

LOUCO INFRATOR: LIMIAR ENTRE O CUIDADO E A PUNIÇÃO

2017

Taiane dos Santos Ventura

Psicóloga, formada pela Faculdade Ruy Barbosa. Especializanda em Psicologia Hospitalar (FRB) - Brasil

E-mail de contato:
taianeventura@hotmail.com

RESUMO

Atualmente diversas problemáticas que envolvem o doente mental estão em pauta devido a uma tentativa de novo posicionamento diante do entendimento das patologias e suas complexidades, além de uma superação de antigos dogmas que regiam, e ainda regem, a maneira como a sociedade enxerga este sujeito. Analisando mais especificamente o contexto do louco infrator, características como o aprisionamento e o descaso estão presentes há muitos séculos, pelo fato da decorrência de uma marginalização dos indivíduos que podem perturbar a ordem social. Com o passar do tempo, poucas opções foram dadas a esses sujeitos e, mais especificamente no Brasil, movimentos como a Reforma Psiquiátrica e a criação das Medidas de Segurança tornaram o tratamento do louco infrator cada vez mais padronizado, apesar do caráter humanizador dito na lei. Em contrapartida, projetos realizados no país, mostram que há outras alternativas que podem tratar deste tema com maneiras viáveis e possibilitadoras de uma maior socialização deste sujeito incompreendido. Com isto, o presente artigo objetiva revisar a literatura que aborda a temática em questão, de forma a explicitar as contribuições de tais práticas para o atendimento aos portadores de transtornos mentais que praticam algum delito, e também apontar as limitações que precisam ser superadas.

Palavras-chave: louco infrator, medida de segurança, reforma psiquiátrica.

Copyright © 2018.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



PSIQUIATRIA E DIREITO: O CRIME LOUCO

A lógica cartesiana, que possibilitou o surgimento do conceito de sujeito como entendemos atualmente, teve efeitos diretos sobre a loucura. Começa a nascer, neste momento, um perigo iminente que emana da loucura, considerada como irracional. O projeto moderno deixou de fora tudo que afrontava a lógica cartesiana, destituindo do lugar de saber alguns sujeitos onde as luzes da razão não conseguiam penetrar. A oposição entre loucura e razão destinou milhares de loucos aos porões da loucura, entregues à própria sorte pelo perigo que passaram a representar.

Surge daí o conceito de periculosidade, diretamente ligado a higienização da sociedade, o louco, por portar uma doença mental já representa o perigo, intrínseco, eminente para a sociedade, por isso, por muito tempo, o espaço para esses indivíduos foram os alojamentos. Apesar de toda a discussão referente ao assunto, o doente mental ainda ocupa esse lugar de exclusão. A periculosidade é inerente ao comportamento humano, qualquer pessoa (portadora ou não de doença mental) pode, em algum momento, cometer um crime, porém essa ideia encontra-se associada diretamente ao louco e essa ligação é atual e foi construída socialmente durante os séculos.

Segundo Brisset-Barros (2011) a alocação de periculosidade surge com a ideia do bem e do mal criada pelos religiosos. Inicialmente não existia a representação do louco como perigoso e sim como pecador, esse mal instaurado nos sujeitos perpassou pela ideia de “mal episódico”, com o estudioso Santo Agostinho, apresentando o indivíduo como um desviante do bem com chances de a ele retornar, mas se fixou com a teoria de Tomás de Aquino que fomenta o discurso do mal como inerente e permanente.

Se em Santo Agostinho o mal manifesto no pecado poderia sugerir uma situação episódica, desviante, o remédio era o sacrifício, que poderia conceder ao pecador a graça de retornar ao caminho da substância suprema; porém, em São Tomás de Aquino, como o mal foi tomado como algo que está nas coisas, alguns entes podem portá-lo, de modo permanente. Isso permitiu ao pensamento tomista conceber a tese dos anjos, e, entre eles, os decaídos. Estes são entes que têm vontade deliberada do mal, porque se desviaram imanentemente e sem chance de retornar ao estado anterior. A vontade obstinada dos anjos caídos se fixou no mal, de tal modo que o pecado nos demônios é irremissível. (AQUINO, T. 2006 apud BRISSET-BARROS, F. O., 2011, p. 42).

Pinel, com o conceito de alienação mental, reforça a ideia de periculosidade onde o louco, por sofrer de um déficit permanente, predispõe da crueldade (já que não tem consciência dos seus atos) colocando como inseparável a doença e o mal, e é a partir desse conceito que os manicômios judiciais se sustentam. É importante retratar que a história da medida de segurança se origina do pensamento pineliano e o direito cria uma forma de engradar na lei os que antes se encontravam sem espaço. O louco criminoso passa a receber a medida de segurança, ou seja, se internar em um manicômio judicial para tratar sua doença até que cesse sua periculosidade, consequentemente a sociedade está a salvo do perigo que agora encontra-se sob poder do estado e excluído do convívio social.

O Movimento Internacional do direito penal propôs a revisão do código e, no calor dos debates, no início do século XX, acabaram por definir uma medida de proteção social específica para casos onde os agentes do crime fossem doentes mentais. Tendo em vista a concepção unânime sobre a periculosidade intrínseca à loucura, o direito deveria apresentar um mecanismo especial para tratar o indivíduo perigoso, separando-o da sociedade até cessar a sua periculosidade, em nome da defesa social. (BULLETIN DE L'UNION INTERNACIONALE DE DROIT PENAL, 1910 apud BRISSET-BARROS, F. O., 2011, p. 46).

