



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS JURÍDICAS**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS**

**AVANÇOS E IMPASSES NA GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS**  
**DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS AUTORAS DE DELITO**

**LUDMILA CERQUEIRA CORREIA**

**João Pessoa - PB**

**2007**

**LUDMILA CERQUEIRA CORREIA**

**AVANÇOS E IMPASSES NA GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS  
DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS AUTORAS DE DELITO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, área de concentração em Direitos Humanos, na linha de pesquisa exclusão social, políticas públicas e direitos humanos, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Dra. Monique Guimarães Cittadino.

Co-orientadora: Dra. Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima.

**João Pessoa - PB**

**2007**

**C824a** Correia, Ludmila Cerqueira.

Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito / Ludmila Cerqueira Correia. – João Pessoa, 2007.

174 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Concentração em Direitos Humanos.

Orientadora: Dra. Monique Guimarães Cittadino

Co-orientadora: Dra. Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima

1. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico 2. Saúde Mental 3. Reforma Psiquiátrica 4. Direitos humanos

**CDU - 342.7**

**LUDMILA CERQUEIRA CORREIA**

**AVANÇOS E IMPASSES NA GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS  
DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS AUTORAS DE DELITO**

**Data da defesa: 23 de novembro de 2007.**

**Componentes da Banca Examinadora:**

---

**Professora Doutora Monique Guimarães Cittadino (Orientadora)**

---

**Professora Doutora Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima (Co-orientadora)**

---

**Professora Doutora Sueli Gandolfi Dallari (Avaliadora Externa - USP)**

---

**Professor Doutor José Ernesto Pimentel Filho (PPGCJ/UFPB)**

---

**Professora Doutora Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva (CCS/UFPB)**

**João Pessoa - PB**

**2007**

*A todas as pessoas que ainda acreditam  
que um outro mundo é possível.*

*A Eduardo Araújo, pela poesia da vida  
e pela incansável luta pelos direitos humanos.*

## **AGRADECIMENTOS**

Depois de tantas madrugadas, conversas, canções, dúvidas, reflexões, poesias, pensamentos, devaneios, inquietudes, emoções e trocas, tenho a sensação de que este trabalho não termina aqui. A caminhada foi longa, mas o caminho não era deserto. Nesta trajetória, contei com pessoas valiosas, às quais agradeço com todo o meu amor.

Às irmãs que ganhei durante o Mestrado e levo no meu coração, Sara e Ciani, por tudo.

Ao “núcleo duro dos direitos humanos”, Cristina e Ricardo, vocês são especiais.

A Fredys Sorto, pelo exemplo de vida e dedicação à docência.

A Maria e a Carlos, funcionários do PPGCJ/UFPB, pela enorme atenção e cuidado.

A Edda Fontes, pelo acolhimento e pela amizade construída.

Aos alunos e alunas da turma de Serviço Social da UFPB com a qual realizei o estágio docência, pela confiança e por confirmar que ensinando se aprende todo dia.

Ao Programa ALFA, na pessoa do Professor Emilio Santoro, pelo conhecimento compartilhado e pela orientação durante a minha pesquisa na Itália.

Ao Dr. Franco Scarpa e às demais pessoas que me receberam para realizar a pesquisa no Manicômio Judiciário de Montelupo Fiorentino na Itália, pelos textos, vivências e idéias compartilhadas.

Ao Dr. Paolo Tranchina pela disponibilidade e diálogos sobre a Reforma Psiquiátrica.

À minha família italiana, Sonia, Carlo e Fabio, pela solidariedade e pelo amor incondicional.

A Marcus Vinicius, pelo carinho e amizade de sempre, e a Thiago Pithon pela amizade iniciada com o “fio” da internet e consolidada pelas idéias, inquietudes e carinhos partilhados.

À direção e aos funcionários do HCT-BA por possibilitar a pesquisa de campo deste trabalho.

Às amigas e aos amigos que compreenderam a minha ausência nesse período e me deram força para continuar.

A Monique Cittadino, que topou o desafio da orientação deste trabalho.

A Isabel e Vaninha, por compartilhar saberes, vontades e sonhos.

À minha mãe e ao meu pai, pelo apoio, pela força e pelo amor inesgotáveis.

A todas as pessoas *loucas*, pela poesia que impulsiona e descreve nossas vidas.

*Aos esfarrapados do mundo e aos que neles se descobrem e,*

*assim descobrindo-se, com eles sofrem,*

*mas, sobretudo, com eles lutam.*

Paulo Freire

## RESUMO

O presente trabalho analisa os avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito internadas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Procedeu-se a uma revisão teórica sobre a constituição da instituição manicomial judiciária, destacando o conceito de periculosidade social que ainda fundamenta o modelo assistencial asilar/segregacionista para o tratamento dessas pessoas. Discutem-se os dispositivos da legislação penal brasileira referentes às pessoas com transtornos mentais que cometem delito, salientando a criação e a consolidação da medida de segurança, além de abordar a questão da saúde no HCTP e a reafirmação desse modelo de separação e exclusão. A concepção contemporânea dos direitos humanos foi tomada como referência, observando a condição de sujeitos de direitos desse grupo vulnerável. Realiza-se, ainda, revisão bibliográfica na área de direitos humanos e saúde mental tendo como parâmetro os instrumentos internacionais e nacionais de proteção de direitos humanos, com destaque para aqueles específicos das pessoas com deficiência e das pessoas com transtornos mentais. Enfatiza-se o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que tem subsidiado propostas de reorientação do modelo assistencial hegemônico em saúde mental, e a Política Nacional de Saúde Mental. Discutem-se as possibilidades de mudança no modelo de atenção à saúde mental das pessoas com transtornos mentais autoras de delito no Brasil a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216/2001. A análise da implementação da garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito realizou-se mediante a estratégia de pesquisa de estudo de caso do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia (HCT-BA). Procedeu-se a uma coleta de dados relativos ao HCT-BA e a análise dos dados orientada pelos princípios da pesquisa qualitativa. Verificou-se que, embora tenham sido efetuadas algumas mudanças no HCT-BA, a instituição tem preservado o seu caráter asilar/carcerário, evidenciando uma tradição fundada na negação dos direitos humanos dos internos. Apresentam-se, ainda, as experiências já iniciadas no Brasil visando reorientar o modelo de atenção à saúde mental dos *loucos* infratores. O avanço normativo não consolida, de *per si*, a materialização das recentes conquistas advindas a partir da Reforma Psiquiátrica, particularmente quanto ao segmento das pessoas com transtorno mental autoras de delito.

Palavras-chave: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Direitos Humanos.

## **ABSTRACT**

The present work analyses the advances and setbacks in the assurance of human rights of those who are criminally insane, hospitalised in Custody and Psychiatric Treatment Hospitals (CPTH). Theoretical revision was held on the constitution of the asylum institution, emphasising the concept of social dangerousness, which still supports the segregationalist asylum assistance model. Discussions are held about topics on the Brazilian penal system related to the criminally insane, emphasising the creation and consolidation of precautionary action, besides approaching the matter of healthcare at CPTH and the reaffirmation of this segregationalist, excluding model. The contemporaneous concept of human rights was taken as a reference, taking into consideration the condition of subjects of rights of this vulnerable group. There is still a bibliographical revision on the field of Human Rights and Mental Health, having as a parameter the international and national instruments of protection to the human rights, emphasising those specific of the handicapped or mentally insane. Emphasis is given to the Psychiatric Reform Movement, which has supported proposals of reorientation of the hegemonic assistance model in Mental Health, and the national policies on it. The possibilities of changes in the model of attention and Mental Health of those criminally insane in Brazil, following the principal of the psychiatrist reform and the Law nº 10.216/2001. The analysis of the implementation of the assurance of human rights for the criminally insane was analyzed through a case study at Custody and Treatment Hospital of Bahia. There was data collection related to HCT-BA and the analysis of data orientated by the principles of qualitative research. It was verified that, although some changes had been made at the hospital, the institution has preserved its asylum characteristics, making clear a tradition based on the negation of human rights of those hospitalized. Finally, experiments previously started in Brazil are presented, aiming to reorient the model of attention to the criminally insane. The improvement of the legislation, per se, does not guarantee the materialization of recent strides gained through the Psychiatric Reform, particularly in relation to criminals with mental disorders.

Key words: Custody and Psychiatric Treatment Hospitals, Mental Health, Psychiatric Reform, Human Rights.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CF – Constituição Federal

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CP – Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

DAP – Departamento de Assuntos Penais

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

HCT-BA – Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

LEP – Lei de Execução Penal

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MJ – Ministério da Justiça

MPE-BA – Ministério Público do Estado da Bahia

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

OEА – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

PIDCP – Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos

PIDESC – Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

PNDH – Programa Nacional de Direitos Humanos

PNDH II – Programa Nacional de Direitos Humanos II

PSF – Programa Saúde da Família

SAP – Superintendência de Assuntos Penais

SCNES – Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SEDES – Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza

SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SJCDH – Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

TAC – Termo de Ajustamento de Conduta

VEPMA – Vara de Execuções Penais e Medidas Alternativas

## SUMÁRIO

|                                                                                                                               |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                                       | <b>14</b> |
| <br><b>CAPÍTULO I – Criação do manicômio judiciário no Brasil .....</b>                                                       | <b>19</b> |
| 1. Manicômio: que lugar é esse? .....                                                                                         | 19        |
| 1.1. Breve histórico da assistência psiquiátrica brasileira .....                                                             | 26        |
| 2. A “necessidade” de um manicômio judiciário .....                                                                           | 35        |
| 2.1. Manicômio judiciário no Brasil .....                                                                                     | 39        |
| 2.2. Periculosidade social e <i>loucos</i> criminosos .....                                                                   | 44        |
| <br><b>CAPÍTULO II – Direito X Saúde no manicômio judiciário .....</b>                                                        | <b>52</b> |
| 1. Códigos penais de 1830, 1890 e 1940 .....                                                                                  | 52        |
| 1.1. Instituição da medida de segurança .....                                                                                 | 56        |
| 2. Reforma penal de 1984 .....                                                                                                | 63        |
| 2.1. Medida de segurança: tratamento? .....                                                                                   | 67        |
| 3. Saúde no manicômio judiciário .....                                                                                        | 71        |
| 3.1. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: reafirmação do modelo<br>hospitalocêntrico de separação e exclusão ..... | 76        |
| <br><b>CAPÍTULO III – Direitos humanos e <i>loucos</i> infratores .....</b>                                                   | <b>81</b> |
| 1. Concepção contemporânea dos direitos humanos .....                                                                         | 81        |
| 1.1. Direitos humanos e grupos vulneráveis .....                                                                              | 83        |
| 2. Instrumentos internacionais e nacionais de proteção e defesa dos direitos<br>humanos dos <i>loucos</i> infratores .....    | 89        |
| 2.1. Normativa internacional .....                                                                                            | 91        |
| 2.2. Constituição Federal e normativa brasileira .....                                                                        | 97        |
| 2.2.1. Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Saúde Mental .....                                                         | 103       |

|                                                                                                                    |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>CAPÍTULO IV – O lugar dos direitos humanos num manicômio judiciário .....</b>                                   | <b>112</b> |
| 1. Reforma Psiquiátrica: reflexos no manicômio judiciário? .....                                                   | 112        |
| 2. Acesso aos direitos humanos dos internos no Hospital de Custódia e<br>Tratamento da Bahia: estudo de caso ..... | 115        |
| 2.1. Estratégia e técnicas da pesquisa .....                                                                       | 116        |
| 2.2. Contextualização do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia .....                                          | 119        |
| 2.3. Mudanças e permanências no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia .....                                   | 128        |
| 3. Garantindo os direitos humanos dos <i>loucos</i> infratores: um caso contra-hegemônico .....                    | 152        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                                                                  | <b>156</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                                                                           | <b>161</b> |

## INTRODUÇÃO

A cultura existente no imaginário da sociedade e no modelo assistencial asilar/carcerário para o tratamento das pessoas com transtornos mentais não tem assimilado, ao longo do tempo, os princípios dos direitos humanos: universalidade, indivisibilidade, interdependência e inter-relação. A própria expressão impressa no denominativo comum relativamente aos internos configura a natureza desta exclusão: loucos, independentemente de serem autores de delito ou não. Esta cultura evidencia a presença de um paradigma fundado na negação dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos.

No Brasil, o debate sobre saúde mental e direitos humanos se ampliou na década de 1970, a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que passou a denunciar as violações de direitos civis e o modelo privatizante e hospitalocêntrico adotado pelo Estado e a elaborar propostas visando uma transformação da assistência psiquiátrica. Foi a partir desse Movimento, que fundou a luta antimanicomial e originou o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, que se iniciou a crítica, no Brasil, da psiquiatria como prática de controle e reprodução das desigualdades sociais, e o debate acerca da necessidade da desinstitucionalização.

Ao estudar a história da saúde mental no Brasil e no mundo, verifica-se a criação do manicômio como uma resposta social à loucura (BASAGLIA, 1985; PESSOTTI, 1996; COSTA, 2003; FOUCAULT, 2004a). O manicômio se constitui como lugar da separação e segregação, configurando-se como uma instituição total destinada às pessoas excluídas da sociedade (DE LEONARDIS, 1988; GOFFMAN, 2003). Desde a sua origem, tal instituição é objeto de denúncias sobre as condições das pessoas ali internadas. Nessas denúncias, também consta a situação dos manicômios judiciários.

O manicômio judiciário é o lugar institucional destinado às pessoas com transtornos mentais autoras de delito. No Brasil, tal instituição existe desde 1923, e, com a Reforma Penal de 1984, passou a ser denominada Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), integrando o sistema penitenciário. Embora seja um hospital, está vinculado às Secretarias Estaduais que administram o sistema prisional, e não às Secretarias Estaduais de Saúde.

A manutenção do modelo hegemônico de atenção psiquiátrica aos *loucos* infratores 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 Constituição de 1988. Ainda hoje são constantes a falta de tratamento adequado; o excessivo uso de medicamentos; condições sanitárias precárias; maus-tratos; insalubridade; uso de quartos fortes ou quartos individuais<sup>1</sup>; falta de acesso à justiça; reduzido número de profissionais e despreparo dos existentes; ausência de mecanismos que preservem o vínculo com os familiares. Tais violações demonstram o comprometimento dessa instituição com um modelo ultrapassado, que toma o sujeito como objeto da sua ação e não garante os seus direitos.

A inexistência de uma política nacional para a reorientação do modelo de atenção nos HCTP, a falta de projetos estaduais para a reinserção social assistida das pessoas ali internadas e a ausência de um vínculo desta instituição com o Sistema Único de Saúde (SUS), têm mantido a pessoa com transtorno mental autora de delito à margem das mudanças que vêm sendo efetuadas no âmbito do modelo de atenção à saúde mental no Brasil a partir da Lei nº 10.216/2001.

---

<sup>1</sup> Os quartos individuais têm cerca de 10 metros quadrados; não têm cama; num dos cantos, há uma latrina daquele tipo em que a pessoa se agacha para usar; e o paciente fica completamente nu. Funcionam de forma parecida com as celas solitárias dos presídios convencionais, para onde são enviadas as pessoas presas que apresentam mau comportamento. Nos hospitais psiquiátricos comuns, sempre foram usados como castigo. No Brasil, eles foram formalmente banidos através da Portaria nº 224/92 do Ministério da Saúde, porém, ainda são encontrados em algumas instituições psiquiátricas, como os Manicômios Judiciários.

As pessoas com transtorno mental autoras de delito, na sua maioria, ainda são assistidas sob a noção da periculosidade social, constituindo-se alvo de uma dupla estigmatização: *loucas* e criminosas. Esse tratamento, que não prevê qualquer inserção nos serviços de referência do SUS, configura-se como um dos elementos constituintes das violações dos direitos humanos dessas pessoas.

Ao longo do século XX e no início do século XXI, diversos documentos internacionais na área da saúde passaram a estabelecer as conexões entre o direito à saúde, os direitos humanos e os direitos das pessoas com transtornos mentais (OMS, 2005). Além disso, devem-se ressaltar os instrumentos nacionais, como a Constituição Federal de 1988 e a legislação sobre saúde mental, incluindo-se as portarias e resoluções que tratam dessa matéria.

