9): <i>apenas doentes, doentes criminosos, apenas criminosos.</i> “[...] o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem no Manicômio Judiciário é composto de práticas morais e domésticas para as quais não se justifica um saber com bases no conhecimento científico.”(p.9)
r) Outros destaques	Os profissionais da equipe de enfermagem não participam das reuniões da equipe multiprofissional. “[...] a equipe terapêutica sempre buscando criar um ambiente que proporcione tratamento [...]”(p.4) “[...] a equipe de segurança [...] sem eles o caos se instalaria [...]”(p.4) “São doentes, quando se apresentam debilitados, deprimidos ou em surto psicótico, despertando na equipe compaixão, desejo de cuidar, etc. E criminosos, quando se colocam de forma ameaçadora e representam algum tipo de perigo iminente à vida de alguém da equipe.”(p.7) “A assistência mecanizada manipula, ordena e domestica os corpos, forjando práticas institucionalizadas, para as quais não é preciso conhecimento científico [...], são apenas práticas domésticas, aplicadas no espaço institucional com o objetivo de legitimar e consolidar um poder sobre corpos e mentes doentes.”(p.8)
s) Data de acesso do artigo/resumo	17/05/2009

Artigo 13

a) Título do artigo	Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos
b) Autor	Ludmila Cerqueira Correia <i>et al</i>
c) Instituição de origem do autor	UFPB/UCSAL/UFBA
d) Área de atuação do autor	Direito/Saúde Pública
e) Nome do periódico	Cadernos de Saúde Pública
f) Ano de publicação do artigo	2007
g) Palavras-chave utilizadas na pesquisa de artigos na BVS/BIREME	“hospital de custódia” (encontrado também com “HCTP”)
h) Palavras-chave utilizadas pelo autor	hospitais psiquiátricos; direitos à saúde; direitos humanos; saúde mental
i) Temática principal/abordagem do tema	Discussão do direito à saúde nos HCTPs na perspectiva dos direitos humanos.

j) Método utilizado	Revisão bibliográfica
k) Nomenclaturas utilizadas para designar o detento/paciente	“ peças com transtorno mental autoras de delito ”(todas as páginas); “loucos infratores”(pp 3 e 6); “apenado”(p.5)
l) Nomenclaturas utilizadas para designar o HCTP	“manicômio judiciário”(pp 1, 2 e 3); “HCTP”(todas as páginas)
m) Perspectivas teóricas	<p>Perspectiva dos direitos humanos.</p> <p>“O conceito de periculosidade presumida justificou a criação e a manutenção do instituto da medida de segurança como forma de proteger a sociedade daquele que é perigoso <i>a priori</i>.”(p.4)</p> <p>“[...] a medida de segurança possibilita uma segregação indeterminada, pois se o laudo psiquiátrico concluir que não cessou a periculosidade do paciente, este deverá permanecer internado.”(p.4)</p> <p>“[...] propõe-se que a internação compulsória em HCTP mantenha-se coerente com os mesmos princípios éticos de garantia de direitos humanos, de forma que a penalização da pessoas não se sobreponha ao direito de uma atenção integral às necessidades de saúde.”(p.5)</p> <p>“Vislumbra-se [...] a possibilidade de operacionalizar uma dinâmica que assimile tanto o princípio da Integralidade quanto o da Equidade, na perspectiva do SUS e dos Direitos Humanos.”(p.6)</p> <p>“Cabe aos agentes do Estado a materialização da responsabilidade no cumprimento da função social a ele destinada.”(p.6)</p>
n) Perspectivas práticas	<p>“Propõe-se que ela venha a ser julgada e, se condenada, receberá uma pena pelo ato praticado. Assim, configurando-se necessário o seu tratamento psiquiátrico, a pessoa autora de delito deve ter acesso ao mesmo, de acordo com suas características e necessidades individuais.”(p.4)</p> <p>Cita o PAI-PJ como uma possibilidade concreta de reorientação da atenção destinada ao <i>louco infrator</i>. Defende que a <i>pessoa com transtorno mental autora de delito</i> possa responder sobre seu ato delituoso.</p>
o) Menção à Reforma Psiquiátrica	<p>Situa a Reforma Psiquiátrica dentro da política de saúde mental contemporânea.</p> <p>“A Reforma Psiquiátrica não tem contemplado a reorientação das práticas assistenciais desenvolvidas no âmbito dos HCTP.”(p.6)</p>
p) Menção à Psicologia	<p>O texto fala sobre a necessidade de interdisciplinaridade – de interlocução entre diversas áreas, entre elas, a Psicologia. E, ressalta, que o PAI-PJ, programa considerado exitoso, é estruturado de forma multidisciplinar.</p>
q) Conclusões do artigo	<p>“A manutenção do modelo hegemônico de atenção psiquiátrica aos <i>loucos infratores</i> tem favorecido uma assistência custodial, impossibilitando mudanças que venham a integrar a pessoa à sua comunidade e, especialmente, o respeito aos direitos individuais previstos pela <i>Constituição</i> de 1988. Considera-se</p>