“Considerando que o delinquente cometeu um ato criminoso por determinações externas, o fim retributivo da pena não seria adequado, pois a saída criminosa foi efeito do contexto social em que vivia” (ANDRADE, 2004 apud RIBEIRO, 2006, p. 72). Deste modo, duas correntes de pensamento tratam a questão. A primeira defendia a tese de que o problema da criminalidade não exigiria uma nova sanção, a pena deveria permanecer, mudando apenas sua finalidade retributiva em preventiva, pois o homem precisava de tratamento e não de punição. Para os reincidentes, deveriam ser criadas penas acessórias, que figurariam junto às principais e, para os delinquentes habituais, as penas deveriam ser aumentadas. Para a segunda corrente, deveria ser criada, ao lado da pena de cunho retributivo, uma nova espécie de sanção criminal, de cunho preventivo, a Medida de Segurança.

Segundo Foucault (2002), as diversas formas de punir os sujeitos que colocavam a ordem e a paz social em perigo foram substituídas por um modelo único: o aprisionamento. O vigiar no lugar da punição, modelo economicamente mais sustentável, segundo o pensamento foucaultiano. As penas deixam de visar apenas o corpo, considerando agora o tempo de reclusão pela reincidência do ato e a gravidade deste. A reclusão não só afastava-os da circulação e dos atos delituosos, mas era meio eficaz de disciplinar suas ações.

A Reforma Psiquiátrica apresenta um novo modelo de cuidar do louco criminoso, onde não há espaço para o recolhimento do paciente jugulado à medida de segurança em cadeia pública ou qualquer outro estabelecimento prisional. Essa condição, que muitas vezes não é respeitada na prática devido à não implementação de políticas públicas de atenção à saúde mental, infringi o modelo instituído pela Lei da Reforma Psiquiátrica. A lei 9.455/97 institui no art.1 (§ 1º), crime de tortura submeter “pessoa presa ou sujeita a medida de segurança a sofrimento físico ou mental, por intermédio da prática de ato não previsto em lei ou não resultante de medida legal”, sendo responsabilizado também aquele que se omite quando tinha a obrigação de impedir ou apurar a situação.

MEDIDA DE SEGURANÇA

Para que ocorra a possibilidade de aplicação da medida de segurança é preciso considerar dois pressupostos básicos. Primeiramente, a prática de um ato penal ilícito. O Estado não pode acionar seus dispositivos disciplinares sem que o sujeito cometa um ato contra a ordem social previamente previsto em Lei. O segundo pressuposto para a aplicação das Medidas de Segurança é a constatação da inimputabilidade, ou seja, quando o autor de um crime é considerado incapaz de responder pelo ato cometido, visto que é portador de doença mental que comprometeu seu entendimento do fato. Outro fator que é observado quando ocorre à prática de um ato ilícito é a periculosidade, está se propõe a considerar a disposição ou tendência do sujeito para agir de forma inadequada prejudicando a ordem social, apesar de não ser um pressuposto básico para a internação do louco infrator é um essencial para determinar a permanência deste no local indicado pelo juízo.

A responsabilidade penal e a imputabilidade significam quase o mesmo: a presença de condições mínimas de saúde mental para que alguém seja convocado a responder penalmente pelo crime que cometeu. Os inimputáveis seriam aqueles incapazes de entender o caráter criminoso do fato e agir por livre e espontânea vontade, pois a doença mental ou retardado mental afetaria diretamente sua capacidade de julgamento (Andrade, 2004 apud Ribeiro, 2006). Desta forma, não seriam considerados culpáveis, visto que a culpabilidade baseia-se no juízo de reprovação, fundamentado pela capacidade do agente de entender a prática do delito. Numa crítica severa ao sistema de classificação de um sujeito como inimputável ou semi-inimputável, o Ministério Público do Brasil (2011) cita Paulo Queiróz (2010, p. 438-9) afirmando que:

Em primeiro lugar [...] uma rígida separação entre inimputáveis e imputáveis constitui uma ficção desacreditada pela psiquiatria mais recente e pela própria realidade; segundo, porque alienação mental e inimputabilidade não são

equivalentes, havendo diversos graus de inimputabilidade conforme a respectiva causa; terceiro, porque a loucura e, pois, a inimputabilidade, são socialmente construídas, variando no tempo e no espaço os comportamentos assim etiquetados, tanto que os laudos psiquiátricos não raro se contradizem, razão pela qual se poderia dizer, à maneira de Nietzsche, que a rigor não existem fenômenos psiquiátricos, mas apenas uma interpretação psiquiátrica dos fenômenos; quarto, porque, ainda que assim não fosse, o inimputável poderia alegar excludentes de culpabilidade sempre que se achasse numa situação em que o imputável pudesse fazê-lo, por força do princípio da isonomia inclusive; quinto, porque tal entendimento implicaria tratar o inimputável não como sujeito de direito (como é comum, aliás), mas como objeto de intervenção jurídico-penal.

Segundo Maglio (2010), de acordo o código penal, artigo 26, “é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”. Já o artigo 27 do mesmo código, o qual se localiza no mesmo Título III (Da Imputabilidade Penal), “os menores de dezoito anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial” (p.45). Ainda segundo o autor supracitado, adolescentes e loucos ocupam a mesma posição jurídica no que diz respeito à imputabilidade penal, ambos são inimputáveis, irresponsáveis, do ponto de vista penal, por seus atos. Ambos os sujeitos, aqui na verdade tidos como não-sujeitos, são alvo de mecanismos de sujeição com o objetivo de controle social. O processo de “tutelarização” da infância em muito se aproxima do processo de tutela dos loucos, ambos com o escopo de controle social para proteção da sociedade do perigo. A diferença, neste caso, está na forma de punição: para os adolescentes, se aplica a medida socioeducativa, e para os loucos, a medida de segurança.