A articulação entre saúde mental e direitos humanos interessa à sociedade, aos profissionais, aos usuários dos serviços e às respectivas famílias. Já não se justifica a dicotomia do binômio indivíduo-sociedade, pois a discussão sobre a dignidade da pessoa, independentemente de ser paciente ou autora de delitos, plasma conteúdos das ciências da saúde, das ciências jurídicas e das ciências sociais.

Este trabalho objetiva, portanto, analisar os avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas internadas nos HCTP, examinando o conjunto de normas e as tendências de mudança legislativa, na conjuntura internacional e brasileira, para, a seguir, discutir as peculiaridades, impasses e perspectivas na garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito. Ressalte-se que na delimitação do presente estudo, considera-se a relação entre a concepção contemporânea dos direitos humanos e a garantia dos direitos desse grupo vulnerável.

O trabalho é dividido em quatro capítulos. No primeiro, apresenta um histórico da instituição manicomial e da assistência psiquiátrica brasileira. Aborda-se a origem do tratamento dispensado às pessoas com transtornos mentais, bem como a constituição do saber

médico psiquiátrico e a sua imposição como modelo de assistência à saúde mental. Em seguida, desenvolve uma breve análise histórica da instituição manicomial judiciária desde a sua criação até os dias atuais, destacando o caráter ambíguo de sua constituição: hospital e prisão.

No segundo capítulo, discutem-se os dispositivos da legislação penal referentes às pessoas com transtornos mentais autoras de delito no Brasil – os Códigos Penais de 1830, 1890 e 1940; a Lei nº 7.209 de 11 de julho de 1984 – além do Código de Processo Penal e da Lei de Execução Penal, salientando a criação e a consolidação da medida de segurança e o conceito de periculosidade, além de abordar a questão da saúde no HCTP.

O terceiro capítulo refere-se ao tema dos direitos humanos e sua concepção contemporânea, identificando as pessoas com transtornos mentais autoras de delito como integrantes dos chamados grupos vulneráveis, ressaltando a sua condição de sujeitos de direitos. A partir desse cenário se passa a estudar a normativa internacional e o ordenamento jurídico interno de proteção e defesa dos direitos humanos, especialmente os instrumentos voltados às pessoas com transtornos mentais, enfatizando a Constituição Federal de 1988 e a legislação sobre saúde mental, com destaque para a Lei nº 10.216/2001, tendo em vista que se constituem ferramenta eficaz para promover o acesso aos serviços de atenção em saúde mental, além de promover e proteger os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.

O quarto e último capítulo discute os reflexos da Reforma Psiquiátrica no HCTP, abordando as possibilidades de mudança no modelo de atenção à saúde mental das pessoas com transtornos mentais autoras de delito no Brasil a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216/2001. Analisam-se os avanços e impasses na garantia dos direitos dessas pessoas a partir de um estudo de caso realizado no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia (HCT-BA), procurando identificar se as práticas institucionais ali

exercidas assimilaram os princípios da Reforma Psiquiátrica ou ainda favorecem uma assistência custodial, dificultando ou impossibilitando o acesso daquelas pessoas aos direitos humanos. São apresentadas a estratégia e as técnicas da pesquisa, a contextualização dessa instituição manicomial judiciária bem como os dados coletados no HCT-BA, na Vara de Execuções Penais e Medidas Alternativas, na Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos e na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, bem como a análise desses dados. Apresenta, ainda, as experiências pioneiras no Brasil visando reorientar o modelo de atenção à saúde das pessoas com transtorno mental autoras de delito.

## CAPÍTULO I – Criação do manicômio judiciário no Brasil

### 1. Manicômio: que lugar é esse?

A palavra “manicômio” deriva do grego: “manía” significa loucura e “komêin” quer dizer curar. Portanto, a partir do seu significado, se infere que o manicômio seja um instituto destinado ao tratamento das pessoas com transtornos mentais. O termo se refere aos dois tipos de hospital psiquiátrico, a instituição destinada à “cura” de tais pessoas, e aquele que há algum tempo se definia como manicômio judiciário, hoje denominado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, voltado para as pessoas com transtornos mentais que cometeram delito.

Nos séculos XVI e XVII, para o acolhimento dos *loucos* existiam os Hospitais e as Santas Casas de Misericórdia. Estas instituições configuravam-se como espaços de acolhimento piedoso, nos quais os religiosos recebiam os excluídos, doentes, ladrões, prostitutas, loucos e miseráveis para dar-lhes algum conforto e, de certo modo, diminuir seu sofrimento (AMARANTE, 1998; FOUCAULT, 1984, 2004a). Assim, o hospício tinha uma função característica de “hospedaria”, representando o espaço de recolhimento de todas aquelas pessoas que simbolizavam ameaça à lei e à ordem social. Conforme afirma Barros (1994b, p. 29), a “exclusão dos loucos estava vinculada a uma situação de precariedade comum a outras formas de miséria, de pobreza e de dificuldade econômica.”

Durante a Idade Média, o enclausuramento não possui uma finalidade vinculada à medicalização, existindo apenas uma prática de “proteção” e guarda (AMARANTE, 1998). O significado de tal prática se referia a uma exclusão genérica e não a uma segregação

institucionalizada. E, somente no século XVIII, o internamento começa a ter características médicas e terapêuticas (FOUCAULT, 2004c, 2004b).

Naquele período histórico, além das medidas legislativas de repressão, foram criadas as casas de correção e de trabalho e os hospitais gerais, que eram destinados a retirar das cidades os mendigos e “anti-sociais” em geral, a oferecer trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar a partir de uma instrução religiosa e moral. Os *loucos* e os demais deserdados, confinados nos porões das Santas Casas e nos hospitais gerais, sofriam diversos tipos de punição e tortura (RESENDE, 2001).

Porém, no final do século XVIII, com os princípios da Revolução Francesa e a declaração dos direitos do homem nos Estados Unidos, aumentam as denúncias contra as internações arbitrárias dos doentes mentais e seu confinamento junto com as demais pessoas marginalizadas socialmente, e contra as torturas perpetradas, “disfarçadas ou não sob a forma de tratamentos médicos, de que eram vítimas” como destaca Resende (2001, p. 25). Assim, se inicia um movimento de reforma em países como a França, Inglaterra e Estados Unidos, que culminou com a criação do manicômio: este espaço seria destinado para os *loucos*, que, então, seriam separados das outras pessoas que eram encontradas nos asilos e receberiam cuidado psiquiátrico sistemático.

O manicômio surge no final do século XVIII como local para ser “tratada” a loucura, com ocultamento e exclusão, com vistas a uma “cura”, de acordo com a ordem fundada pelo médico francês Philippe Pinel, a qual representa o marco inaugural da fundação da chamada Medicina Mental ou Psiquiatria. Ele criou o primeiro método terapêutico para a loucura na modernidade, denominado Tratamento Moral, baseado em confinamentos, sangrias e purgativos, e, finalmente, consagrou o hospital psiquiátrico como o lugar social dos *loucos* (FOUCAULT, 2004b; COSTA, 2003; RESENDE, 2001). O referido método consistia em usar do rigor científico e da insuspeição moral do médico para “convencer” o *louco* a voltar à

sanidade mental, buscando analisar e classificar seus sintomas (BIRMAN, 1978; PESSOTTI, 1996; COHEN, 2006b).

De acordo com Castel (1978), o método criado por Pinel estabelecia a doença como problema de ordem moral. Pinel acreditava que o isolamento dos “alienados” era essencial para observar a sucessão de sintomas e descrevê-los, e organizava o espaço asilar a partir dos diversos tipos de alienados existentes com esse objetivo. O princípio do isolamento constituía-se como recurso necessário para retirar o “alienado” do meio confuso e desordenado e incluí-lo em uma instituição disciplinar regida por normas, regulamentos, e diversos mecanismos de gestão da vida cotidiana que reordenariam o mundo interno daquele sujeito e o resgatariam para a razão (PELBART, 1989). Assim, transformava o hospital em instituição médica, e não mais filantrópica, para que o discurso e práticas médicos se apropriassem da loucura.

O internamento no manicômio, diferentemente daquele feito nas Casas de Correção, adquire status médico e tal instituição se torna lugar de cura: seu objetivo vai além da contenção, e não o faz introduzindo a ciência médica, mas através de uma nova forma institucional que une as funções controversas de proteção da sociedade do perigo e tratamento curativo das doenças psíquicas. O espaço que era somente o emblema da separação social se transforma em um terreno em que o médico e o doente troquem suas diferentes linguagens. Neste momento, o internamento adquire credibilidade médica e se torna o destino da loucura, isolando aquilo que ela representa: perigo social e doença mental.

Segundo Resende (2001), esse representou o ponto de partida da assistência psiquiátrica de massa e, para alguns autores nacionais (UCHÔA, 1981; COSTA, 1989), seus princípios teriam inspirado o pensamento dos alienistas brasileiros e moldado a organização da assistência ao doente mental no Brasil. Ele acrescenta ainda que enquanto alguns autores consideram tal movimento uma revolução no tratamento aos *loucos*, outros afirmam que “os

reformadores do século XVIII nada mais teriam promovido senão a substituição da violência franca pela violência velada da ameaça e das privações.” (RESENDE, 2001, p. 26). Nesse sentido, Amarante (1998, p. 25-6) afirma: “o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes não possibilita a inscrição destes em um espaço de liberdade, mas, ao contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental.” Na verdade, mesmo com a instituição da função médica, na maior parte das instituições manicomiais, as condições de vida das pessoas ali internadas ainda eram deploráveis (PESSOTTI, 1996).

Diferentemente dos asilos (instituições com mera função de abrigo ou recolhimento) e dos hospícios (espaços ou edifícios, administrados como partes dos hospitais gerais destinados exclusivamente aos alienados), os manicômios caracterizavam-se por acolher apenas *doentes mentais* e dar-lhes tratamento médico sistemático e especializado. Conforme Pessotti (1996, p. 152), tais instituições já existiam antes do século XIX, “embora sua função hospitalar ou médica fosse, então, reduzida a bem pouco, visto que a figura do médico especialista em tratar loucos, o alienista ou o freniatra, surgiria apenas no século XIX.” Assim, o nome *manicomio* designa o hospital psiquiátrico, porque antes da reforma implementada por Pinel, a administração dos hospícios “estava muito longe de qualquer projeto *psiquiátrico*” (PESSOTTI, 1996, p. 153).

Para Silva Filho (2001, p. 91), a positividade do alienismo “constituiu-se praticamente em responder a uma demanda social e política que objetivava controlar, sem arbítrio, a desordem social configurada no personagem do louco.” Ainda segundo esse autor (2001, p. 91),

o alienismo instaura uma nova relação da sociedade com o louco: a relação de tutela, que se constitui numa dominação/subordinação regulamentada, cuja violência é legitimada com base na competência do tutor ‘versus’ a incapacidade do tutelado, categorizado como ser incapaz de intercâmbios racionais, isento de responsabilidade e, portanto, digno de assistência.

A transformação do hospital numa instituição medicalizada a partir da ação sistemática e dominante da disciplina, da organização e esquadramento médicos é constatada por Foucault (2004a), que descreve o período da “grande internação”, momento em que a loucura transformou-se em questão social, passando a ser regulada e contida numa instituição. Não se tratava de um reconhecimento positivo da loucura, nem de um tratamento mais humano dos alienados, mas de uma meticulosa operação na qual confluem pela primeira vez o pensamento médico e a prática do internamento (FOUCAULT, 2006).

O hospital pineliano era caracterizado pela exclusão e pelos maus-tratos das pessoas ali internadas, acarretando, assim, muitas críticas das pessoas que defendiam formas não violentas no trato com os *loucos*. Neste sentido, Costa (2003, p. 147) afirma que a crescente contestação àquela instituição “além de levar a criação de novos espaços fora dos limites das cidades, onde o internado dispusesse de melhores condições de habitabilidade, também deu origem à busca de outras concepções que pudessem trazer maior clareza sobre a natureza humana e sua subjetividade.”

Com as críticas ao “modelo pineliano”, se consolida um primeiro modelo de reforma: a colônia de alienados, que tinha como objetivo reformular o caráter fechado do “asilo pineliano”, trabalhando com as portas abertas, estabelecendo, assim, um regime de não restrição ou maior liberdade. Porém, segundo Amarante (1998, p. 27), o modelo das colônias serviu, na prática, para “ampliar a importância social e política da psiquiatria, e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional”, concluindo que, com o passar dos anos, apesar do seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica, as colônias não se diferenciam dos “asilos pinelianos”.

De acordo com Pessotti (1996, p. 9), “o manicômio foi o núcleo gerador da psiquiatria como especialidade médica”, devendo a intervenção terapêutica restituir o equilíbrio rompido

pela doença mental. E a partir da segunda metade do século XIX, nas palavras de Amarante (1998, p. 26), “a psiquiatria passa a ser um imperativo de ordenação dos sujeitos”.

Nasce a psiquiatria como saber científico, o psiquiatra como médico especialista e o manicômio como única instituição destinada ao tratamento terapêutico da doença mental (D’INCAO, 1992) e, contemporaneamente, como instrumento de defesa social do perigo que a loucura traz consigo. A idéia que resta confirmada é a de que longe de ser uma instituição que visa um tratamento das pessoas com transtornos mentais, o manicômio se valida a partir dos efeitos de exclusão que opera (AMARANTE, 1998).

As pessoas com transtornos mentais sempre foram aquelas excluídas da sociedade e constituíam-se como o objeto da psiquiatria, no mesmo sentido em que a denominada medicina mental vinha sendo desenvolvida no século XIX em toda a Europa (FOUCAULT, 2004a, 2006; MACHADO, et al, 1978). Conforme afirma Amarante (1998, p. 46) “as práticas psiquiátricas pretendiam muito mais intervir/assistir ao paciente, feito objeto, do que interagir com a existência-sofrimento que se apresentava”.

Ainda de acordo com Amarante (1998, p. 48),

Na realidade, o problema das instituições psiquiátricas revelava uma questão das mais fundamentais: a impossibilidade, historicamente construída, de trato com a diferença e os diferentes. Em um universo das igualdades, os loucos e todas as maiorias feitas minorias ganham identidades redutoras da complexidade de suas existências. Opera-se uma identificação entre diferença e exclusão no contexto das liberdades formais e, no caso da loucura, o dispositivo médico alia-se ao jurídico, a fim de basear leis e, assim, regulamentar e sancionar a tutela e a irresponsabilidade social.

Desde o primeiro instrumento normativo voltado à atenção específica ao *louco*, a lei de 1838 na França, verifica-se a intenção de construir um status jurídico específico para este sujeito. Como afirma Castel (1978, p. 37-8), “O equilíbrio entre delitos e as sanções inscreve-se em um sistema racional porque o criminoso é responsável por seus atos. O louco coloca um problema diferente [...]. Não poderia ser sancionado, mas deveria ser tratado”.

A configuração e afirmação do manicômio como único espaço para acolher e tratar as pessoas com transtornos mentais revela, ainda, o poder disciplinar exercido pela psiquiatria sobre tais pessoas. Como esclarece Barros (1994b, p. 35), “No final do processo encontramos o louco, destinatário das práticas e objeto da relação entre filantropia e medicina mental, dotado do estatuto de alienado segundo um conjunto de códigos teóricos, médicos e burocrático-administrativos.” E, ainda, no manicômio serão aplicados, concretamente, aqueles poderes institucionais voltados à disciplina e ao controle social dos sujeitos perigosos: nos futuros manicômios, os saberes não permanecerão teorias abstratas, mas irão tornar-se técnicas aplicadas e real exercício do poder disciplinar por parte da psiquiatria (FOUCAULT, 2006).

Naquela instituição, o sujeito não era considerado como um cidadão, sendo apenas mais um internado, e, logo diagnosticado, classificado e submetido ao controle e à disciplina determinados pelos médicos e funcionários que ali atuam. Ele é vigiado constantemente, devendo obedecer as normas impostas, sob pena de punição. Enfim, o manicômio ocupa a vida da pessoa com transtorno mental em todos os seus níveis.

O manicômio configura-se como uma “instituição total”, segundo Goffman (2003, p. 170-71), “pois o internado vive todos os aspectos de sua vida no edifício do hospital, em íntima companhia com outras pessoas igualmente separadas do mundo mais amplo”. Nas instituições com este perfil as sociedades contemporâneas preservam suas pretensões de controle e de dominação.

De acordo com Basaglia (1985), algumas instituições da sociedade como a família, a escola, a universidade, a fábrica e o hospital, são caracterizadas por uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho, que classifica os que têm poder e os que não têm. Tais instituições podem ser definidas como *instituições da violência*, tendo em vista a relação de opressão e a situação de exclusão ali existentes.