	que os dispositivos do <i>Código Penal</i> que criaram a inimputabilidade e a medida de segurança estão ultrapassados e inadequados, necessitando de mudanças que passem a considerar todas as pessoas como efetivamente iguais perante a lei, sem a inimputabilidade ou irresponsabilidade e a medida de segurança.”(p.6)
r) Outros destaques	não apresenta
s) Data de acesso do artigo/resumo	17/05/2009

Artigo 14

a) Título do artigo	As prisões da loucura, a loucura das prisões
b) Autor	Omar Alejandro Bravo
c) Instituição de origem do autor	Municipalidad de Rosário – Argentina
d) Área de atuação do autor	Psicologia
e) Nome do periódico	Psicologia & Sociedad
f) Ano de publicação do artigo	2007
g) Palavras-chave utilizadas na pesquisa de artigos na BVS/BIREME	“medida de segurança”
h) Palavras-chave utilizadas pelo autor	discurso psiquiátrico; periculosidade; análise de discurso
i) Temática principal/abordagem do tema	Análise dos discursos psiquiátrico e jurídico em relação aos “considerados portadores de doença mental e declarados legalmente inimputáveis.”(p.1).
j) Método utilizado	Análise do discurso e análise institucional a partir dos laudos sobre “sujeitos que cumprem medida de segurança.”(p.1) na Ala de Tratamento Psiquiátrico do Presídio da Colméia, na cidade de Gama DF – com análise de cinco casos selecionados.
k) Nomenclaturas utilizadas para designar o detento/paciente	“portadores de doença mental e declarados legalmente inimputáveis”(p.1), “sujeitos que cumprem medida de segurança”(p.1), “sujeitos considerados legalmente inimputáveis”(p.2), “internos que cumpriam medida de segurança”(p.4), “apenado”(pp 3 e 4), “ segurado ”(pp 4, 6, 7 e 8), “periciado”(p.6).
l) Nomenclaturas utilizadas para designar o HCTP	“manicômios judiciários” (p.9), “hospitais de custódia e tratamento”, além da utilização de nomes de instituições (exemplo: Manicômio Judiciário Heitor Carrilho).
m) Perspectivas teóricas	“Essa associação do discurso psiquiátrico com o jurídico e as práticas institucionais relacionadas leva à deteriorização individual e social desta população e, com frequência, à sua cronificação institucional.”(p.1). “[...] os sujeitos não têm condições de elaborar o fato criminoso

	cometido, elaboração esta que contribuiria para um processo clínico.”(p.8). “A crítica aos supostos discursivos e institucionais atuais que permitem a aplicação das medidas de segurança implica também a discussão de um modelo de justiça penal e de sociedade, a qual deve ter um caráter solidário e inclusivo que lhe permita resolver seus conflitos por meio de outros caminhos que não os da punição e da violência institucional.”(p.9).
n) Perspectivas práticas	não apresenta
o) Menção à Reforma Psiquiátrica	não apresenta
p) Menção à Psicologia	não apresenta
q) Conclusões do artigo	O discurso psiquiátrico prevalece sobre o jurídico. É o psiquiatra que determina a responsabilidade penal e a inimputabilidade do sujeito. A lógica psiquiátrica não mais se norteia pelo diagnóstico/prognóstico, passa a assumir a função de julgamento e de sanção. “O operador discursivo que permite à psiquiatria ocupar esse espaço é o da periculosidade.”(p.7).
r) Outros destaques	“A desconstrução do funcionamento desses mecanismos [instituições e discursos], a análise de seu caráter ideológico e sua funcionalidade institucional colocam também em questão a ética do profissional da saúde mental, que deve assumir perante os mesmos, uma definição política das características do seu trabalho e um compromisso com o esclarecimento das reais causas da existência dos mesmo.”(p.3).
s) Data de acesso do artigo/resumo	17/05/2009