A medida de segurança é fundada na periculosidade do acusado apenas quando ele apresenta um transtorno mental. Essencialmente, a periculosidade está fundamentada na capacidade intrínseca de se cometer algum mal contra a ordem social, “mera possibilidade de que um sujeito venha a cometer fatos socialmente danosos à coletividade, colocando em risco a tranquilidade pública” (FERRARI, 2001 apud RIBEIRO, 2006, p. 77).

O conceito de periculosidade, por sua vez, é dúbio no que tange à aplicação de sanção aos inimputáveis e semi-imputáveis. Tal observação justifica-se em virtude de estar em desacordo com o atual desenvolvimento científico, uma vez que já existem abrandamentos no que se refere à assistência psiquiátrica, por exemplo, com a política pública de atenção psicossocial inserida na Lei 10.216/2001. (BRASIL, M.P., 2011).

Esse modelo assistencial, em saúde mental, atinge a conjectura de internação determinada pela Justiça, caso em que é nomeada de internação compulsória pela Lei 10.216 (art. 6 parágrafo único, III), conhecida no meio jurídico como uma das modalidades das medidas de segurança.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. (LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001).

Esta medida de segurança pode ser estabelecida de duas formas: a internação compulsória, que é a prática de usar as vias da lei como parte de uma lei de saúde mental para internar uma pessoa ou o tratamento ambulatorial que é o tratamento sem necessidade de internação. O artigo 96 do Código Penal determina que o tratamento deverá ser feito em hospital de custódia e tratamento, nos casos em que é necessária internação do paciente ou, quando não houver necessidade de internação, o tratamento será ambulatorial, dando-se assistência médica ao paciente. Havendo falta de hospitais para tratamento em certas localidades, o Código diz que o tratamento deverá ser feito em outro estabelecimento adequado, e Presídio não pode ser considerado estabelecimento adequado para tratar doente mental.

Estabelece agora uma nova interpretação das regras referentes às medidas de segurança, tanto no Código Penal (CP) quanto na Lei de Execução Penal, parcialmente abolida pela Lei da Reforma Psiquiátrica. Submeter o agente inimputável ou semi-imputável à medida de segurança obriga o juiz dar preferência ao tratamento ambulatorial, apenas determinando a internação "quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes" (art. 4º, caput), mesmo que o fato seja punível com reclusão. Entretanto, havendo recomendação para a internação, esta deve obedecer aos rigorosos limites decididos pela Lei da Reforma Psiquiátrica, sendo obrigatoriamente precedida de "laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos" (art. 6º, caput), vedado o internamento sem a indicação médica de sua autêntica necessidade. Esta sanção penal pode ser imposta apenas aos inimputáveis ou como alternativa à pena, aos considerados semi-imputáveis. Neste último caso, depende da decisão judicial para a aplicação ou não da Medida de Segurança, motivada pelo laudo pericial de sanidade mental.

Embora a medida de segurança não aja como uma pena para o indivíduo inimputável, ela toma como base o crime cometido pelo mesmo para que possa ser feita sua aplicação. O tempo desta aplicação é indeterminado, compreendido como máximo de 30 anos pelo Supremo Tribunal Federal (STF) e, caso haja necessidade de prolongação de tratamento, deverá ser encaminhado para uma rede de saúde pública e não para um manicômio judicial. O Superior Tribunal de Justiça (STJ) entende o prolongamento do tratamento de uma forma diferente que o STF, para ele, cessando a periculosidade do sujeito este deve ser encaminhado para uma rede de saúde pública independente do tempo que esteja perdurando a medida de segurança. “A função da medida de segurança nem sempre é cumprida, pois, nos casos de doentes com transtorno antissocial a subversão a norma não será “curada” pela medida de segurança. (OLIVEIRA, 2010).

A condicionante legal – cessação da periculosidade – pode condenar a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei a viver “ad aeternum” num HCTP (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico), pois a agressividade é inerente ao ser humano e não apenas à pessoa com transtorno mental. Por isso, todos somos potencialmente perigosos e não há conhecimento científico que saiba precisar, com absoluta segurança, quão se é perigoso, para quem se é perigoso, quando se é perigoso e quando se deixa de sê-lo. As respostas dadas a essas indagações, por intermédio de laudos técnicos são sempre provisórias, circunstanciais e dependentes do referencial que o perito adotar. (MUSSE, 2008 apud BRASIL, M.P., 2011).

Guimarães diz que a Lei nº 10.216/2001, Lei da Reforma Psiquiátrica, veio para dar atenção ao modelo humanizador defendido pelos membros do movimento conhecido como Luta Antimanicomial, com pretensão de dar continuidade a reformulação do modelo de atenção à saúde mental, transferindo o foco do tratamento que se concentrava na instituição hospitalar para uma rede de atenção psicossocial, organizada em unidades de serviços comunitários e abertos.