O isolamento evidenciou ainda mais o processo de objetificação do sujeito internado, despersonalizando-o e tornando-o uma pessoa sem vontades nem estímulos. Nesse sentido, ao longo da trajetória da institucionalização da loucura, verificam-se as contradições das práticas médicas e a ineficácia daquele modelo terapêutico, centrado no hospital psiquiátrico, “organismo de tratamento” (FOUCAULT, 2002b, p. 266) .

### **1.1. Breve histórico da assistência psiquiátrica brasileira**

Conforme já evidenciado, a Psiquiatria surge no século XIX, estabelecendo o hospital psiquiátrico como seu espaço principal, o qual começa a surgir nas principais cidades brasileiras a partir de 1852. Assim, o modelo manicomial foi adotado no Brasil como forma de assistência psiquiátrica às pessoas com transtorno mental.

Seguindo a tendência das teorias desenvolvidas na Europa, a assistência psiquiátrica no Brasil esteve sempre de acordo com a manutenção da ordem social (MACHADO, et al, 1978) e com o desenvolvimento de uma psiquiatria que toma o sujeito como objeto do “saber psiquiátrico” (BASAGLIA, 1985; PELBART, 1990; COSTA, 1990; FOUCAULT, 2004a). Nas palavras de Figueiredo (1988, p. 124), do final do século XIX até o final dos anos 20 do século passado, “a loucura no Brasil vai sendo incorporada pelo saber psiquiátrico e o grande hospício é inaugurado como sede deste saber”.

No início do século XIX, os ditos *loucos* eram encontrados em todos os lugares: nas ruas, nas prisões e nas chamadas “casas de correção”, em asilos de mendigos e, ainda, nos porões das Santas Casas de Misericórdia (AMARANTE, 1994). Nessa época, era muito difícil encontrar um *louco* sendo tratado em enfermarias ou hospitais. Ressalte-se que as Santas

Casas de Misericórdia somente passam a cuidar das pessoas com transtornos mentais, destinando-lhe locais específicos dentro da sua estrutura, por volta do final do século XVIII e início do século XIX (RIBEIRO, 1999), dando-lhes um tratamento diferenciado das demais pessoas ali “hospedadas”, mas, ainda, de cunho caritativo. Como descreve Resende (2001, p. 35), eram amontoadas em porões “sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus delírios e agitações reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus-tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas.”

Sobre a origem dessas pessoas, Amarante (1994, p. 75) afirma:

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

O número de *loucos* recolhidos nas Santas Casas não era grande, e, por isso, também eram encontrados nas prisões, ao lado de criminosos, condenados ou não (RESENDE, 2001). Ademais, naquelas instituições não havia qualquer atendimento médico-hospitalar. Observa-se, assim, que até o século XIX, inexistia uma estruturação, organização ou disposição para cuidar das pessoas com transtornos mentais como indivíduos que necessitavam de cuidados especiais (RIBEIRO, 1999).

Sem muita diferença dos tempos atuais, a sociedade do século XIX via no *louco* uma ameaça à segurança pública, sendo o recolhimento aos asilos a única maneira de lidar com a pessoa com transtorno mental. Essa atitude dirigida aos *loucos*, autorizada e legitimada pelo Estado por meio de textos legais editados pelo Imperador, tinha o objetivo de oferecer proteção à sociedade, enquanto mantinha tais pessoas reclusas. O Estado imperial que deveria acolher, proteger e tratar aquelas pessoas, adotava como única medida a reclusão.

A crescente pressão da população para o recolhimento dos alienados “inoportunos” a um lugar de isolamento e o questionamento de alguns médicos e intelectuais frente às condições subumanas das instituições asilares fizeram com que o Estado Imperial determinasse a construção de um lugar específico com o objetivo de tratá-los. Conforme aponta Resende (2001, p. 38-9), se verificavam três objetivos contraditórios: “uma indicação prioritariamente social, a remoção e exclusão do elemento perturbador, visando a preservação dos bens e da segurança dos cidadãos, e no outro extremo, uma indicação clínica, a intenção de curá-los”.

Neste contexto de ameaça à ordem e à paz social, surgem as primeiras instituições psiquiátricas no Brasil. Assim, foi criado o Hospício Dom Pedro II, inaugurado em 05 de dezembro de 1852, na cidade do Rio de Janeiro, mais tarde denominado Hospício Nacional de Alienados (COSTA, 1980; UCHÔA, 1981). De forma gradativa, este modelo assistencial se desenvolveu e se ampliou em todo o território nacional, consolidando e reproduzindo no solo brasileiro o hospital psiquiátrico europeu como o espaço socialmente legitimado para a loucura (FIGUEIREDO, 1988).

Acerca da legislação sobre assistência psiquiátrica e direitos das pessoas com transtornos mentais, pode-se afirmar que o seu conjunto começa com o decreto imperial de 18 de julho de 1841, que funda a psiquiatria institucional e estatal no país, indo até o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, sendo que nesse intervalo, foram elaborados 16 decretos referentes a tais pessoas (DELGADO, 1992).

O início da assistência psiquiátrica pública no Brasil data da segunda metade do século XIX. Os primeiros hospitais são criados no país, especificamente, para abrigar *loucos* sobre o nascimento da psiquiatria, como corpo de saber médico especializado. De acordo com Resende (2001, p. 56), à psiquiatria “cabia simplesmente recolher e excluir as sobras humanas que cada organização social, de cada momento histórico, tinha ‘produzido’”.

Todos os estabelecimentos criados no país até o final do século XIX, com a finalidade de internar os *doentes mentais*, ofereciam um tratamento que tinha como objetivo maior “afastá-los da sociedade do que realmente tratá-los e minorar seu sofrimento” (RIBEIRO, 1999, p. 20). Mesmo com tais instituições, se verifica, como no período anterior aos manicômios, a existência de maus-tratos, espancamentos, falta de higiene, fome, resultante de má ou ausência de alimentação (RIBEIRO, 1999). Acerca da violência e dos maus-tratos perpetrados contra os pacientes, Figueiredo (1988, p. 125) cita as sessões de tortura com banhos de choque térmico e a malarioterapia, consideradas “práticas científicas” consagradas. Segundo ele, “o controle já era objeto implícito da instituição”. Cabe salientar, ainda, que no final do século XIX no Brasil, ainda não existia uma lei específica de proteção às pessoas com transtorno mental. Assim, conforme afirma Corrêa (1999, p. 94), elas eram encaminhadas às casas de saúde, aos hospícios e às prisões “sem nenhum preceito legal que disciplinasse o referido ato de seqüestro, a conservação, o respeito ao patrimônio dos doentes, dentro dos princípios de direito e justiça”.

As internações eram assunto de interesse público, permanecendo assim até o início do século XX, quando uma simples ordem policial era suficiente para autorizá-las (FIGUEIREDO, 1988). O hospital psiquiátrico não existia enquanto lugar de cura. Sobre a sua real função, ressalta Resende (2001, p. 39):

Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar. O peso relativo de cada um desses verbos na ideologia da nascente instituição psiquiátrica brasileira pendeu francamente para os dois primeiros da lista, os demais não entrando nem mesmo para legitimá-los. A função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos de existência aparece, pois, na prática, sem véus ou disfarces de qualquer natureza.

Ademais, além da segregação, aquele estabelecimento exercia a função de controle social. De acordo com Figueiredo (1988, p. 119), o hospital ingressa no cenário brasileiro, no Segundo Reinado, para exercer esta função “numa sociedade em transformação e, portanto,

geradora de conflitos e contradições localizados no espaço de luta das relações capital-trabalho”.

Nesse histórico, merece destaque a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que foi criada em 1923, no período da chamada República Velha, e tinha como objetivo melhorar a assistência psiquiátrica e aperfeiçoar o cuidado aos *loucos* (COSTA, 1981; RIBEIRO, 1999). A Liga assimilou os ideais *eugenistas*, sendo influenciada, assim, pelos ideais nazifacistas que se fortaleciam na Europa. Analisando esse Movimento, Costa (1981, p. 52) afirma que os “programas eugênicos da LBHM eram a solução ‘psiquiátrica’ encontrada pelos psiquiatras para resolver os problemas culturais que eles enfrentavam enquanto cidadãos”.

Ainda segundo esse autor, tal movimento “alcançou uma profunda repercussão sobre a intelectualidade brasileira das três primeiras décadas do século XX, que começou, então, a preocupar-se com a constituição étnica do povo brasileiro” (COSTA, 1981, p. 30-3). E de acordo com Ribeiro (1999, p. 26), não se pode desvincular o pensamento psiquiátrico desse movimento da ideologia dominante na sociedade brasileira à época, porque a Liga “não teria encontrado espaço para se difundir se não houvesse uma receptividade positiva por parte da sociedade a ideais comuns aos existentes na Alemanha, que encantavam a elite dirigente no Brasil.” Porém, deve-se ressaltar que alguns psiquiatras de renome, à época, se posicionaram contra a eugenia e a higiene social da raça, desenvolvendo atividades voltadas ao aperfeiçoamento à assistência psiquiátrica e à humanização do atendimento, com o reconhecimento da Liga.

Uma outra experiência implementada no país foram as colônias agrícolas, em complemento aos hospitais tradicionais já existentes, as quais baseavam-se no trabalho, tendo como objetivo devolver à sociedade pessoas tratadas e curadas, aptas para o trabalho (PORTOCARRERO, 2002). Apesar de se configurar como uma tentativa de solução terapêutica, o hospital agrícola tinha “a única função que já caracterizava a assistência ao

alienado, no país, desde a sua criação: a de excluir o doente de seu convívio social e, a propósito de lhe proporcionar espaço e liberdade, escondê-lo dos olhos da sociedade” (RESENDE, 2001, p. 52).

Porém, mesmo com essa experiência e algumas tentativas isoladas de modificação no atendimento, permanecia a assistência asilar às pessoas com transtornos mentais. Como afirma Costa (2003, p. 150),

apesar de frustrados os projetos de recuperação dos loucos por meio do internamento nos hospitais-colônia – em face da impossibilidade de inserção social dos seus egressos quando retornavam ao espaço urbano –, a Psiquiatria continuava se fortalecendo por meio da fabricação de sua própria clientela. Apesar de ter surgido para resolver o “problema da doença mental” ela passa a fabricar mais e mais “doentes”, demandando pela criação de mais instituições e ampliação das existentes.

Os objetivos de excluir e segregar refletiam-se na legislação psiquiátrica, como se pode observar no Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934: “Art. 9º - Sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente, a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.” Tal norma previa, ainda, no seu artigo 11, que além do internamento a pedido dos familiares, os “psicopatas” poderiam ser internados por ordem judicial ou requisição de autoridade policial (FIGUEIREDO, 1988; CINTRA JÚNIOR, 2003).

Nas décadas de 40 e 50, a política de saúde mental era voltada, principalmente, para o atendimento em hospitais psiquiátricos, com escassos serviços em nível extra-hospitalar (RIBEIRO, 1999). Além disso, desde meados da década de 50, os psiquiatras passaram a fazer largo uso de drogas denominadas neurolépticos ou psicofármacos. A introdução desses medicamentos no tratamento às pessoas com transtornos mentais é considerada um marco na Psiquiatria. De acordo com Figueiredo (1988, p. 133),

a descoberta dos neurolépticos representou e representa um grande avanço científico no tratamento das psicoses. Mas, por outro lado, estas drogas também facilitaram uma utilização anticientífica, voltada para o controle do

paciente, o sossego do médico, do hospício, da família que rejeita e da sociedade que exclui.

Esta fase dos psicofármacos teve forte adesão da psiquiatria brasileira. Nos hospitais psiquiátricos do país, de forma geral, a adoção daquelas novas substâncias farmacológicas serviu para reforçar o controle exercido em nome do “saber médico”, o qual demonstrava a produção de um conhecimento psiquiátrico vinculado às normas ditadas pelo sistema (FIGUEIREDO, 1988; SILVA FILHO, 2001).

Autores como Resende (2001) descrevem a situação encontrada no fim da década de 50, destacando a superlotação, a deficiência de profissionais, os maus-tratos e as péssimas condições de hotelaria, afirmando que a única função social da prática psiquiátrica é a exclusão do *louco*.

Com as mudanças efetivadas na sociedade brasileira a partir do golpe militar de 1964, a assistência à saúde foi caracterizada por uma política de privatização maciça. No campo da assistência psiquiátrica, fomentou-se o surgimento das “clínicas de repouso”, denominação dada aos hospitais psiquiátricos de então, além de métodos de busca e internamento de pessoas. Desse modo, passa a prosperar a recém-criada e rentável “indústria da loucura”. Nos anos seguintes, o número de hospitais psiquiátricos e leitos contratados aumentou (COSTA, 2003).

Além disso, com o desenvolvimento da industrialização no Brasil após 1964 e com a intensificação do modelo tecnocrata e capitalista de produção, adotado pela Ditadura Militar, se favorece o crescimento de uma forte indústria farmacêutica, que fomenta a necessidade de um “mercado interno compensador”. Verifica-se que o sistema de assistência médica centrado no hospital e o incentivo à medicina curativa atendiam à demanda da referida indústria (RIBEIRO, 1999). Tal medicina hospitalocêntrica lucrativa também se refletia no hospital psiquiátrico. Predominava o controle social e a lucratividade empresarial, e, segundo

Figueiredo (1988, p. 141), “a psiquiatria e o Estado aí apareceram associados na sustentação desse binômio”. Percebia-se o compromisso do Estado com os interesses dos grupos econômicos dominantes, pois, naquele regime autoritário, a assistência médica privada contratada constituía-se mero instrumento de lucro, não apresentando nenhuma preocupação para resolver os problemas de saúde das pessoas (AMARANTE, 1998).

A rede privada tem seu ápice no final da década de 60 e na década de 70. Durante todo esse período, a política de saúde mental no Brasil “se apoiava em dois pilares: o Hospício Público e Privado, este último bastante ampliado e altamente lucrativo, e os neurolépticos, produção majoritária das multinacionais de medicamentos” (FIGUEIREDO, 1988, p. 141). Nesse sentido, o hospital psiquiátrico privado era um dos mais cobiçados investimentos devido ao seu baixo custo operacional e à política de repasse de recursos financeiros promovida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Ressalte-se que durante as décadas de 70/80 no Brasil, a assistência psiquiátrica ainda era organizada em torno da “solução asilar”, a qual, segundo Amarante (1998, p. 112-13),

[...] é decorrente não apenas da natureza da função social e política do asilo psiquiátrico, como instrumento de segregação, negação e violência, ou ainda do não compromisso real com a saúde dos cidadãos (o que implica ausência de necessidade de organizar formas de cuidado e atenção eficientes e ‘terapêuticos’) mas, também, das condições ‘administrativas’. Torna-se mais fácil construir e administrar um pavilhão como se fora um hospital, do que organizar e gerir trâmites e procedimentos necessários à construção de um serviço mais sofisticado ou diversificado.

Nessa perspectiva, Ribeiro (1999, p. 64-5) afirma que de 1970 a 1980 a política de saúde adotada reforçava a privatização do setor, a mercantilização da Medicina e a manutenção do modelo de hospitalização, que, no caso da saúde mental, tratava-se da internação asilar. Tal modelo privatista trouxe sérias consequências para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do sistema de saúde do país, que, segundo esse autor “encontra-se hoje mergulhado no mais profundo caos no que diz respeito à saúde pública em geral, ao

atendimento da população nos hospitais e postos de saúde, e à assistência psiquiátrica em particular”.

Diante do modelo da psiquiatria hospitalocêntrica, o louco é apenas um doente sob os seus cuidados, sem vontade, e, ainda, aquele lhe retira a qualidade de sujeito. Resta, apenas, o cuidado com o controle da pessoa com transtorno mental, que deveria estar sempre sob custódia de uma instituição submetida a um tratamento farmacológico, reforçando as finalidades de exclusão social e de cura trazidas pelo isolamento terapêutico.