Artigo 15

a) Título do artigo	Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia
b) Autor	Milena Amélia Franco Dantas e Antônio Marcos Chaves
c) Instituição de origem do autor	UFBA
d) Área de atuação do autor	Psicologia
e) Nome do periódico	Psicologia: ciência e profissão
f) Ano de publicação do artigo	2007
g) Palavras-chave utilizadas na pesquisa de artigos na BVS/BIREME	“hospital de custódia”
h) Palavras-chave	loucura; saúde mental; guardas prisionais; representações

utilizadas pelo autor	sociais
i) Temática principal/abordagem do tema	Representações sociais de guardas de um HCTP (Sergipe) sobre o tratamento dos internos da instituição frente “a demanda por práticas e uma política que atenda aos propósitos da reforma psiquiátrica e da legislação penal brasileira.”(p.1)
j) Método utilizado	Entrevista semi-estruturada com dez sujeitos. Análise de conteúdo.
k) Nomenclaturas utilizadas para designar o detento/paciente	“internos”(pp 1 e16); “interno/paciente” (pp1,4,8 e 9); “louco infrator” (pp 2,3 e 9); “paciente” (pp.11,12,14 e 16)
l) Nomenclaturas utilizadas para designar o HCTP	“HCTP” (pp 1,2,3,4,8,9,10,14 e15); “manicômio judiciário” (pp 3,4,6 e 9)
m) Perspectivas teóricas	Leitura dos dados a partir da teoria das representações sociais. “A noção de periculosidade [...] é chave para compreender toda a trama de relações que envolvem o louco infrator e a sua inexpressividade social, enquanto cidadão de direitos.”(p.5)
n) Perspectivas práticas	Importância da “entrada de profissionais de saúde mental no HCTP”(p.3).
o) Menção à Reforma Psiquiátrica	“A propósito da escancarada política de exclusão, que, muito longe de incomodar a sociedade, a tranquiliza, temos que o movimento de luta em prol da reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo contribuiu para alarmar e denunciar as irregularidades e os abusos cometidos no âmbito dos hospitais e asilos, onde ainda são, diariamente, constatadas práticas discriminatórias e maus-tratos, que não só marginalizam como degradam a pessoa portadora de transtorno mental.”(p.2) “A reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização estão imbricados como um só processo, refletindo novas possibilidades de atuação frente à loucura e propondo novos modos de a sociedade relacionar-se com ela.”(p.6)
p) Menção à Psicologia	De forma geral, menciona a resistência ao trabalho dos profissionais da saúde, entre eles o psicólogo, no HCTP. Fala de um dos entrevistados: “[...] aqui é tudo um faz-de-conta...aqui tem um psicólogo que não serve pra nada...aí eu não quero nem pensar, porque cada um na sua função[...]”(p.14)
q) Conclusões do artigo	“A instituição está longe de ser um hospital, não tem funcionalidade enquanto tal, dado o modelo de aprisionamento do sujeito, mas os entrevistados expressam a necessidade de fazer valer o projeto de reorientação proposto inicialmente com a entrada de profissionais de saúde.”(p.15) “[...] constatamos a dispersão de práticas punitivas e a progressiva sensibilização dos guardas à condição dos internos, que ainda são representados como inábeis e perigosos, em função de supostas reações imprevisíveis e surtos de agressividade.”(p.16)
r) Outros destaques	“Uma das maiores dificuldades enfrentadas nessa área são as relações conflituosas entre a Justiça e a saúde, constatadas nos procedimentos arbitrários dos juizes de Direito, principalmente quando da aplicação da medida de segurança.”(p.6) Fala de um dos entrevistados: “[...] <i>As vezes, tinha agressão a</i>

	<i>algum interno, né? Agressão física, né?...agora não é agressão física, é agressão psicológica...olha, você vai pro almoço tal hora, você vai dormir tal hora...são agressões, mas são mais veladas...isso mudou um pouco mais[...]”(p.13)</i>
s) Data de acesso do artigo/resumo	16/05/2009