Diferentemente da pena determinada ao indivíduo imputável, ou seja, responsabilizado pelos seus atos. A medida de segurança não tem a pretensão de responsabilizar, visando (teoricamente) exclusivamente o tratamento deste, e não à aplicação de castigo. Tal objetivo é agora fortalecido pela Lei da Reforma Psiquiátrica que, dentre outras normas, institui que "o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio" (Art. 4º, § 1º), sendo expressamente proibida a internação em estabelecimentos com características asilares e que não garantam aos pacientes os direitos especificados no parágrafo único do art. 2º da mesma Lei (art. 4º, § 3º).

Nesse novo contexto, destaca a responsabilidade da autoridade penitenciária, do juiz e do órgão do Ministério Público, indivíduos que devem fazer valer o código penal, zelando pelo efetivo respeito aos direitos e à dignidade da pessoa acometida por transtornos mentais e subordinada à medida de segurança, sob pena de, não o fazendo, responder criminalmente pelo comportamento, mesmo que por negligência. Se o objetivo da medida, em última instância, é tratar e não punir,

destituída de qualquer caráter, a lógica de aplicação desta sanção penal deveria ser a necessidade clínica, o grau de sua patologia e, conseqüentemente, o grau de sua periculosidade. Desta forma, a internação ou tratamento ambulatorial de um louco infrator deveria ter, neste sentido, a mesma dimensão de tratamento dos loucos que não cometeram crimes (Fuhrer, 2000 apud Ribeiro, 2006).

Segundo os autores supracitados, ao aplicar a Medida de Segurança, de internação ou tratamento ambulatorial, será fixada uma sentença por prazo indeterminado, devendo perdurar até a constatação da cessação de periculosidade por perícia. Mesmo assim, considerando a indeterminação, o juiz deverá impor na sentença o prazo mínimo de duração da medida imposta. Esse prazo está previsto em lei e varia de dois a três anos, tendo em vista a questão da periculosidade e o seu cumprimento acontecerá no estabelecimento designado pela autoridade judicial, levando-se em consideração o tipo de medida e, ao final do prazo estipulado, o réu deverá fazer um exame nomeado de “cessação de periculosidade”.

A ausência da realização deste exame tem mantido muitos loucos atrelados à justiça, cumprindo Medida de Segurança em tratamento de internação ou ambulatorial. Segundo Fuhrer (2000) apud Ribeiro (2006), “não se pode manter por tempo indeterminado alguém que foi absolvido em seu processo, considerado inimputável pela justiça, esperando que o Estado dê condições para o adequado andamento processual” (p.81). Desta forma, a indeterminação da Medida de Segurança não passaria apenas pela dificuldade em definir um tempo exato para a duração do tratamento, mas também pela não realização do exame.

REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica teve início no Brasil com eclosão do movimento sanitário, nos anos 1970, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva e igualdade na oferta dos serviços. Foi fundada na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos.

É um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes. Tem como uma das principais vertentes a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental continua sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade. O modelo de assistência psiquiátrica, com base na legislação de 1934, propõe,

fundamentalmente, a hospitalização e o asilamento do doente mental, visando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública (MOURA, 1987).

Um novo modelo vem sendo edificado a partir da contribuição de vários segmentos da sociedade e implica a desconstrução literal do modelo hegemônico. O movimento aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país. Hoje, é possível perceber uma maior conscientização por parte da sociedade sobre a reforma psiquiátrica, ainda que persistam algumas dificuldades.

Segundo o conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade.

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

MODELOS DE INTERVENÇÃO

MODELO HOSPITALOCÊNTRICO

O primeiro modelo de intervenção criado para segregar o que, até então, se nomeava como loucura, foi o chamado manicômio judiciário. Esse modelo não tinha como objetivo tratar os enfermos, sua existência partia do pressuposto da exclusão desse fenômeno conhecido como loucura. Nessa época a explicação que se dava para a loucura fora baseada na inquisição da igreja católica que pregava a loucura como um castigo divino e, sendo os loucos uns hereges deveriam ser castigados publicamente servindo de exemplo para a população. Na Idade Média e Renascença havia uma detenção para os insanos onde estes eram alojados e proibidos de frequentarem as igrejas sendo muitas vezes enjaulados e chicoteados publicamente (Foucault, 1997 apud Guimarães, 2011).

Com a origem do Iluminismo a loucura ganha um “novo” espaço, deixando de ser vista como castigo e passando a ocupar o lugar de improdutividade. Louco é aquele que, do ponto de vista

econômico, é incapaz. Nesse novo âmbito surgiram vários hospitais para separar da sociedade “de bem” dos sujeitos “antissociais”. Essas instituições não apresentavam condições físicas para abrigar esses indivíduos tampouco servia de um espaço para tratamento, o público exilado nesses novos espaços perpassavam de homossexuais a doentes venéreos, sem que houvesse qualquer separação entre eles (exceto para considerados perigosos), todos abrigados no que poderíamos chamar de depósito dos não aceitos.

No século XVII, houve a criação dos hospitais gerais em toda a Europa, o internamento tornou-se a forma de neutralizar, eliminar os “associais”. Até o final do século XVIII, foram internados os indivíduos devassos, filhos pródigos, blasfemadores, libertinos, doentes venéreos, homossexuais, bem como aqueles considerados loucos, lunáticos, insanos, em demência, que perderam a razão ou de espírito alienado. Na maioria dessas instituições, as condições dos ambientes eram precárias, desumanas, sem resquícios de higiene e conforto, todos os internos ficavam misturados, somente os insanos mais agitados eram colocados em compartimentos a eles reservados. Aqueles considerados perigosos permaneciam acorrentados às paredes e às camas. Em alguns hospitais, o tratamento era realizado com sangrias, purgações, vesicatórios e banhos, em outros não existia qualquer forma de terapêutica. (FOUCAULT, 1997 apud GUIMARÃES, 2011, p. 16/17).