Somente a partir da década de 70, é que grupos de profissionais, que atuavam nos serviços de atenção à saúde mental, começaram a questionar e a discutir a necessidade de outras formas de tratamento às pessoas com transtorno mental, chamando a atenção para um serviço de saúde mental baseado na integralidade de vários fatores, conforme destaca Ribeiro (1999, p. 81):

As ações em saúde mental se inserem na política de saúde, que por seu turno é consequência das medidas sócio-econômicas adotadas pelo governo. Não se pode desvincular o processo de transformações na saúde do processo de evolução e aperfeiçoamento que ocorre na sociedade, envolvendo relações de ordem política, cultural, social, de trabalho, de educação, de qualidade de vida.

Atualmente, a instituição psiquiátrica ainda permanece com a mesma estrutura de dois séculos atrás, ao continuar excluindo, segregando e cronificando a pessoa com transtornos mentais, majoritariamente das classes desfavorecidas (BASAGLIA, 1985; PESSOTTI, 1996; SILVA, 2001). Trata-se de um mundo do qual faz parte contingente significativo de seres humanos, confinados a uma existência limitada, sem a observância do seu contexto social, acarretando, muitas vezes, a perda da sua identidade.

A cultura existente no imaginário da sociedade e no modelo assistencial asilar para o tratamento das pessoas com transtornos mentais, ainda hoje, é de exclusão, evidenciando a presença de uma tradição fundada na negação dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos. As práticas exercidas nos hospitais psiquiátricos brasileiros revelam a tendência

de um tratamento que legitima a exclusão destas pessoas (RESENDE, 2001; SILVA, 2001; TUNDIS, 2001). Tais unidades de internação se configuram como espaços de segregação e obscuridade (BASAGLIA, 1985; RESENDE, 2001).

Ademais, conforme afirma Amarante (1998, p. 24),

A caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional. [...] A relação tutelar para com o louco torna-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais e cartografa territórios de segregação, morte e ausência de verdade.

Dentre as unidades hospitalares criadas com o cunho segregacionista encontram-se os manicômios judiciais, hoje denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, para as pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos. A ênfase desta instituição hospitalar estava no processo de apartação social, descomprometida com o cuidado à saúde e com a reinserção psicossocial.

## **2. A “necessidade” de um manicômio judiciário**

O manicômio criminal nasce da fusão das duas clássicas instituições totais que a sociedade moderna criou para castigar as formas mais graves de não adaptação às regras sociais: a prisão e o manicômio.

Na Europa, os manicômios criminais começam a surgir na segunda metade do século XIX. O termo “manicômio judiciário”, historicamente, vem depois do “manicômio criminal”, e antes do atual “hospital psiquiátrico judiciário” (MANACORDA, 1982, p. 8). No Brasil, o manicômio judiciário passou a ser denominado Hospital de Custódia e Tratamento

Psiquiátrico a partir da Reforma Penal de 1984, de acordo com a previsão do Código Penal Brasileiro nos seus artigos 96 e 97 e na Lei de Execução Penal no artigo 99.

A origem histórica do manicômio judiciário remonta à Inglaterra do século XVIII, quando uma pessoa tentou matar o Rei Jorge III, sendo declarada louca e por isso irresponsável pelo seu ato, e, em seguida, absolvida e internada numa seção especial do manicômio de Bedlem (SIMONETTI, 2006). Assim, a primeira instituição a acolher *loucos criminosos* foi o Asilo de Bedlem, na Inglaterra, onde em 1786 é aberta uma seção especial, que deu origem ao projeto do manicômio criminal como estabelecimento destinado unicamente à internação dos *loucos criminosos*. Outras seções para tais pessoas foram criadas dentro dos numerosos asilos espalhados pelo país.

O manicômio criminal nasce na Inglaterra com o nome de *Criminal Lunatic Asylum*, a primeira instituição com a finalidade de custodiar as pessoas com transtorno mental que tivessem cometido algum ato penalmente ilícito (SIMONETTI, 2006; COHEN, 2006a; ANDRADE, 2004). E foi justamente a Inglaterra o primeiro país a disciplinar com uma lei tal matéria, especificando minuciosamente as categorias de sujeitos que deveriam ser destinatárias dos procedimentos de internação neste tipo de instituição (BORZACHIELLO, 1997). Ainda no século XVIII é promulgada uma lei, chamada *Insane offender's bill*, a qual previa que todos aqueles que tivessem cometido um delito em condições de alienação mental seriam absolvidos e internados em um manicômio por tempo determinado pelo rei (SIMONETTI, 2006).

Porém, de acordo com Simonetti (2006), a referida lei se revelou ineficaz e as estruturas existentes se demonstraram inadequadas às necessidades terapêuticas daqueles sujeitos, e as dificuldades de gestão tornaram ainda mais desumanas as condições dos internados. Para esta autora, o primeiro e verdadeiro “Manicômio Criminal de Estado” é instituído em 1857 na paróquia de Sandhurst e em 1863 foi fundado o estabelecimento de

Broadmoor, situado na periferia de Londres, considerado sempre um exemplo pela eficiência e funcionalidade, concebido como setor especial hospitalar. Nos anos seguintes, de acordo com as normas denominadas "The Criminal Lunatic Act" de 1884 e "The Trial of Lunatic Act" de 1885, se estabelece que em Broadmoor podiam ser internados não só aqueles que tivessem cometido um crime em estado de loucura, mas também aqueles que enlouquecessem durante o processo, a chamada superveniência de alienação mental, e, por isso, se tornassem incapazes de se submeter à disciplina carcerária.

Com a diferença de quase um século da primeira experiência realizada na Inglaterra voltada aos *loucos criminosos*, outros países da Europa passam a adotar providências no mesmo sentido. Na França, em 1876, foi instituída uma seção para os *loucos criminosos* dentro do manicômio de Bicêtre. Na Alemanha, no período de 1870 a 1875, espaços específicos destinados àquelas pessoas foram instituídos nas Casas centrais de Bruchsal, Halle e Amburgo. Na Itália, o manicômio criminal nasce na segunda metade do século XIX, atendendo a exigência de criar uma estrutura apropriada para separar dos outros presos aqueles “enlouquecidos” na prisão (ADAMO, 1980). Assim, em 1876 é inaugurada a “Seção para maníacos” junto à “Casa penal para inválidos” de Aversa, com um ato meramente administrativo (MANACORDA, 1982; GANDOLFI, 1988). Nos Estados Unidos, o primeiro manicômio criminal foi criado em Auburn, no Estado de New York, no ano de 1855, seguido de um outro no Estado de Massachussets em 1872, e outro instituído na própria cidade de New York em 1874. No Canadá, em 1877, o Asilo de Rockwood passa a ser dependente das prisões de Kingston (BORZACHIELLO, 1997).

Analisando os pressupostos do manicômio criminal na Itália, verifica-se que na segunda metade do século XIX, duas Escolas travavam um grande debate acerca dos conceitos de crime e de pena. De um lado, a Escola Clássica, cujo expoente mais célebre foi Francesco Carrara, discutia a teoria geral do crime atribuindo à pena a finalidade retributiva,

ou seja, a pena tinha a finalidade de reparar o dano causado à sociedade pela ação do réu. Nesse caso, a pena seria aplicada de acordo com a gravidade do delito. A personalidade do réu enquanto tal não era objeto de análise pelos juristas desta Escola, que acreditavam no livre arbítrio do homem. A Escola Positiva, por sua vez, baseada nos estudos de Cesare Lombroso, apresentava, pela primeira vez, o problema da responsabilidade do sujeito que comete crime, voltando os seus estudos à pesquisa das causas da delinquência. Os seus objetivos principais eram o estudo da personalidade do réu, considerado nas suas anomalias biológicas e psíquicas, e a criação de uma política criminal dirigida à defesa social (BORZACHIELLO, 1997). Enfim, para a concepção positivista, a criminalidade é a manifestação de uma patologia individual, que às vezes pode ser atribuída a causas sociais (SANTORO, 2004).

Ademais, como esclarece Franco Scarpa (2007), os manicômios criminais foram criados como lugar para exercitar a defesa social frente aos *loucos* que cometiam crimes e não podiam ser encaminhados à prisão porque eram considerados sujeitos não conscientes e insensíveis ao regime punitivo carcerário.

A instituição dos manicômios criminais representava a vitória da Escola Positiva sobre a Escola Clássica, e teria significado a afirmação do conceito de delinquência como doença e da pena como cura. Para os antropólogos, médicos e alienistas do fim do século XIX, o criminoso era quase sempre um doente, e, como tal, era considerado objeto de custódia e cura, e não de simples repressão. Nesse sentido, se o crime era considerado uma doença, a cura deveria ser confiada à medicina. E vale registrar que em 1872, Lombroso publica a obra “Sull’istituzione dei manicomi criminali in Italia”, na qual sustenta a necessidade da instituição dos manicômios criminais, indicando as categorias de pessoas que deveriam ser ali internadas: sugeria o encaminhamento não só daquelas pessoas acometidas de enfermidade mental durante a execução da pena, mas também daquelas que fossem “levadas ao cometimento do delito por ter uma enfermidade habitual” (GIORDANO, 2005, p. 305-6).

Como afirma Peres (1997, p. 111),

os manicômios judiciais surgem no dispositivo psiquiátrico compondo uma nova estratégia, que se fundamenta de forma explícita, no perigo que o louco representa. Com um lugar específico para a loucura criminosa, fora da rede de assistência psiquiátrica, a medicina retira de seu campo aqueles que foram o argumento inicial para a sua afirmação.

Identificava-se no discurso médico a necessidade de construir um espaço específico para os *loucos delinquentes*, pois estes comprometiam o tratamento que era oferecido no asilo, junto às demais pessoas ali recolhidas (MACHADO, et al, 1978). Assim, o manicômio judiciário passava a figurar como mais uma instituição total, afastando loucura e criminalidade, legitimando a inserção da psiquiatria na esfera da ciência penal e consolidando a presunção da periculosidade de tais pessoas.

## **2.1. Manicômio judiciário no Brasil**

Os hospitais específicos para acolher os *loucos* infratores foram instituídos no Brasil a partir da segunda década do século XX com a denominação de manicômios judiciais. A sua implementação foi precedida pela discussão acerca de qual seria o encaminhamento institucional que deveriam ter pessoas que eram consideradas loucas e criminosas. Como informa Carrara (1998), já em 1870, o então diretor do Hospício D. Pedro II, Dr. Moura e Câmara, apontava a necessidade de separar os loucos agitados e perigosos, tendo em vista que se constituíam em um obstáculo para a medicalização completa do asilo, por exigirem práticas violentas e repressivas. Acrescente-se que tal idéia passa a ser defendida por Teixeira Brandão em 1896, diante de um caso envolvendo um provável *louco-criminoso*, que o motiva a

solicitar ao Ministro da Justiça a construção de um Manicômio Criminal, porém, esta idéia não representava consenso em toda a classe médica (CARRARA, 1997).

Para Juliano Moreira, diretor do Hospício Nacional no ano de 1920, os criminosos loucos não deveriam estar alojados naquela instituição, mas numa “prisão de caráter especial, prisão e manicômio ao mesmo tempo” (CARRARA, 1998, p. 193). Assim, a criação de um manicômio judiciário no país já vem marcada pelo caráter de ambigüidade: afinal, essa instituição é um hospital ou uma prisão?

Carrara (1998, p. 28) destaca essa “contradição” acerca da fundação do manicômio judiciário, afirmando que “a instituição apresenta a **ambivalência** como marca distintiva e a **ambigüidade** como espécie [...] de ‘defeito constitucional’” (grifos do autor), e observa que tal ambigüidade é uma característica que perpassa toda a instituição manicomial judiciária: a legislação que a sustenta, a identidade atribuída aos internos e aos profissionais que ali trabalham. Desse modo, além dos hospitais psiquiátricos para pessoas com transtornos mentais, começaram a funcionar no país os espaços asilares para receber e tratar os ditos *loucos criminosos*. Percebe-se, mais uma vez, a opção pela exclusão: a partir do estabelecimento da diferença entre *loucos* e *loucos criminosos*, o espaço para estes últimos não pode ser mais o do Hospício Nacional.

Configurava-se, assim, uma nova categoria, a dos “*loucos-criminosos*”, cujo destino deveria estar absolutamente desvinculado do Hospício Dom Pedro II. Iniciava a compreensão a respeito da necessidade de construir uma nova instituição para recolhimento asilar deste segmento populacional, no mesmo sentido daquela adotada pelos países da Europa. Conforme Carrara (1998, p. 148), “a idéia central é de que ‘loucos perigosos ou que estivessem envolvidos com a justiça ou polícia’ deveriam ser separados dos alienados comuns, constituindo-se em objeto institucional distinto”. Forjava-se, assim, a demanda por um “*manicômio criminal*”. Esta nova instituição emergia, pois, correspondendo à convergência

dos interesses da área de saúde e do âmbito jurídico, atendendo à necessidade de zelar pela segurança da sociedade. A iniciativa, compatível com o pensamento da época e o poder-dever do Estado, excluía a possibilidade de qualquer integração sociofamiliar do denominado “*louco-criminoso*”.

Antes da constituição desse novo espaço, os *loucos criminosos* eram encaminhados às Casas de Correção ou recolhidos pelos Asilos, onde passavam a ser mantidos em alas específicas, destinadas aos *loucos furiosos* (JACOBINA, 1982). Ao descrever o que ocorria nesse período, Peres (1997, p. 89) assevera que “a existência dos ditos loucos-criminosos passa a representar um problema para a psiquiatria em formação. Se, por um lado, os alienistas criticavam a presença dos loucos nas casas de correção, alguns recusavam a presença dos loucos-criminosos nos asilos.”

Nesse percurso, ressalte-se o Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, o qual trouxe a recomendação de que fossem criadas seções especiais para *loucos infratores* nos manicômios estaduais (DELGADO, 1992). Tal Decreto estabeleceu normas para a internação dos “alienados”, sendo que o seu artigo 10 previa: “é proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos”. E o artigo 11 deixava explícito que “enquanto não possuírem os Estados manicômios criminais, os alienados delinquentes e os condenados alienados somente poderão permanecer em asilos públicos nos pavilhões que especialmente se lhes reservem”. É a partir desse Decreto que a construção de manicômios judiciários passa a ser proposta oficial (CARRARA, 1998), devendo cada Estado reunir recursos para tal fim. Ademais, essa idéia é reafirmada pelo Decreto nº 5.148A, de 10 de janeiro de 1927, nos seus artigos 7º e 8º (MATTOS, 1999). Após tal Decreto, foi instalada no Hospício Nacional de Alienados uma enfermaria destinada à internação dos *alienados delinquentes* e à observação dos acusados suspeitos de alienação mental. Assim surgia a Seção Lombroso, uma seção especial de segurança que funcionava com inúmeros problemas, tendo sido extinta com a

criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (DELGADO, 1992; PERES, 1997; PIEDADE JÚNIOR, 2002).

O primeiro manicômio judiciário do Brasil e da América Latina foi inaugurado na cidade do Rio de Janeiro, no dia 30 de maio de 1921. Carrara (1998, p. 194) descreve a cerimônia realizada afirmando que os discursos ali proferidos “anunciavam muito mais que o surgimento de mais uma outra instituição pública”, mas, principalmente, “a emergência de uma forma inteiramente nova de intervenção social, mais flexível, mais globalizante, mais autoritária”. Em relação a este evento, conclui: “Coroava-se então um processo muito mais amplo que, atingindo as práticas jurídico-penais como um todo, fez com que nossos tribunais, como bem apontou Foucault, passassem, a partir de finais do século XIX, a não julgar mais atos criminosos, mas a própria alma do criminoso” (CARRARA, 1998, p. 194).

Cabe acrescentar que neste ano foi promulgado o Decreto nº. 14.831, de 25 de maio de 1921, que aprova o regulamento do manicômio judiciário, e, no seu artigo 1º dispunha:

O Manicomio Judiciario é uma dependencia da Assistencia a Alienados no Distrito Federal, destinada a internação:

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

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

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

Com a implementação do manicômio judiciário vislumbrava-se uma solução de interesse da sociedade cujo tecido fora agredido pelo delito da pessoa com transtorno mental. Ao apresentar-se como instituição prisional, sustentava-se na premissa de que o indivíduo, ainda que com transtorno mental, deveria pagar pelo crime cometido. Enquanto instituição de custódia, guardava uma natureza diferenciada, a de satisfazer as interpretações patologizantes e biodeterminantes do indivíduo (CARRARA, 1998). O seu vínculo era com os “serviços de assistência a psicopatas”, conforme se verifica no Decreto nº. 20.155, de 29 de junho de 1931,

que determinava que o manicômio judiciário ficava sob a jurisdição do Departamento Nacional de Assistência Pública, “revertendo o respectivo pessoal técnico ao quadro de Assistência a Psicopatas”.