Nesse contexto surge a primeira especialidade médica que tinha como objetivo estudar esse fato conhecido como loucura, a chamada psiquiatria que ficou conhecida através dos trabalhos do estudioso Philippe Pinel. Este autor, considerado o pai da psiquiatria, teve o mérito de libertar os doentes mentais das correntes. Os asilos foram substituídos, então, pelos manicômios, estes somente destinados aos doentes mentais. Desenvolveram-se com isso várias experiências e formas de tratamento nos hospitais *La Bicêtre* e *Salpêtrière* que se difundiram da França para o resto da Europa. Influenciado pelo pensamento de Locke, Pinel levava ao tratamento do louco a ideia de que eles deveriam ser submetidos ao isolamento. Acreditava que as causas da alienação mental estavam presentes no meio social e por isso a privação de liberdade era necessária para restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação. Consolidou o conceito de alienação mental (a partir do viés onde o louco era a irracionalidade temporária), classificou as enfermidades mentais e fundou o primeiro hospital psiquiátrico.

Pinel escreveu o “Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania”, no qual descreveu a especialidade médica que viria a se chamar

psiquiatria. Ele elaborou a primeira classificação das enfermidades mentais e consolidou o conceito de alienação mental como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva de o indivíduo perceber a realidade. Além disso, Pinel foi responsável por determinar o princípio do isolamento para os alienados e instaurar o tratamento moral. (AMARANTE, 2007 apud GUIMARÃES, 2011, p. 17).

No Brasil, os hospitais psiquiátricos surgiram no final do século XIX, profundamente influenciados pela psiquiatria francesa e pelo tratamento moral. O primeiro foi o Asilo Pedro II, no Rio de Janeiro fundado em 1853. O Hospício São Pedro de Porto Alegre, hoje Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), foi inaugurado em 1884. Na Bahia, houve uma reprodução do modelo mundial na forma de tratar a loucura e o louco, fundamentado no modelo médico, trazido por Juliano Moreira. Loucura e louco foram vistos como fator biológico, herdada de classes inferiores. A institucionalização da loucura levou a um aumento das instituições da psiquiatria privada, que visava apenas os lucros e fortaleceu a degradação do movimento. As influências da Antipsiquiatria e Psiquiatria de Setor traz o questionamento da forma de tratar a loucura e, após duas décadas de regime militar surge o movimento da Reforma Sanitária.

O modelo de entendimento e tratamento da doença mental tinha como fundamento básico o biologismo organicista alemão, trazido por Juliano Moreira em 1903, e a prática asilar, cujo tratamento moral compreendia entre seus princípios básicos, o isolamento, a organização do espaço terapêutico, a vigilância e a distribuição do tempo. [...] o Movimento pela Reforma Sanitária, tendo em vista a abertura e livre acesso da população à assistência à saúde. Tais ações culminam na inclusão na atual Constituição Federal, promulgada em 1988, em seu artigo 196, da noção de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado e, em 1990, na aprovação da Lei 8.080, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, a qual institui o Sistema Único de Saúde, que preconiza a criação de uma rede pública e/ou conveniada - de caráter complementar - de serviços de saúde, tendo em vista a atenção integral à população nos níveis de prevenção, promoção e reabilitação. (ALVES, C. F. O.; et al. 2009, p. 91-93).

A partir desse momento, a loucura passa do campo mitológico para o campo médico e vários movimentos surgem em contraposição ao anterior. Podemos citar o movimento denominado Psiquiatria Comunitária, que trouxe a ideia de um trabalho externo aos manicômios para continuidade terapêutica quando os pacientes recebessem alta e, o movimento da Antipsiquiatria

que trouxe uma importante discussão em relação às políticas públicas em saúde mental, estabeleceu o conceito de crise a partir da adaptação e “desadaptação” social, colocando a crise como um sintoma que pode ser identificado por equipes de saúde.

Nos Estados Unidos, desenvolveu-se, na década de 60, um movimento denominado de Psiquiatria Comunitária, constituindo, uma aproximação da Psiquiatria com a Saúde Pública, que buscava a prevenção e promoção da saúde mental. Embora não se possa negar a tentativa de melhoria na assistência ao doente mental, bem como as contribuições trazidas por estes movimentos, pode se dizer que não criticavam a psiquiatria e seu modo de ver e tratar a loucura. Também na década de 60, iniciou-se, na Inglaterra, um movimento denominado de AntiPsiquiatria, com Laing e Cooper. Este movimento promoveu um forte questionamento não só à Psiquiatria, mas à própria doença mental, tentando mostrar que o saber psiquiátrico não conseguia responder à questão da loucura. Para eles, a loucura é um fato social, ou seja, uma reação à violência externa. Por conseguinte, o louco não necessitaria de tratamento, sendo este apenas acompanhado em suas vivências. Defendia que o delírio não deveria ser contido, procurando se, como saída possível, a modificação da realidade social. As postulações da Antipsiquiatria situavam-se num ambiente de contracultura libertária e visava promover críticas às estruturas sociais, tidas como conservadoras. Segundo eles, a sociedade enlouquecia as pessoas e, em seguida, culpada, buscava tratá-las. Desta feita, o Hospital Psiquiátrico configurava apenas um mecanismo de meia culpa social. (ALVES, et al., 2009, p. 90).