O manicômio judiciário se caracterizava, portanto, como o lugar social específico para o encontro entre crime e loucura. Deste modo, esta instituição apresenta, desde a sua origem, uma estrutura ambígua e contraditória. Enquanto instituição predominantemente custodial, revela, com grades e intervenções psiquiátricas, a dupla exclusão que sofrem as pessoas com transtorno mental autoras de delito.

Essa instituição manicomial é criada em outros estados do país ao longo do século XX, como o de Barbacena, em Minas Gerais, no ano de 1929 (JACOBINA, 1982), e, em 31 de dezembro de 1933 é inaugurado o manicômio judiciário de São Paulo, que levava o nome de Franco da Rocha, um dos psiquiatras que fomentou um sistema de manicômios judiciários para os *loucos criminosos*. Nesse sentido, o manicômio judiciário é restrito às pessoas com transtornos mentais que cometeram crime, não podendo atender a comunidade em geral, como os demais hospitais psiquiátricos. Geralmente, esta instituição manicomial judiciária estará vinculada à Secretaria da Justiça e não à da Saúde como ocorre com aqueles: é deslocada da “assistência a alienados” para fazer parte do sistema penitenciário.

Nesse novo espaço é assimilada a política segregacionista característica das demais instituições psiquiátricas. Historicamente, o *doente mental* foi acorrentado, agredido, amarrado e isolado por ser “violento, imoral e inconseqüente”, porém, poucas vezes foi considerado como uma pessoa humana igual às demais pessoas, estando privado de um tratamento com dignidade, respeito e direitos iguais aos dos outros cidadãos. A assistência psiquiátrica prestada pelo Estado no manicômio judiciário favorece uma assistência custodial que dificulta ou impossibilita a integração dessa pessoa à sociedade e o respeito aos seus direitos individuais previstos na Constituição Brasileira.

## 2.2. Periculosidade social e *loucos criminosos*

O conceito de periculosidade foi, por muito tempo, o grande parâmetro de avaliação da necessidade da intervenção psiquiátrica e, ainda hoje, tem sido objeto de muitos debates nas áreas médica e jurídica, constituindo-se relevante desde o século XIX, quando surge, no campo da chamada Medicina mental, a noção de “loucura-criminosa” para reafirmar a “estratégia alienista” (BIRMAN, 1978). Julga-se não mais o ato praticado, mas a personalidade da pessoa (QUINET, 2001), inserindo-a em uma das categorias criadas pelo positivismo penal para prever sua conduta futura. O objetivo da aplicação do direito penal para esses sujeitos é a prevenção de crimes futuros (MANTOVANI, 2005) e não mais a punição de um crime cometido. Assim, a periculosidade torna-se o fundamento do direito de prevenir.

Na base do conceito de periculosidade social estão a defesa social e a função preventiva da lei (BONAZZI, 1975). A remoção e exclusão das pessoas com transtornos mentais autoras de delito, além de visar a preservação dos bens e da segurança dos cidadãos e a intenção de curá-las, apresentava um novo objetivo, o de prevenir o cometimento de novos crimes.

Segundo Foucault (2003a, p. 85):

[...] a grande noção da criminologia e da penalidade em fins do século XIX foi a escandalosa noção, em termos de teoria penal, de periculosidade. A noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam.

A periculosidade acaba projetando-se na vida futura da pessoa com transtorno mental que cometeu um crime, configurando-se um “procedimento de alta especialização e sutilíssimas incertezas” (DELGADO, 1992, p. 33). A classificação de determinadas pessoas como perigosas objetiva, dentre outras coisas, restringir-lhes a conduta e torná-las previsíveis.

Destacando a natureza reducionista da compreensão do ser humano, quando se elege a periculosidade como a única expressão possível do sujeito, Barros (1994a) afirma a inobservância do equacionamento de suas necessidades. Este reducionismo compromete o cuidado integral à saúde da pessoa com transtorno mental e a garantia dos seus respectivos direitos.

Além disso, percebe-se que a origem da periculosidade se encontra no método escolhido pela psiquiatria, ao tomar a pessoa com transtorno mental como objeto e tentar tratá-la apartada da sociedade. Conforme afirma Amarante (1998, p. 46),

O paradigma psiquiátrico clássico transforma loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso. A ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade.

Pode-se afirmar que é principalmente através da criação da figura do “indivíduo perigoso” que a psiquiatria, sobretudo aquela positivista, legitima a sua competência em tal intervenção e demonstra a sua tendência em tornar-se um sistema de disciplina e de controle organizado. E, assim, o conceito de defesa social é introduzido e elaborado pela Escola Positiva e pelos estudos da antropologia criminal.

A periculosidade aparece como elemento jurídico no Código Penal de 1890. No seu artigo 29, o procedimento é definido como uma medida preventiva. Verifica-se a influência da antropologia criminal e da Escola Penal Positiva, fundadas por Cesare Lombroso, que colocava a periculosidade como elemento principal para definir a pena e para a prevenção criminal (CARRARA, 1998). A idéia central era de que os *loucos* criminosos, os

inimputáveis, eram os mais perigosos, e, nesse sentido, o grau de periculosidade do agente deveria ser levado em consideração para determinar a imputabilidade penal.

As idéias de Lombroso eram baseadas nos postulados positivistas do biodeterminismo e da existência de leis universais de causalidade (CARRARA, 1998; HARRIS, 1993). Ao formular a doutrina do criminoso nato, Lombroso, além de descrever as suas anomalias morfológicas, anatômicas, configuradoras do “tipo criminal”, sofreu muita influência dos psiquiatras da época que descreviam o tipo do louco moral, que apresentava insensibilidade moral e afetiva (ALVES, 1998). De acordo com essa teoria, os *loucos* são perigosos porque as suas ações evidenciam uma pré-determinação a cometer atos criminosos. O crime é entendido como um produto da ação de fatores endógenos e exógenos sobre a vontade, e para o mesmo não seriam mais necessárias medidas aflitivas, mas “profiláticas ou de defesa” proporcionais ao perigo representado pelo sujeito (PERES, 2002, p. 345).

Segundo a Escola Positiva do Direito Penal, a pena perderia seu caráter punitivo, passando a ser uma medida de defesa social e de prevenção criminal, indeterminada em sua duração. A pena deveria poder ser determinada com base na periculosidade do sujeito, a qual seria avaliada através do exame de sua personalidade. Os juristas da Escola Clássica rejeitaram tais idéias por se mostrarem incompatíveis com o direito de punir, tendo em vista que eram contrárias à doutrina do livre arbítrio. Ademais, para eles a idéia de uma pena indeterminada poderia ensejar arbitrariedades por parte do Poder Judiciário. Porém, apesar de tais críticas, com relação aos *loucos criminosos* e aos semi-responsáveis, aquelas idéias positivistas foram aplicadas através da medida de segurança, permitindo o controle dos seus atos pelo Direito Penal.

A ação preventiva do Estado passa a ser fundamentada pela noção da periculosidade social, a qual, associada ao conceito de doença mental propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata (BARROS,

1994a). Como afirma Foucault (2004a, p. 137), “loucura e crime não se excluem, mas não se confundem num conceito indistinto; implicam-se um ao outro no interior de uma consciência que será tratada, com a mesma racionalidade, conforme as circunstâncias o determinem, com a prisão ou com o hospital”.

Configura-se uma interação entre as áreas distintas que sustentam o conceito de periculosidade, a qual é explicada por Barros (1994b, p. 38):

O encontro singular entre os aparatos da administração pública e da justiça, e os aparatos da ciência e da medicina, fez com que o conceito de periculosidade social se tornasse o principal atributo da loucura, seja por parte do Estado (construção de manicômios, legislações), da psiquiatria (justificativa da internação, pesquisas científicas sobre causas e métodos), ou ainda, por parte da justiça (escola do direito positivo, imputabilidade e inimputabilidade, necessidade de defesa social, desenvolvimento das medidas de segurança).

Nesse sentido, De Leonardis (1988, p. 51) afirma que o “diagnóstico de periculosidade”, e, portanto, a competência psiquiátrica na matéria, é condição crucial de desenvolvimento do sistema do direito penal moderno. A psiquiatria continua exercendo o seu papel, a ela atribuído desde o final do século XVIII, de normalizadora da sociedade (FOUCAULT, 2002a; 2004b), na qual cuida da conservação da saúde física e mental das pessoas servindo-se de providências penais e administrativas. E o direito penal, assim, passa a servir-se do embasamento científico da medicina mental para determinar a periculosidade através do exame psiquiátrico, que, segundo Foucault (2002a, p. 29; 2003b), serve à alteração do “duro ofício de punir” para o “belo ofício de curar”.

Ao abordar esse aspecto na sua obra *Os Anormais*, Foucault (2002a, p. 31) esclarece:

a sanção penal deverá ter doravante por objeto, não um sujeito de direito tido como responsável, mas um elemento correlativo de uma técnica que consiste em pôr de lado os indivíduos perigosos, em cuidar dos que são sensíveis à sanção penal, para curá-los ou readaptá-los. Em outras palavras, é uma técnica de normalização que doravante terá de se ocupar do indivíduo delinquente. Foi essa substituição do indivíduo juridicamente responsável pelo elemento correlativo de uma técnica de normalização, foi essa transformação que o exame psiquiátrico, entre vários outros procedimentos, conseguiu constituir.

É importante, ainda, trazer a análise de Basaglia (1982, p. 448) sobre a periculosidade social na fronteira entre psiquiatria e justiça:

O conceito de periculosidade representa, assim, ao mesmo tempo, a razão da sanção jurídica e a grande categoria diagnóstica da qual sucessivamente se separam e se diferenciam as outras. Tanto é verdade que seu proliferar e variar não determinaram, até a primeira fase de crise das velhas legislações, qualquer significativa variação nem nas técnicas de tratamento, nem na gestão dos lugares de tratamento.

Com o Código Penal de 1940, a periculosidade, definida como a probabilidade de delinquir, passa a ser o fundamento da medida de segurança. Portanto, o conceito da periculosidade presumida justificou a criação e a manutenção do instituto da medida de segurança como forma de proteger a sociedade daquele que é perigoso *a priori*. E de acordo com o Código Penal (artigo 97, § 1º), a avaliação da periculosidade social deve ser feita por um perito médico. Porém, é importante notar que as origens etiológicas do conceito de estado perigoso são mais de ordem jurídica que médica, embora o seu diagnóstico seja realizado pela medicina e não pela Justiça.

Carvalho Netto (2005, p. 25) afirma que “A Lei denuncia assim a noção mesma de periculosidade como conceito operável juridicamente, pois a exigência de um atestado de que qualquer um de nós jamais representará risco para a sociedade é absurda.” Para este autor, o risco é inerente à sociedade, sendo possível buscar o seu controle, mas não a sua eliminação.

Vale salientar que o referido Código Penal adotou o sistema enumerativo, segundo o qual a periculosidade não é reconhecida de forma geral, sendo característica apenas de certos grupos de delinquentes, dentre os quais se encontram as pessoas com transtornos mentais. E além de constar no Código Penal, a norma da periculosidade social está insculpida nos artigos 175 a 177 da Lei de Execução Penal, os quais estabelecem as regras para a realização do exame de verificação da cessação da periculosidade.

Cohen (2006a, p. 124) explica que “a periculosidade não está vinculada ao ato em si, mas sim à falta de compreensão do indivíduo que vai infringir uma proibição legal ou à sua

incapacidade de determinar-se de acordo com esse entendimento.” Ainda segundo esse autor, o vínculo entre a doença mental e a periculosidade surgiu num período de obscurantismo da sociedade, quando se segregavam todas aquelas pessoas que eram consideradas socialmente perigosas, e cita o exemplo dos asilos onde eram colocadas as pessoas com transtornos mentais, os criminosos e as prostitutas, pois eram pessoas consideradas perigosas *a priori*. Assim, a custódia se constituía como único meio de defesa social, medida repressiva adotada com a finalidade de proteger a sociedade.

Sendo assim, a exigência do controle social deriva da necessidade de manter sob controle a presumida periculosidade social dos sujeitos incapazes de compreender e de autodeterminar-se, autores de crime, frente à probabilidade de cometerem novos crimes contra a coletividade. Nesse sentido, Manacorda (1982, p. 24) afirma que, do ponto de vista jurídico, considerar uma pessoa como socialmente perigosa significa acreditar na probabilidade de que haja também no futuro comportamentos antijurídicos e penalmente sancionados, idênticos, semelhantes ou também completamente diferentes do comportamento que ensejou o primeiro fato criminoso. Para este autor, o reconhecimento da pessoa como socialmente perigosa é, de forma geral, um dado que não pode ser presumido, mas que deve ser demonstrado no caso específico, levando em consideração uma série de circunstâncias “objetivas”, e explica que considerar uma circunstância objetiva serve, precisamente, para privá-la de sentido histórico, para considerá-la mais como um *dado individual* do que como um *produto histórico e social* (MANACORDA, 1982, p. 25).

Por outro lado, Pitch e De Leonardis trazem novos elementos para a discussão do conceito de periculosidade social. Para Pitch (1988, p. 35), “a periculosidade social perdeu as originais conotações biológico-positivistas e adquiriu conotações que lhe facilitam a extensão e o uso indiscriminado. Ela se apresenta como categoria residual: tudo aquilo que não é reabilitável é por isso mesmo perigoso.” Segundo De Leonardis (1988), a periculosidade

social, nos códigos institucionais da interação entre psiquiatria e justiça, tornou-se um conceito “situacional”. Nesse sentido, ela explica o “caráter situacional, contextual, pontual e subjetivo da nova periculosidade social”, concluindo que esta é um produto institucional (DE LEONARDIS, 1988, p. 63-65):

[...] se socialmente perigoso é aquele campo problemático definido pela coexistência indelével de sofrimento individual e incômodo social, se pode dizer que este é construído pela acumulação de ações institucionais, de intervenções e falta de intervenções, seja sob o aspecto do auxílio (terapêutico ou social) seja sob aquele da sanção (entendida como dissuasor ou como tratamento). É este percurso institucional que dá nome e forma a um objeto como socialmente perigoso.

A noção de defesa social permanece até hoje como base da aplicação da medida de segurança, embora haja questionamentos e críticas dos profissionais das áreas da psiquiatria, da psicologia e da sociologia, que convidam a um novo redimensionamento do papel tradicional reconhecido à periculosidade. Esse tema tem sido debatido ultimamente, com maior frequência, a partir das discussões no âmbito da Reforma Psiquiátrica e dos Direitos Humanos, despertando, ainda, interesse do Poder Judiciário e do Ministério Público.

Costa (2003) ressalta que nos últimos trinta anos, as discussões no campo da Psiquiatria Forense sobre a ética e a eficácia na determinação da periculosidade da pessoa com transtorno mental têm se polarizado, basicamente, em duas correntes. A primeira considera “os psiquiatras tendenciosos quanto à visão discricionária dos loucos infratores e, em sendo cautelosos demais, prolongam de forma desnecessária, independentemente de base científica, a sua permanência nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (Bottoms, Inglaterra: 1983)”; já a segunda corrente, “ainda hoje prevalente na sociedade e, em decorrência, nos psiquiatras e nas diversas instâncias do Poder Judiciário, considera que a retenção dos loucos infratores com a finalidade de prevenir uma ofensa e de garantir a ordem social está justificada. (Walter, Inglaterra: 1983)” (COSTA, 2003, p. 170).

Ainda segundo esse autor, a Psiquiatria Forense tem buscado desenvolver e aprimorar instrumentos de avaliação que possam oferecer mais confiabilidade a esse procedimento, tendo em vista que através de algumas observações, nos últimos vinte anos, constatou-se que “o estado mental de uma pessoa com transtorno mental não está diretamente relacionado ao comportamento violento ou anti-social em si” (COSTA, 2003, p. 170).

Porém, a periculosidade ainda permanece como centro da legislação penal brasileira, no que diz respeito às pessoas com transtornos mentais que cometem delitos, fundamentando a manutenção de um lugar específico para tais pessoas. Ademais, diante das dificuldades por parte da gestão pública em cumprir a Lei de Execução Penal e, principalmente, da inexistência de uma política intersetorial estruturada, especialmente voltada para essas pessoas, estas são tratadas à margem do Sistema de Saúde, e, especificamente, do novo modelo de atenção em saúde mental que vem sendo implementado no país.