O movimento das Comunidades Terapêuticas se baseia na democracia das relações, que visa à escuta, a observação e a não hierarquização dos papéis sociais, além de pregar que é necessária a reprodução do ambiente terapêutico no mundo externo, ou seja, a loucura passa ter internação apenas na primeira etapa do tratamento.

Apesar dessas conquistas alcançadas pela reforma psiquiátrica, ainda existe uma configuração social que favorece a exclusão do louco. Temos muitas conquistas com essa luta, como a diminuição do número de leitos, a proibição da criação de novos hospitais psiquiátricos, mas ainda há muito para se atingir e o maior desafio encontrasse na mudança de pensamento em âmbito sociocultural.

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO (HCT)

“é que aqui é a “Casa dos Mortos”... mas aqui é o manicômio judiciário... das vidas sem câmbio lá fora.”

(Bubu)

Na Europa Ocidental, no século XVII, a lepra foi substituída pela loucura em um espaço moral de exclusão. É neste cenário da entrada da patologia que a instituição judiciária cede espaço para a instituição médica. No século XIX, na Inglaterra, é criado o Manicômio Judiciário (MJ) onde as transgressões às normas impostas pela sociedade eram vistas como sintomas de doenças e por isso, deveriam isolar a população a fim de evitar uma epidemia e comprometer gerações futuras. As pessoas internadas dentro de uma medida de segurança deste tipo carregam, no mínimo, três rotulações: criminosas, loucas e perigosas.

A história do nascimento desses MJ coincide com o nascimento das prisões e da psiquiatria. No Brasil, somente em 1830 é que esses indivíduos tidos como “loucos infratores” ganham um espaço próprio para seu tratamento e reclusão. O manicômio ainda hoje permanece como um espaço predominantemente de exclusão social (AGUIAR, 2011). Contudo, a criação oficial, segundo o Ministério Público Federal, foi concedida apenas em 22 de dezembro de 1903, pelo Decreto nº 1.131/1903, onde tinha por finalidade reorganizar o atendimento psiquiátrico dos doentes mentais, constituindo a primeira reforma psiquiátrica brasileira, no campo judiciário-legislativo, trazendo para o texto da lei transformações propostas na esfera médico-científica.

Desde o surgimento deste tipo de instituição, há questionamentos sobre a ambiguidade do Manicômio Judiciário, pois dentro do mesmo espaço físico/social, encontra-se a junção de prisão e hospício, definições estas contraditórias. “O que transforma o Manicômio Judiciário em um espaço social paradoxal é justamente o fato de combinar dois conjuntos de representações e de práticas sociais que se fundam em concepções distintas e opostas sobre a pessoa humana sem que nenhuma prevaleça plenamente” (CARRARA, 2010, p.19). Após o decreto citado anteriormente, passa a ficar proibido o encarceramento conjunto de loucos e loucos-criminosos no mesmo local.

Os estabelecimentos prisionais de Salvador, na Bahia, dividem-se em: presídios, penitenciárias e manicômios, onde, de acordo com Jesus (2007), se concentra grande número de pessoas que convivem em comunidade, dando origem a um sistema social controlado dentro de uma sociedade livre, estruturada com leis e regras próprias, que pode ser vista sob várias finalidades, ou seja, de confinamento, ordem interna, punição, intimidação particular e geral e regeneração.

Na Bahia, o Manicômio Judiciário começa a funcionar somente em 1967 em um prédio construído em 1937. Em 1991 passa a ser chamado de Hospital de Custódia e Tratamento (HCT/BA). A simples mudança de nome Manicômio Judiciário para Hospital de Custódia e Tratamento em nada transformou a realidade precária na qual se transitam os doentes mentais no que tange a assistência. O HCT/BA fica localizado no bairro Baixa do Fiscal, na Rua Luiz Gama. É dividido em cinco alas, sendo apenas uma destinada às mulheres. A instituição recebe pessoas sob regime de internação e por determinação judicial para perícia, custódia e tratamento de indiciados, processados e sentenciados suspeitos ou comprovadamente portadores de doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardo em regime fechado de segurança. A capacidade do HCT/BA é de 280 leitos, 40 femininos e 240 masculinos.

O que fica bastante evidente ainda no contexto atual é que mesmo depois da luta antimanicomial, a medida de segurança que prevalece no Brasil é a da ambiguidade entre prisão versus hospital (HCT). É neste sentido que o Ministério Público Federal faz o seguinte questionamento: “onde devem estar os doentes que cometeram crimes? Se não doentes, por que permanecerem em um hospital que prioriza a ideologia carcerária e tem um funcionamento muito mais próximo de uma penitenciária do que de um hospital?” O que se identifica aqui é a falta de um diálogo unânime entre os saberes do direito, da medicina e da psicologia, na busca de um melhor tratamento e encaminhamento adequado aos loucos infratores.

PAI-PJ

O PAI-PJ é um Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental, criado em 2000 em Minas Gerais. Esse programa buscou romper com a história de exclusão. De acordo com sua cartilha (2000), o PAI-PJ tem como função promover o acompanhamento integral ao portador de sofrimento mental infrator em todas as fases do processo criminal e assegurar o acesso aos direitos elementares e sociais previstos na Constituição da República, a responsabilização e a inserção social. Auxilia a justiça na personalização da aplicação e execução das penas e medidas de segurança, de acordo com o previsto na legislação penal vigente.