## CAPÍTULO II – Direito X Saúde no manicômio judiciário

### 1. Códigos penais de 1830, 1890 e 1940

No que se refere à legislação penal brasileira, deve-se analisar os Códigos Penais que iniciaram a estabelecer sanções aos ditos “loucos criminosos”. Os Códigos de 1830, 1890 e 1940, além da reforma penal ocorrida em 1984, serão considerados no sentido de compreender como a norma penal se desenvolveu no Brasil para julgar as pessoas com transtornos mentais autoras de delito.

O *Código Criminal do Império do Brasil*, sancionado pelo Imperador Dom Pedro I em 16 de dezembro de 1830, seguia os preceitos da Escola Clássica do Direito Penal (ALVES, 1998), e conforme afirma Corrêa (1999), inspirou-se na doutrina utilitária de Bentham, tendo sido influenciado pelo liberalismo da Constituição de 1824 e pelos Códigos Francês de 1810 e Napolitano de 1819. Naquele período, os *loucos* eram tratados diferentemente, em conformidade com a sua situação social. Cabia à polícia médica controlá-los e encaminhá-los às cadeias e às Santas Casas, tradição esta mantida pelo Código Criminal do Império (PERES, 2002).

O referido Código, em seu artigo 10, § 2º, estabelecia (BARRETO, 2003):

“Art. 10: Também não se julgarão criminosos:  
§ 2º. Os loucos de todo genero, salvo se tiverem lucidos intervallos e nelles cometerem o crime.”

Essa era a primeira vez que a legislação penal brasileira se referia aos *loucos* que cometiam crime, porém, como à época não existia uma instituição específica a eles destinadas, mas apenas as prisões e as Santas Casas, o referido Código Criminal rezava, no

seu artigo 12: “Os loucos que tiverem cometido crimes serão recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente.” Ressalte-se que esta escolha ficava única e exclusivamente a critério do magistrado, o qual tinha plena liberdade para decidir, sem se vincular a nenhum tipo de regra e sem precisar fundamentar sua convicção (FÜHRER, 2000). Com a inexistência de locais especiais para recebê-los, eram recolhidos às Casas de Correção, “com suas divisões para os criminosos que enlouqueciam enquanto cumpriam penas”, as quais se constituem os “antecedentes dos manicômios judiciários” (JACOBINA, 1982, p. 49).

O Código Penal de 1890, o primeiro da República, imprimiu mudanças no estatuto jurídico penal da pessoa com transtorno mental autora de delito e na instituição a ela destinada. Ao tratar do que denominava responsabilidade criminal, dispunha, no seu artigo 27, que “não são criminosos os que por imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil forem absolutamente incapazes de compreensão e os que se acharem em estado de completa privação dos sentidos e da inteligência no ato de cometer o crime” (CORRÊA, 1999, p. 117; MATTOS, 1999, p. 45; ALVES, 1998, p. 55). E ainda preceituava no artigo 29 que “os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues às suas famílias ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim exigir para a segurança do público”. Neste artigo, observam-se os conceitos de perigo e de defesa social. Caso não apresentassem periculosidade, seriam entregues às famílias, caso contrário, deveriam ser compulsoriamente internados.

Naquele momento, um novo elemento passa a ser relacionado ao crime: a imputabilidade do agente. De acordo com o novo Código Penal, os *loucos* não teriam o seu ato qualificado como crime, sendo, assim, considerados inimputáveis. Ademais, a lei designa o lugar específico para onde eles deveriam ser encaminhados, o *hospício de alienados* (art.

20), embora já houvesse um movimento de alienistas pela construção de manicômios criminais (PERES, 2002).

O referido Código Penal da República inspirou-se nas idéias da Escola Positiva do Direito Penal, visto que o modelo positivista propunha que o “criminoso nato”, o “louco moral”, não poderia ser responsabilizado penalmente, mas tratado pela ciência positivista. “Como não há cura possível para a loucura moral, a defesa social **exige** a segregação manicomial *ad aeternum*.” (MATTOS, 1999, p. 61).

Quanto às perícias médico-legais da época, Mattos (1999, p. 61) afirma que “limitavam-se invariavelmente [...] a determinar se o ‘louco’ poderia *agir livremente*, se seria capaz de formar um juízo *ethico* ao discernir o bem do mal (o crime).”

Nos anos que se seguiram, houve algumas propostas de modificação do Código, dentre elas, o Decreto nº 22.213 de 14 de dezembro de 1932, que adotou a denominada Consolidação das Leis Penais, com base em trabalho do Desembargador Vicente Piragibe, devido às inúmeras alterações realizadas no texto de 1890. Porém, o mesmo texto foi mantido com uma pequena modificação: mencionava “completa perturbação de sentidos e de inteligência” e não mais “privação” a tal respeito para determinar a irresponsabilidade penal do agente (ALVES, 1998, p. 54).

O Código Penal de 1940 surgiu na vigência do chamado Estado Novo, de caráter nazifacista, através do Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940, sendo que o seu artigo 22 referia-se aos “irresponsáveis”:

“Art. 22. É isento de pena o agente que, por doença mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se com esse entendimento.

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude da perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

Nesse novo Código a doença mental não é determinante absoluta da inimputabilidade, sendo adotado o critério *biopsicológico* para determinar a imputabilidade do criminoso, segundo o qual deve ser avaliada a existência de um nexo de causalidade entre o estado mental patológico e o crime. De acordo com tal critério, o crime possui um “momento intelectual, que se relaciona com a capacidade de entendimento, e um momento volitivo, relacionado com a capacidade de determinação.” (PERES, 2002, p. 343). Assim, para haver a isenção da pena, não basta que seja constatada a existência de doença mental, é necessário que a doença mental retire do indivíduo a capacidade de entender o caráter ilícito do fato.

A inimputabilidade está relacionada com a culpabilidade do criminoso, a qual é considerada o aspecto subjetivo do delito que se refere à intenção de delinquir e funciona como condição para imposição da pena (BITENCOURT, 2000). Examinando o artigo 22, verifica-se que os *doentes mentais* são isentos de pena e, por isso, no Código Penal de 1940, a doença mental é considerada uma causa de exclusão da culpabilidade. Portanto, se não há a culpabilidade, isso determina a inimputabilidade, não podendo ser juridicamente imputada a prática de um fato punível àquela pessoa. Como a responsabilidade penal está relacionada com as consequências jurídicas decorrentes do ato delituoso, para que a mesma se configure, é necessário a existência de imputabilidade.

O Código Penal de 1940 instituiu o chamado sistema do *duplo binário*, que apresentava dois tipos de reação penal: de um lado, a pena, medida segundo o grau de culpabilidade do sujeito e a gravidade de seu ato; e, de outro, a medida de segurança, fundada na avaliação do grau de periculosidade do acusado. A medida de segurança deveria atingir os *loucos criminosos* e outras classes de “delinquentes não-alienados”. Assim, configurava-se a aplicação dupla de pena e medida de segurança.

O sistema do *duplo binário* tem origem na concepção dualista, que tem sua maior expressão no Código Penal italiano de 1930, tendo sido defendida pelos penalistas italianos

Rocco, Massari, Longhi, Alimena, Manzini e Battaglini (CORRÊA, 1999). Segundo esta concepção, a medida de segurança apresenta-se como um complemento da pena, sendo imposta em sentença condenatória, momento em que é apreciada a periculosidade presumida ou verificada do acusado.

Vale ressaltar a existência da concepção unicista ou escola unitária, a qual defende a unificação da medida de segurança e da pena reduzindo-as a um único meio, por entender que ambas realizam tanto a prevenção geral como a especial. Esta escola encontra as causas do delito na mentalidade do agente e não somente na simples manifestação da sua vontade, e, por isso, a pena tem sentido preventivo, fazendo com que o agente se torne incapaz de cometer sucessivos delitos (CORRÊA, 1999).

Ao analisar as designações e as alterações sofridas pelo Código Penal referente à pessoa com transtorno mental autora de delito, nas diversas fases apresentadas, verifica-se que no Código Criminal do Império, foi utilizada a expressão *louco de todo o gênero* para designar a irresponsabilidade. Já o Código Penal da República utilizou as expressões *imbecilidade nativa*, *enfraquecimento senil* e *completa privação dos sentidos e da inteligência*. O Código de 1940 traz as expressões *doença mental* e *desenvolvimento mental incompleto ou retardado*, deixando clara a influência da Psiquiatria no âmbito do Direito Penal, a qual, em nome da defesa social, não se preocupava com o limite temporal da segregação do inimputável, demonstrando que o seu objetivo continuava o mesmo: fazer ciência.

### **1.1. Instituição da medida de segurança**

A primeira codificação da medida de segurança surgiu no Código Penal suíço, em 1893 e, posteriormente, no Código Penal português, em 1896, no da Noruega, em 1902, da Argentina, em 1921, e no italiano, em 1930 (ANDRADE, 2004). O Código Penal italiano reunia a pena e a medida de segurança, afirmando que esta última tinha caráter preventivo e não se confundia com a pena; as medidas de segurança eram medidas de prevenção e assistência social relativamente ao estado perigoso daqueles que, sendo ou não penalmente responsáveis, praticavam ações previstas na lei como crime (COHEN, 2006a; CORRÊA, 1999).

A origem da medida de segurança se encontra na Escola Positiva do Direito Penal. Esta Escola negava a distinção entre imputáveis e inimputáveis, afirmando que a sociedade não deveria punir, mas defender-se através de medidas de segurança contra aqueles que se manifestam perigosos (CORRÊA, 1999). Assim, a medida de segurança foi criada como mecanismo de defesa social, objetivando um regime de segurança com o fim de defesa da sociedade. As suas bases conceituais emergem da noção de periculosidade e da concepção de prevenção social (ALVIM, 1997).

A medida de segurança não tem o caráter de retribuição que se verifica na pena, nem qualquer relação com o fato típico, mas relaciona-se somente com a periculosidade do agente. A referida medida, estabelecida pela norma penal, objetiva assegurar o controle social, devido à condição de periculosidade social ou, ainda, às possibilidades de voltar a cometer um outro crime (MANTOVANI, 2005; SCARPA, 2007).

Para a compreensão do significado e da instituição da medida de segurança é importante abordar a Escola Positiva do Direito Penal. Esta Escola se constituiu a partir de um conjunto de conhecimentos, influenciados pelo Positivismo, oriundos de disciplinas como a Biologia, a Psicologia e a Medicina, os quais começam a se aproximar do Direito e a buscar compreender o comportamento humano a partir da sua natureza biopsíquica.

O psiquiatra italiano Cesare Lombroso, o sociólogo criminalista Enrico Ferri e o jurista Raffaele Garofalo, influenciados pela recém criada Antropologia Criminal, além da Psiquiatria e da Sociologia, forneceram as condições teóricas para o surgimento, no final do século XIX, da Escola Positiva do Direito Penal (ANDRADE, 2004). Para esta, a pena deveria ser substituída pelo isolamento da pessoa que cometeu um ato delituoso e daquela que, por apresentar uma “biotipologia criminosa”, representasse um “perigo concreto” para a comunidade, com a finalidade de tratamento.

Diferentemente da Escola Clássica, que considerava o ser humano como um ser racional que agia livremente (no caso de cometimento de um ato delituoso), priorizando a relação entre a gravidade do delito e a proporcionalidade do castigo a ser aplicado, a Escola Positiva compreendia a transgressão à norma como sintoma de uma doença, e, por isso, destacava a importância de descobrir os nexos causais que levavam a pessoa a delinquir. Tal Escola considerava que a pessoa que cometia um crime pertencia a “uma categoria de indivíduos portadores de certo conjunto de anomalias bio-psíquicas que se revelam mediante o comportamento delituoso, consistindo esse um indicador de sua periculosidade” (COSTA, 2003, p. 168). Sendo assim, entendia o crime como uma doença: o doente é criminoso, e, por isso, também é perigoso.

O crime deixa de ser julgado como um fato isolado, ganhando destaque as características físicas e psíquicas de quem o praticou. Conforme afirma Costa (2003, p. 168), “o infrator e o ato delituoso perdem a natureza ético-moral como referência para seu julgamento e passam a integrar o campo de entendimento, interpretação, avaliação e prescrição da Medicina (Psiquiatria), Psicologia e Sociologia, especialmente.” Desse modo, a Escola Positiva foi a responsável pelo desenvolvimento da medida de segurança.

A influência da escola italiana – antropologia criminal baseada em Lombroso e Ferri – é percebida no Código Penal brasileiro de 1940, o qual passa a apresentar uma condição

objetiva: a periculosidade. O referido Código traz uma nova modalidade de sanção penal, a medida de segurança, conforme se verifica a seguir:

Art. 76. A aplicação da medida de segurança pressupõe:

I. a prática do fato previsto como crime;

II. a periculosidade do agente.

De acordo com Peres (2002, p. 345), as medidas de segurança surgem para “possibilitar ao direito penal um espaço de atuação frente aos irresponsáveis e ‘semi-responsáveis’, que, com base no código anterior, estavam fora do âmbito das sanções penais.” A finalidade da medida de segurança é a prevenção: ela funda-se sobre o estado perigoso que a pessoa apresenta, o qual é justificado no presente para evitar uma infração futura.

A medida de segurança prevista pelo Código de 1940 era aplicável apenas *post delictum* (salvo disposição do parágrafo único do artigo 76) e a periculosidade do autor do crime era presumida *juris et de jure* (artigo 78) ou averiguada pelo juiz (artigo 77). Embora houvesse fixada a duração mínima como limite necessário ao arbítrio judicial, tal medida era imposta por tempo indeterminado até que cessasse o estado perigoso da pessoa. Na parte especial do Código, as medidas de segurança foram divididas em duas categorias: patrimoniais, constando a interdição de estabelecimento ou de sede de sociedade ou de associação e o confisco; e pessoais, as quais se dividiam em detentivas, com a internação em Manicômio Judiciário, em casa de custódia e tratamento, em colônia agrícola ou em instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional, e não-detentivas, viabilizadas através de liberdade vigiada, proibição de freqüentar determinados lugares e exílio local (CORRÊA, 1999; MATTOS, 1999). Porém, com a reforma penal de 1984, as medidas de natureza pessoal ou patrimonial foram abolidas do Código Penal, restando apenas duas espécies de medida de segurança: uma detentiva, que consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, e outra restritiva, que se refere ao tratamento ambulatorial.

Para Cohen (2006a, p. 127), a medida de segurança é uma medida de prevenção, de terapia e de assistência social relativa ao estado perigoso daqueles que não são penalmente responsáveis, e, ao afirmar que “ela simplesmente tenta garantir um tratamento para o doente e defende a sociedade de um indivíduo perigoso”, verifica-se a prevalência do discurso científico para legitimá-lo nas suas necessidades de controle.

Assim, a medida de segurança é instituída no Código Penal brasileiro como uma medida especial para criminosos específicos: os doentes mentais perigosos (PERES, 2002). O instituto da medida de segurança difere da pena, a qual tem caráter repressivo e intimidante, por ter finalidade preventiva. Além disso, na exposição de motivos do Código Penal consta que a medida de segurança não é pena e tem caráter assistencial.

Segundo Barros (1994b, p. 134), a aplicação da medida de segurança à pessoa com transtorno mental se apóia sobre dois postulados básicos, quais sejam, “o da inimputabilidade-periculosidade do sujeito, que impõe sua separação da comunidade, e o da suposta terapêuticidade da instituição psiquiátrica judiciária, repondo, portanto, a visão segundo a qual seria possível tratar através da tutela e custódia.”. Para esta autora, o elo entre periculosidade social e doença mental, no plano jurídico, era oferecido pelo postulado da inimputabilidade, e ela afirma que “embora se reconheça, hoje, o caráter antitético das duas instâncias, tratamento e custódia, é a instância custodial que prevalece através da justificativa de medida de segurança social.” (BARROS, 1994b, p. 134).

Quando se suspeita que a pessoa que praticou ato delituoso apresenta algum transtorno mental, deve ser feita uma solicitação de exame médico-legal para que se avalie a imputabilidade com vistas à formação do processo de *Incidente de Insanidade Mental*, previsto nos artigos 149 a 153 do Código de Processo Penal (MOSCATELLO, 1999). Após a finalização do exame de insanidade mental, este é remetido ao juiz, que poderá acatar ou não o parecer dos peritos. Caso a insanidade mental tenha sido argüida e o juiz acate o parecer,

absolverá o acusado e aplicará a medida de segurança. O juiz, com a competência jurisdicional específica, uma vez observado o devido processo legal, deve aplicar a medida de segurança, que tem tempo indeterminado em face da situação considerada de periculosidade do indivíduo e deverá ser cumprida num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP, sendo que o internamento do indivíduo em tal instituição se destina ao tratamento psiquiátrico (COHEN, 2006a). Após o trânsito em julgado da sentença que aplica a medida de segurança, é expedida guia de internamento pela autoridade judiciária (artigos 171 a 173 da Lei de Execução Penal) para o início da execução da referida medida.

O prazo da medida de segurança para internamento ou tratamento ambulatorial é indeterminado, ficando sujeito à cessação da periculosidade do agente. Porém, é fixado por lei um prazo mínimo de cumprimento da medida de segurança, que é de um a três anos (artigos 97, § 1º e 98 do Código Penal). Ao fim do prazo mínimo estabelecido pelo juiz quando determinou a medida de segurança, será realizada perícia médica, a qual será repetida anualmente, ou a qualquer tempo, por determinação judicial, quando for o caso (artigo 97, § 2º do Código Penal), com a finalidade de verificar se houve a cessação da periculosidade.

A Lei de Execução Penal (LEP) determina para o juiz a obrigação de verificar a persistência ou não da periculosidade na pessoa submetida à medida de segurança. A primeira verificação é quando se expira o período mínimo da sua aplicação (artigo 175 da LEP). Porém, além deste período fixo, a revisão da periculosidade social é possível a qualquer momento (artigo 176 da LEP). Se, após o exame, persistir a periculosidade, o juiz fixa um novo prazo para um exame posterior.

Com este mecanismo, se verifica a possibilidade concreta de que a medida de segurança dure por tempo indeterminado. Nesse sentido, de acordo com a legislação brasileira, apenas o limite mínimo deve ser respeitado, não existindo um limite máximo de duração a ser respeitado, e, mesmo que decorra o período mínimo fixado pela sentença, a

medida pode não ter fim se não for verificada a cessação da periculosidade. Assim, além da medida não poder ser revogada, poderá vir a ser prorrogada.

Conforme Manacorda (1982, p. 27), no plano substancial, a duração indeterminada da medida de segurança constitui-se como instrumento de repressão criminal que se aplica lá onde a sanção penal, em sentido estrito, não pode alcançar, ou lá onde esta última não parece suficiente a assegurar garantias de “defesa social” adequadas. E ele conclui que

A indeterminação da duração serve portanto por um lado para manter ativo o instrumento de repressão até quando o poder judiciário e político o considere oportuno; por outro, a suscitar em quem está assujeitado um impulso a modificar os comportamentos sancionados, realizando em tal modo uma forma particular de “organização do consenso”.

Já no plano formal, o instrumento para designar a duração indeterminada da medida de segurança é fornecido pela avaliação da persistência do seu pressuposto: a periculosidade social (MANACORDA, 1982). De fato, o Código Penal brasileiro reza que a medida de segurança detentiva não pode ser revogada se permanece o requisito da periculosidade social.

Uma vez averiguada a cessação da periculosidade social, a medida de segurança pode ser revogada e o juiz determinar a desinternação ou a liberação do interno (artigo 97, § 3º do Código Penal). Ocorre que a liberdade do agente é sempre condicional à periculosidade apresentada antes do decurso de um ano (é o que se chama de “salvo conduto”), pois se ele cometer qualquer ato que caracterize perigo à sociedade, deverá ser restabelecida a situação anterior, ou seja, a internação no HCTP (artigo 97, §§ 3º e 4º do Código Penal).

O “dispositivo de controle-dominância da loucura” trazido por Foucault (2004b, p. 244) é, segundo Peres (2002, p. 348), baseado no saber psiquiátrico e na justiça criminal. Para ela, este dispositivo forma-se através de duas estratégias: a psiquiátrica, que privilegia a doença e parece não mais reconhecer a periculosidade sob a qual se constituiu; e a jurídicopenal, ou “estratégia da periculosidade”, a qual se estabelece como uma rede

extremamente complexa, através da união dos dois campos de atuação: a psiquiatria e a justiça.

A referida estratégia, voltada para o futuro e moldada em torno de uma doença-perigo, absolve o autor do crime, mas o interna com o argumento da periculosidade. Conforme afirma Peres (2002, p. 348-9), tal dispositivo complexo “encontra como ponto inicial a constituição do alienismo, que, através de um saber sobre a loucura, caracteriza-a como irresponsável e perigosa, justificando sua estratégia de ação”, e, com a institucionalização da medida de segurança, essa estratégia possibilita a atuação do direito penal na loucura.

Enfim, a medida de segurança, com o objetivo de controle e a natureza de tratamento compulsório, repropõe a idéia de tratamento através da tutela e da custódia. E mesmo reconhecendo a contradição entre tratamento e custódia, é esta última que prevalece, apoiada pela justificativa da segurança social. Dessa forma, evidencia-se um mecanismo de privação ou restrição de direitos da pessoa, reafirmando o caráter aflitivo da referida medida, e a preocupação excessiva com a eficácia da defesa social.

## **2. Reforma penal de 1984**

O Código Penal de 1940 sofreu alterações na sua parte geral através da Lei nº 7.209 de 11 de julho de 1984, em vigor desde 13 de janeiro de 1985. Foi adotado o sistema *vicariante*, o qual foi instituído pela primeira vez em 1951 no Código Penal Suíço, tendo sido inserido também no Projeto do Código Penal Alemão de 1960. O fundamento da pena passa a ser, exclusivamente, a culpabilidade, enquanto a medida de segurança encontra justificativa somente na periculosidade aliada à incapacidade penal do agente (ALVES, 1998; CORRÊA,

1999; MIRABETE, 2002). A aplicação cumulativa e sucessiva de pena e medida de segurança ao acusado imputável se fosse julgado perigoso deixa de existir, e, a partir daí, a medida de segurança passa a ser aplicada apenas aos inimputáveis, tendo tal instituto a natureza preventiva e não a punitiva.

A imputabilidade é definida como a capacidade de entendimento psíquico do caráter ilícito do comportamento delituoso, de acordo com o que prevê o artigo 26 do Código Penal brasileiro:

“Art. 26. É isento de pena o agente que, por doença mental ou por 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.

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude da perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

O agente somente será considerado inimputável para ser absolvido, isento de pena de acordo com o Código Penal, se o fator patológico eliminou inteiramente tanto a sua função ou capacidade de entendimento como a de vontade em relação à sua conduta criminosa. Adotou-se o critério biopsicológico: a capacidade de entendimento ético-jurídico e a capacidade de determinação da vontade estão condicionadas a causas biológicas, como doença mental e desenvolvimento mental incompleto ou retardado (BRANDÃO, 2007).

De acordo com o referido método biopsicológico, é necessária a efetiva existência de um nexo de causalidade entre o estado mental e o crime praticado, ou seja, que este estado tenha privado completamente o agente da capacidade psicológica. Para determinação da sanidade mental do acusado, o Direito Penal utilizará os critérios e métodos da psiquiatria tradicional, confirmando ou não a sua imputabilidade, que é o primeiro pressuposto do juízo de reprovação (MATTOS, 1999). A tarefa de reconhecimento das causas biopsicológicas será exercida por perito psiquiatra, o qual deve dizer a influência destas na capacidade de discernimento ou no poder de vontade do agente, ao tempo do cometimento do crime.

Ressalte-se que compete ao juiz decidir pela imputabilidade ou inimputabilidade da pessoa acusada, não cabendo tal decisão ao perito que elabora o laudo psiquiátrico, tendo este apenas a tarefa de concluir ou diagnosticar a tal respeito, nunca decidindo em tal sentido (ALVES, 1998). De acordo com a legislação processual penal brasileira, o juiz não é obrigado a seguir as conclusões do laudo ou perícia psiquiátrica, pode adotá-las ou rejeitá-las total ou parcialmente, fundamentando a sua decisão. Na verdade, esta regra deve ser seguida para qualquer perícia, exame ou laudo, de acordo com o artigo 182 do Código de Processo Penal (CPP). É o chamado livre convencimento do juiz: ele não fica vinculado ao laudo pericial apresentado, podendo apreciar livremente o conjunto probatório, na formação da sua convicção. Porém, é muito raro ocorrer no Brasil, por parte da magistratura, a rejeição ao laudo, sendo muito poucos os casos conhecidos na Justiça Criminal. Isso acontece por conta da especificidade da análise que é feita pelos psiquiatras, sendo difícil ocorrer a negação, a rejeição ou a divergência desses profissionais (ALVES, 1998).

Com a reforma penal de 1984, que adotou o sistema vicariante, em substituição ao sistema do duplo binário, a nova lei penal preconiza a aplicação da pena reduzida ou a substituição pela medida de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou sujeição a tratamento ambulatorial. E é a partir de tal reforma que o conceito de periculosidade social será reservado apenas às pessoas com transtornos mentais, pois tais sujeitos não serão considerados como responsáveis pelo seu ato, mas serão considerados como socialmente perigosos (COHEN, 2006a).

De acordo com o Código Penal brasileiro, a doença mental é causa excludente de culpabilidade, e, por isso, as pessoas com transtornos mentais autoras de crimes geralmente são absolvidas. Desse modo, não devem ser punidas, mas tratadas. Sendo assim, a essas pessoas será aplicada medida de segurança com internação em Hospital de Custódia e

Tratamento Psiquiátrico, fundada na sua periculosidade, prevista no artigo 96, inciso I, do Código Penal.

Assim, os conceitos de culpabilidade, de imputabilidade e de periculosidade emergem unindo a terminologia jurídica à da Psiquiatria. De acordo com Costa (2003, p. 169),

A formulação do conceito de *culpabilidade* colocou a *imputabilidade* como coluna dorsal de sua construção teórica e trouxe à tona uma questão que, por estar habitando uma zona de transição entre a Religião e a Moral, até aquele momento havia permanecido oculta. Era a questão dos diferentes, que no dizer de Foucault: “estes homens não são considerados nem completamente como doentes, nem completamente como criminosos, nem feiticeiros, nem inteiramente como pessoas normais. Há neles algo que fala da diferença e chama a diferenciação.” (Foucault, 1978)

As medidas de segurança, que visavam garantir a proteção tanto do indivíduo com transtorno mental, quanto da sociedade, são alteradas no já mencionado artigo 96 e passam a significar obrigatório tratamento psiquiátrico; seja em internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado.

Nesse caso, é importante destacar as modificações referentes às medidas de segurança:

Art. 96. As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado.

II - Sujeição a tratamento ambulatorial.

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

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

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

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

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

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

Apesar das alterações trazidas pela Reforma Penal de 1984, ainda permanece a mesma diretriz no que se refere à atuação frente ao *louco criminoso*. Mantêm-se os institutos da inimputabilidade e irresponsabilidade da pessoa com transtorno mental e a semi-responsabilidade dos que apresentam “perturbação da saúde mental”, agora, no artigo 26 do Código Penal. Na verdade, foram poucas as alterações, sendo que uma refere-se apenas à troca de um adjetivo: substituiu-se “criminoso” (artigo 22) pelo adjetivo “ilícito” (artigo 26), em sua referência à incapacidade de entendimento do agente sobre o caráter do fato delituoso. Como afirma Cintra Júnior (2003, p. 159), “a inimputabilidade acaba tendo, em razão da lei, um tratamento muito mais penal que terapêutico”.

## **2.1. Medida de segurança: tratamento?**

Inicialmente, é importante trazer a diferença entre pena e medida de segurança. A pena é aplicada somente aos responsáveis e funda-se na culpabilidade, é caracterizada como uma sanção imposta a um fato concreto e passado (o crime), de forma retributiva e proporcional à gravidade e visa também promover prevenção geral e especial contra o crime. Já a medida de segurança é aplicada aos semi-responsáveis e irresponsáveis, tomando como fundamento a periculosidade, a probabilidade de praticar novo crime.

Segundo Peres (2002, p. 346), “A pena e a medida de segurança diferem não apenas por apresentarem finalidades distintas, repressiva ou preventiva, mas, também, pelas causas, condições de aplicação e modo de execução.” Ela acrescenta que para aplicação da medida de segurança, o crime funciona como um sintoma do estado perigoso individual: como não é possível ter certeza sobre a duração desse “estado”, a medida de segurança tem duração

indeterminada, e, nesse sentido, caracteriza-se como preventiva, voltada à “neutralização profilática ou recuperação do indivíduo” (PERES, 2002, p. 346).

A medida de segurança, a partir de então, será o internamento em hospital de custódia e tratamento ou similar e o tratamento ambulatorial, e tem como prazo mínimo de duração um a três anos, determinado pelo juiz, apesar de manter o seu caráter indeterminado. Como afirma Peres (2002, p. 353), “Os limites continuam elásticos, a lógica mantém-se: o doente mental delinqüente é englobado por uma estratégia que se centra na periculosidade – futuro, risco, probabilidade –, à qual cabe uma sanção indeterminada.”.

O Código Penal traz no seu artigo 99, os “direitos do internado”: “O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento”. Nesse sentido, analisando tal artigo, os estabelecimentos destinados ao cumprimento da medida de segurança são considerados hospitalares. Porém, embora sejam instituições hospitalares públicas, não integram o Sistema Único de Saúde (SUS), mas o Sistema Penitenciário. Desse modo, não são regidas pelos princípios previstos nas Leis nº 8.080 e 8.142/1990, que criam e regulamentam o SUS, mas pelos princípios da Lei de Execução Penal.

Esse se configura em um dos problemas de base do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, revelando mais uma vez a contradição de uma instituição criada para tratar os ditos *loucos criminosos*, mas, no entanto, figura no rol das instituições penitenciárias. Conforme consta na Resolução nº 3, de 23 de setembro de 2005, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) do Ministério da Justiça, nos seus Anexos III e IV, os HCTP são “estabelecimentos penais destinados a abrigar pessoas submetidas a medida de segurança” (BRASIL, 2005, p. 10-11).

É importante perceber que o lugar destinado ao HCTP, o antigo manicômio judiciário, é o mesmo reservado àqueles que são submetidos a uma sanção penal, os usuários do sistema

penitenciário brasileiro, confirmando a idéia de que a medida de segurança se identifica mais com a pena do que com um instrumento terapêutico. Como afirma Peres (1997, p. 135), “O louco-criminoso e o seu lugar institucional – o Manicômio Judiciário ou Hospital de Custódia e Tratamento – estão ambos dentro do contexto das políticas criminais, fazendo parte do sistema penitenciário, embora em um lugar à margem, por sua ambigüidade.”

Registre-se que se o próprio Código Penal estabelece como direito dos internados o tratamento em uma instituição dotada de características hospitalares, determinando, ainda, que, na sua falta, seja a pessoa internada em estabelecimento adequado (artigo 96, inciso I do Código Penal), a função primordial da medida de segurança deve ser o cuidado com a saúde daquela pessoa, conforme corrobora o artigo 14, § 2º da Lei de Execução Penal. Porém, apesar de visar o tratamento, a estrutura adotada (HCTP) é aquela baseada no modelo hospitalocêntrico, desvinculada de um sistema integrado de atenção em saúde mental.

Um outro aspecto que merece destaque é que durante o inquérito policial ou já com o processo criminal instaurado, a pessoa com transtorno mental autora do delito que suscite dúvidas acerca da sua “integridade mental” (art. 149, CPP), será submetida à realização de um laudo pericial, elaborado por psiquiatras, o qual irá fundamentar a decisão do juiz acerca da sua periculosidade e imputabilidade. Ressalte-se que é já nesta fase que tal pessoa será encaminhada ao HCTP, onde permanece, na maioria dos casos, até a promulgação da sentença.

Como afirma Corrêa (1999, p. 147), “Enquanto todo o arcabouço do Direito Penal contemporâneo caracteriza-se pela certeza e esforça-se pelas garantias penais da pessoa, as medidas de segurança continuam sobre conceitos incertos e ambíguos, a espelham um tipo de conceito indeterminado.” Tais medidas, ao lado da questionável indeterminação temporal do seu cumprimento, inspiram-se nos conceitos de periculosidade e doença mental que “têm uma

valoração intrínseca, escorregadia e equívoca, por estarem entrelaçados, à medida que esta pressupõe aquela.” (CORRÊA, 1999, p. 148).