No momento em que todos viram as costas, desqualificam, ameaçam e julgam, o PAI-PJ traz um projeto que envolve tolerância e arte para esses que possuem um sofrimento mental. O PAI-PJ ampara-os nos momentos de desamparo, mas não acobertando o ato feito e sim escutando o que dizem e colhendo, da escuta de suas histórias e de suas demandas, um verdadeiro sentido para a vida.

O PAI-PJ trabalha no sentido de responsabilizar o portador de sofrimento mental infrator pelo ato ilícito, favorecendo uma ampliação de recursos aos quais ele poderá recorrer nos

momentos de crise ou embaraço que poderiam levá-lo a cometer um novo ato ilícito penal. Dessa forma, o programa permite reorientar as práticas do judiciário relativas ao portador de sofrimento mental que o destinavam ao manicômio, segregando-o do convívio social e familiar por tempo indeterminado. Possibilita o cumprimento da lei e dos princípios da Constituição da República, promovendo o tratamento adequado e a reinserção social.

O programa se orienta pelos princípios da reforma psiquiátrica, promovendo o acesso ao tratamento em saúde mental na rede substitutiva ao modelo manicomial. No acompanhamento dos casos, privilegia-se o acompanhamento cuidadoso de cada paciente para que a execução da sentença possa se dar de forma mais cidadã e digna, considerando os pacientes como sujeitos de direitos e capazes de responder por seus atos (BRISSET-BARROS, F. O., 2011, p. 33).

A equipe geral do programa é composta por dois coordenadores clínicos e dois coordenadores jurídico-administrativos. Esta equipe coordenadora orienta o trabalho que é desenvolvido em quatro setores: o de psicologia, o jurídico, o serviço social e o administrativo. Cada setor conta com uma coordenação específica. O setor de psicologia conta com dez psicólogos judiciais e oito estagiários de psicologia; o setor jurídico, com oito assistentes jurídicos e o setor do serviço social com oito assistentes sociais judiciais. O setor administrativo conta com um auxiliar administrativo, uma copeira, um motorista, um auxiliar de serviços gerais, um mensageiro, quatro recepcionistas/telefonistas e cinco vigilantes.

O programa procura construir e acompanhar de forma contínua o projeto de atenção integral de cada caso, através do acolhimento e escuta cotidiana do paciente judiciário e seus familiares. Juntamente com um acompanhamento clínico, acompanhamento social e acompanhamento judiciário. Desde sua implantação, 755 casos foram acolhidos pelo programa e receberam tratamento até cessar suas relações com a Justiça. Desses, 489 novos casos já se desligaram do programa. O índice de reincidência é muito baixo, não havendo casos de reincidência de crimes hediondos.

Estudiosos afirmam que “a mídia, ao relatar estes casos, destitui de seu enredo, a historicidade, apresentando um recorte congelado que ignora a diversidade humana e social. Se fosse possível encontrar com esses personagens antes do ato criminoso, provavelmente encontraríamos um sujeito transtornado, buscando de forma singular uma maneira eficaz de tratar o seu sofrimento” (Barros, 2004 apud Ribeiro, 2006, p. 66). Esse mecanismo alimenta e reforça a ideia de loucura associada ao perigo e dificulta a mudança de paradigma preconizado pela reforma psiquiátrica.

PAILI

O PAILI, Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, cuja tarefa é acompanhar os pacientes julgados e absolvidos pela Justiça Criminal e que é embasado na Lei nº 10.216/2001, também conhecida como Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica, é um programa desenvolvido e aplicado no estado de Goiás. Este programa atua junto à Vara da Execução Penal de Goiânia (VEP) identificando a homens com transtornos psiquiátricos severos e que estão presos e esquecidos à própria sorte, que muitas vezes estão submetidos a todos os tipos de abuso na prisão.

Foi instituído em 26 de outubro de 2006, mediante convênio formado entre as Secretarias de Estado, da Saúde e da Justiça, Secretaria Municipal da Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público do Estado de Goiás.

O Programa contempla uma mudança de paradigma na execução das medidas de segurança, fazendo com que o assunto deixe de ser tratado unicamente sob o prisma da segurança pública para ser acolhido de vez pelos serviços de saúde pública, mediante a participação da rede de clínicas psiquiátricas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e serviços substitutivos (CAPS). (BRASIL, PAILI, 2013, p. 7).

O PAILI, começa a obter resultados almejados desde a sua origem, levando em consideração os obstáculos encontrados por qualquer proposta inovadora, e vem, inclusive, recebendo a atenção de outros estados brasileiros, interessados nesse projeto audacioso e único empreendido em Goiás.

Este programa supervisiona o tratamento aplicado nos pacientes nas clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, ao mesmo tempo, faz a mediação entre o paciente e o juiz, favorecendo o acesso ininterrupto a Justiça. As equipes de saúde das clínicas conveniadas ao SUS apontam e colocam em prática a terapêutica mais adequada, acompanhados de perto pelos profissionais do PAILI, cuja atuação é marcada pela interlocução e integração com todo o sistema de saúde mental, especialmente os (CAPS) e as residências terapêuticas.

Essa liberdade de ação de que dispõem os profissionais da saúde mental e as clínicas psiquiátricas facilita ainda para a quebra de resistências a o acolhimento de pacientes do Programa, pois, com autonomia para o tratamento, não permanecem na dependência de decisões judiciais para o encaminhamento do

paciente para a família ou para uma residência terapêutica. Evitam-se, pela mesma razão, internações de longa duração por vezes caracterizadoras da perpétua privação da liberdade do paciente que, longe de seus laços afetivos e familiares, acabava se institucionalizando. (BRASIL, PAILI, 2013, p. 19).

Composto por uma equipe multiprofissional formada por advogados, assistentes sociais, psicólogos, acompanhante terapêutico e auxiliar administrativo, onde todos estão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde, o PAILI é um projeto pioneiro e inédito na sua conformação, embora inspirado inicialmente na experiência mineira do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) que, diversamente do congênere goiano, é vinculado e subordinado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais (PAILI, 2013). O PAILI não tem como objetivo substituir a administração penitenciária na sua incumbência de oferecer assistência à saúde do preso. Sua atuação está atrelada a necessidade de realização de perícia médica e consecutiva aplicação da medida de segurança pelo juiz. Sendo oferecido os serviços de tratamento aos pacientes em nível ambulatorial ou de internação, empenhando-se para a garantia e proteção de seus direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para se posicionar diante da loucura e de atos infracionais consequentes desta condição, deve-se analisar criticamente todo o processo de visualização das patologias que retiram do sujeito seus fundamentos primordiais de responsabilidade e julgamento. É preciso se despir de alguns preconceitos e pré-julgamentos, não nos deixando influenciar pela mídia ou pelos estereótipos formados e enxergarmos o sujeito que vai além de um transtorno mental ou de um ato cometido.

Falhas na condução do processo de manutenção da saúde mental do louco infrator compõe obstáculos para o estabelecimento de condições viáveis de trabalho dentro de uma área cercada de complexidades. A visualização da loucura deve ser transdisciplinar, abarcando o Direito, a Medicina, a Psicologia e todas os outros campos teóricos necessários para a criação de ambiente que tornem possível o tratamento e a ressocialização de sujeitos que estão destinados a permanecer às margens de uma sociedade que privilegia o status de normalidade. Torna-se necessário um maior investimento em modelos de tratamento, como os citados acima, para que se possa ajudar esses sujeitos a encontrar uma razão dentro da sua loucura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, C. F. O.; et al. **Uma breve história da reforma psiquiátrica**. *Neurobiologia*, 72 jan./mar. 2009.

Aguiar, M. C. M. **O Paradoxo da Junção Hospício e Prisão**. In: III Seminário de Políticas Sociais e Cidadania, 2010, Salvador. *Anais do III Seminário de Políticas Sociais e Cidadania*, v. 01. 2010.

Amarante, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 120p. 2007.

Brisset-Barros, F. O. **Genealogia do conceito de periculosidade**. *Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 37-52, mar./ago. 2011. Disponível em: http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao_01_1/02-GENEALOGIA%20DO%20CONCEITO%20DE%20PERICULOSIDADE.pdf. Acesso em: 23/01/2017.

BRASIL, **Lei nº 9.455 de abril de 1997**. Define os crimes de tortura e dá outras providências. Brasília, DF. 1997.

BRASIL, **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. 2001.

BRASIL, **Decreto nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal, Art. 26 e 27. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 23/01/2017.

Carrara, S. L. (2010). **A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil**. *Journal of Human Growth and Development*, 20(1), 16-29. Recuperado em 23 de janeiro de 2017,

de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004&lng=pt&tlng=pt.

Foucault, M. **Vigiar e Punir**. 26^a ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. RevLatino-am Enfermagem. Março, 9 (2): 48-55. 2011.

Guimarães, A. N. **A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem**. Curitiba. 212p. 2011. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/DissertacaoAndreaGuimaraes.pdf>. Acesso em: 23/01/2017.

Jesus, V. L. **Sistema Prisional de Salvador**. (2007). Disponível em: <http://vlj.spaceblog.com.br/50444/SISTEMA-PRISIONAL-DE-SALVADOR/>. Acesso em: 23/01/2017.

Moura, F. D. M. N. **Bases para uma reforma psiquiátrica**. In Marsiglia, R. & Dalari, D. C. Saúde mental e cidadania. São Paulo, Mandacarú; p. 57-65. 1987.

Ministério Público Federal. **Parecer Sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Sob a Perspectiva da Lei N° 10.216/2001**. Brasília, 2011.

Maglio, M. F. S. E. **Da Medida de Segurança e da Medida Socioeducativa de Internação: Uma Análise Comparativa entre as Duas Formas de Privação de Liberdade**. São Paulo, 2010.

Oliveira, J. C. **Inimputabilidade e Loucura**. XI Salão de Iniciação Científica – PUCRS, 09 a 12 de agosto de 2010. Disponível em: http://www.pucrs.br/edipucrs/XISalaoIC/Ciencias_Sociais_Aplicadas/Direito/82362-JENNIFERCAVALHEIRODEOLIVEIRA.pdf. Acesso em: 23/01/2017.

PAI- PJ: Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ). Secretaria de Segurança Pública do Estado Minas Gerais. 2000. Disponível em: http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/cartilha_final.pdf. Acesso em: 23/01/2017.

Peres, M. F. T., & Nery Filho, A. (2002). **A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança.** *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(2), 335-355. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000200006>

PAILI: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator. Haroldo Caetano da Silva (coord.). 3ª ed. Goiânia. MP/GO. 2013.

Ribeiro, F. J. R. **Da razão ao delírio. Por uma abordagem interdisciplinar do conceito de loucura.** Belo Horizonte, 131p. 2006. Disponível em: http://www1.pucminas.br/documentos/dissertacoes_fabricio_junio.pdf. Acesso em 23/01/2017.