Percebe-se, assim, que a medida de segurança se distancia dos objetivos para os quais foi criada (tratamento, conforme consta na legislação penal), potencializando as características segregadoras e finalidades presentes na pena privativa de liberdade: castigo e repressão. Atua em nome da periculosidade, promovendo, assim, discriminação contra as pessoas com transtornos mentais autoras de delitos, desrespeito aos prazos processuais, confirmando a incontestabilidade do exame pericial.

Possuem razão os constitucionalistas Menelick Carvalho Netto e Virgílio de Mattos, ao afirmarem no seu Parecer acerca da constitucionalidade da aplicação da medida de segurança (CARVALHO NETTO, 2005, p. 24-5):

A vedação legal-constitucional à internação como uma forma de tratamento permanente ou continuado (...) com muito maior razão se impõe como garantia básica do portador de sofrimento ou transtorno mental em conflito com a lei. Aqui os princípios do devido processo legal e da ampla defesa impedem a aplicação a ele de uma penalidade perpétua e indefinida, posto que não mais procede legalmente considerar-se o isolamento como algum tipo de tratamento.

Ademais, ao favorecer uma assistência psiquiátrica custodial, com o objetivo de proteger as pessoas internadas nos HCTP, o Estado acaba mantendo-as isoladas, impossibilitando mudanças que viabilizem a sua integração à comunidade e o respeito aos seus direitos individuais previstos pela Constituição Federal.

Finalmente, quando se elege uma instituição com características asilares, como é o HCTP, para o tratamento das pessoas com transtornos mentais infratoras, verificam-se dificuldades na individualização da medida de segurança, o que inviabiliza a possibilidade de conjugar tratamento e responsabilização. Nessa perspectiva, a reabilitação daquelas pessoas deve estar diretamente relacionada ao conjunto de ações em saúde mental adotadas no país nos últimos anos, o que vem ocorrendo somente em alguns estados (BIONDI, 2006).

### **3. Saúde no manicômio judiciário**

Pode-se afirmar que um marco na garantia do direito à saúde no Brasil foi a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada de 25 a 28 de junho de 1987, ao final da qual foi formulado um relatório que incluiu o tópico “A Saúde como Direito”, no qual se destacou que o direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, “de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.” (AMARANTE, 2003, p. 77). Outra questão importante abordada no referido relatório foi a noção de direito como conquista social. Nascia, nessa conferência, uma nova concepção de saúde, que, conforme assinala Amarante (2003, p. 77), “permitiu a definição de alguns princípios básicos, como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização”.

Dentre os diversos segmentos populacionais que demandam atenção diferenciada, destaca-se o das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. Este é um tema cuja área de interesse vai além da Psiquiatria Forense e transborda os limites de um campo que pode ser definido de forma ampla e genérica como o da Psiquiatria a serviço da Justiça (LIMA, 2002). Historicamente à margem do sistema de saúde, a pessoa com transtorno mental infratora é tratada durante anos na esfera da Justiça, e, geralmente, sem qualquer inserção prévia no serviço de referência do seu território, o paciente, uma vez considerado inimputável, costuma ser recusado nos serviços de saúde das redes pública ou privada. Assim, a saúde é tema fundamental quando se aborda o manicômio judiciário.

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser um direito de todos e um dever do Estado (artigos 196 a 200), e as ações e serviços públicos de saúde integram um

sistema único descentralizado com atendimento integral e com a participação da comunidade. O direito à saúde está incluído no capítulo da Seguridade Social da Constituição, que abrange o conjunto das políticas de Previdência e Assistência Social, e ainda de acordo com o texto constitucional, rege-se pelo princípio do atendimento integral (art. 198, II). Com este princípio, o Estado deve assegurar os tratamentos e procedimentos necessários a todos os agravos à saúde humana, através do SUS. Os conceitos incluídos no texto constitucional e a regulamentação desse direito através das Leis Orgânicas nº 8.080/90 e 8.142/90 constituem suas bases legais e fixam princípios e diretrizes para o seu cumprimento (COSTA, 2003).

A constituição desse sistema abrange as instituições públicas do Poder Executivo em seus três níveis: União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Essas instâncias são ainda acrescidas por serviços oriundos da comunidade, privados e filantrópicos, vinculados de alguma forma ao Poder Executivo. Esta configuração do modelo de atenção à saúde do Brasil começou a ser formulado no final dos anos setenta pelo movimento conhecido como Reforma Sanitária.

O novo marco legal adota uma concepção ampliada de saúde e estabelece o direito universal a uma atenção integral: todos os cidadãos brasileiros, incluindo a população prisional, passam a ter o seu direito à saúde garantido por lei, diferentemente do que ocorria antes da Constituição de 1988, quando somente os assalariados tinham direito aos serviços públicos de saúde.

De acordo com Biondi, Fialho e Kolker (2006, p. 2),

Paralelamente à construção do Estado de Direito Democrático o paradigma centrado na doença, na assistência médica individual e no dispositivo hospitalar passa a ser questionado e é formulada uma nova diretriz que implicará em mudanças tanto nas formas de financiamento e gestão do sistema como na organização dos serviços.

Conforme a nova concepção, regulamentada pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, devem ser priorizadas a atenção básica e as ações de controle de riscos e agravos, cabendo aos três

níveis de gestão (federal, estadual e municipal), de forma integrada, mas descentralizada e regionalizada, a execução de políticas públicas voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. O SUS é criado com esse objetivo, baseado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. Nesse aspecto, cabe ressaltar o que prevê o inciso IV do artigo 7º da Lei nº 8.080 /90, que versa sobre os princípios que regem as ações e os serviços de saúde: “IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990a).

No que se refere à área da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica vem construindo um novo modelo de atenção nesse âmbito. Inicialmente adequando-se às diretrizes do SUS e, a partir de 2001, conformando-se à Lei nº 10.216/2001, a assistência psiquiátrica começa a ser reestruturada projetando um outro cenário no campo da saúde mental. Como informam Biondi, Fialho e Kolker (2006, p. 3-4), para a atenção integral à pessoa com transtorno mental

passa a ser priorizado o tratamento em serviço de atenção diária e para os pacientes com longa história de internação em hospitais psiquiátricos, deverão ser desenvolvidos programas de reinserção e reabilitação psicossocial (artigo 5º). Além disso, ficam proibidas as internações em instituições com características asilares, só havendo justificativa para a admissão em estabelecimento psiquiátrico quando os demais recursos mostrarem-se insuficientes (artigo 4º). Entendendo que o lugar de cuidado do usuário de serviços de saúde mental é na própria comunidade, a reforma psiquiátrica brasileira adota como um de seus principais dispositivos o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Ao contrário das internações psiquiátricas que promovem o isolamento e a exclusão social, o objetivo dos CAPS é oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial adequados às especificidades de cada caso e, simultaneamente, desenvolver a autonomia, a cidadania e a responsabilidade, favorecendo a inclusão social dos usuários em seu próprio território (BRASIL, 2004a).

Para a consolidação do novo modelo de atenção à saúde mental adotado no Brasil, baseado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, é necessário um amplo investimento na rede básica de saúde e uma maior diversidade de dispositivos substitutivos. Assim, serviços de

atenção diária, a partir da base territorial; residências terapêuticas; programas de reinserção sociofamiliar; normas para a qualificação da assistência hospitalar, bem como a fiscalização dos hospitais, vêm substituindo gradativamente o modelo hospitalocêntrico por formas de atenção fundadas em dispositivos territoriais de base comunitária (COSTA, 2003).

Apesar de todas essas medidas terem possibilitado a redução dos leitos psiquiátricos de 72.514 para 42.076, no período de 1996 a 2005 (BIONDI, 2006), o mesmo não ocorre nos HCTP do país, que ainda aguardam um plano nacional para a reorientação do seu modelo de atenção. Na pesquisa realizada por Biondi, Fialho e Kolker (2006), consta que, segundo o Ministério da Saúde, no Brasil há 4000 pacientes distribuídos em 19 HCTP, sendo que nos estados que não possuem HCTP, existe um número desconhecido de inimputáveis custodiados em unidades prisionais. Porém, o Quadro Geral de Estabelecimentos Penais por Estado, atualizado pelo Ministério da Justiça (Departamento Penitenciário Nacional), através do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen, no mês de março de 2007, informa que existem no Brasil 28 HCTP, distribuídos em 17 Estados<sup>2</sup>. Para os referidos pesquisadores, uma das grandes dificuldades nessa área é a ausência de um recenseamento que permita conhecer o perfil da clientela das instituições manicomiais judiciárias do país, onde apenas alguns estudos locais foram realizados (BIONDI, 2006, p. 5).

Diante desse quadro, a situação das pessoas com transtorno mental que cometeram delito e cumprem medida de segurança permanece à espera de solução. Ainda não existe um entendimento uniforme no país, sobretudo, nas instâncias do Poder Judiciário, no sentido de que mesmo sem a reforma da legislação penal seja possível começar a compatibilizar a assistência aos inimputáveis ao disposto na Lei nº 10.216/2001, havendo apenas mudanças pontuais em alguns estados.

---

<sup>2</sup> Disponível em:

<<http://www.mj.gov.br/cnppc/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDF00F0E4AC9A0494DA41E7E8122CF5BFFPTBRIE.htm>> Acesso em: 30 set. 2007.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental definiu como uma das metas a ser alcançada a adequação dos HCTP aos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002c). Além disso, entendendo que o tema das medidas de segurança exigia uma abordagem intersetorial e que a atenção à saúde da população prisional, em geral, deveria ser ajustada aos princípios e diretrizes do SUS, os Ministérios da Justiça e da Saúde passaram a atuar em conjunto. Foi realizado o I Fórum Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e constituída uma comissão interministerial que formulou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2005). Ademais, dois seminários importantes pautaram o debate com o objetivo de formular uma nova política para a atenção do *louco* infrator: o “Seminário Direito à Saúde Mental - Regulamentação e Aplicação da Lei 10.216/01” (BRASIL, 2001) e o “Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico” (BRASIL, 2002a).

De acordo com recente pesquisa realizada pelo Instituto Franco Basaglia (as equipes acompanharam durante 65 meses a população de 154 pacientes internados no HCTP Heitor Carrilho), restou demonstrado que muitos pacientes somente continuavam no hospital por falta de suporte e vários que conseguiam ser desinternados acabavam voltando, mesmo sem cometer novo delito, por dificuldades de reinserção social (BIONDI, 2006).

O direito à saúde é um dos direitos humanos a ser efetuado concretamente pelas ações do Estado que envolvam e valorizem a sociedade, considerando-a como um dos atores fundamentais à realização daqueles direitos (VANDERPLAAT, 2004). Aplica-se à saúde mental o princípio de que cabe à sociedade, em interação com o Estado, gerar e cumprir os dispositivos legais que lhe possibilitem exercer sua constante e construtiva participação nas ações do Estado, especialmente no desenvolvimento da sua função social. No caso do HCTP, esse princípio torna-se ainda mais relevante, tendo em vista a apartação social à qual foram

submetidas as pessoas ali internadas, que, em sua grande maioria, perdem os vínculos com a família e a sociedade.

### **3.1. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: reafirmação do modelo hospitalocêntrico de separação e exclusão**

Desde o início da instituição do hospital psiquiátrico no Brasil, já se verificavam maus-tratos perpetrados contra os *doentes mentais*. Era o que denunciava o Dr. João Carlos Teixeira Brandão através de manifestos sobre atos violentos cometidos no Hospício Dom Pedro II, o Hospício Nacional (CORRÊA, 1999; RIBEIRO, 1999). A política de internamento e desagregação vigente no pensamento médico do século XIX permanece nos dias atuais, no que se refere ao tratamento oferecido às pessoas com transtornos mentais internadas nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) do país.

Na trajetória da política de saúde mental do Brasil, constata-se que mortes, maus-tratos e humilhações ainda fazem parte do cotidiano de inúmeros hospitais psiquiátricos brasileiros – como evidenciam as vistorias feitas, seja por iniciativa do poder público ou da sociedade civil (SILVA, 2001; COMISSÃO NACIONAL, 2004) –, dentre eles, os HCTP. Contudo, encontram-se omissões na apuração e investigação destas ocorrências, além da fragilidade dos órgãos de fiscalização do Estado brasileiro.

No que se refere ao HCTP, a medida de segurança surge como sendo uma “pena de caráter aflitivo” (PERES, 1997, p. 278). Em que pese constituir-se em um processo terapêutico, a estabilização do quadro patológico, diagnosticado anteriormente, não marca o término da medida de segurança, configurando, assim, uma situação de desrespeito aos

princípios dos direitos humanos pela circunstância de perpetuar a restrição de ir e vir de uma pessoa.

Baseando-se, portanto, no potencial de periculosidade do infrator, 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. Resta ao juiz da Vara de Execução Penal acatar esta circunstância de caráter médico-psiquiátrico. A medida de segurança configura, para o interno, a falta de perspectiva do seu retorno ao convívio comunitário. Este potencial rompimento dos laços sociofamiliares constitui uma das dimensões pela quais os direitos humanos repelem a indeterminação do tempo de internação no HCTP.

Segundo Corrêa (1999), a assistência psiquiátrica custodial encontra respaldo na legislação penal vigente e na organização do Estado. Ambas, pretendendo proteger as pessoas com transtorno mental autoras de delito, acabam propiciando situações de desrespeito aos direitos individuais previstos pela Constituição Federal de 1988, seja pelo isolamento nos HCTP, seja pela não garantia das condições mínimas de vida para aqueles sujeitos.

Percebe-se, assim, uma verdadeira punição dessas pessoas: a pessoa com transtornos mentais é punida através da segregação manicomial e da perda de direitos, culminando, assim, com violações dos seus direitos humanos. Tratamento inadequado, precárias condições sanitárias, tortura, maus-tratos, insalubridade, falta de acesso à justiça, ausência de mecanismos que preservem o vínculo com os familiares, enfim, são exemplos das violações de direitos humanos ocorridas cotidianamente nos hospitais psiquiátricos e nos HCTP (CARAVANA, 2000; COMISSÃO NACIONAL, 2004; GONÇALVES, 2004).

O HCTP pode ser caracterizado como uma *instituição total*, uma vez que reforça a exclusão individual e limita a interação com o mundo exterior (GOFFMAN, 2003). Ademais, o tratamento das pessoas com transtornos mentais é baseado na exclusão, tanto nos hospitais

psiquiátricos para *loucos* não infratores como naqueles para *loucos* infratores, onde a exclusão é mais incisiva. Nesse sentido, Costa (2003, p. 172), ao comentar as práticas das leis brasileiras que acabam confirmando a exclusão dessas pessoas, salienta:

Se tal não bastasse a completar o quadro crônico de exclusão e abandono dos portadores de transtorno mental, tal contexto se agrava sobremaneira quando estes acumulam outra qualidade jurídica de exclusão, qual seja: a de violadores da ordem jurídico-penal e ingressam nos meandros da execução penal. Neste caso, os poucos direitos que lhes são atribuídos desaparecem.

Na verdade, a noção de exclusão sempre esteve na base do modelo hospitalocêntrico, escolhido para a assistência psiquiátrica brasileira. O encaminhamento de uma pessoa com transtorno mental ao hospital psiquiátrico está diretamente relacionado ao fato de que ela sempre foi vista como incapaz de responder às demandas sociais que se lhe apresentavam. Como assevera Resende (2001, p. 36), a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira está na exclusão: “[...] desde seus primórdios até os dias de hoje, o grande e sólido tronco de uma árvore que, se deu e perdeu ramos ao longo de sua vida e ao sabor das imposições dos diversos momentos históricos, jamais fletiu ao ataque de seus contestadores e reformadores.”

Na administração do HCTP, o Estado incorpora a demanda punitiva-segregacionista produzida socialmente, voltando-se para os internos com uma estrutura alicerçada na violência, controladora e reprodutora da desconfiança. É grande o número de abusos cometidos e as consequências atentam não apenas contra os direitos e garantias individuais daqueles que foram submetidos ao cumprimento de medida de segurança, mas aos interesses da própria sociedade posto que, há muito tempo, tais instituições transformaram-se em um dos mais significativos fatores no complexo processo de reprodução da loucura.

Ao afirmar que os hospitais de custódia, historicamente, não eram espaços para intervenções terapêuticas, por medida de segurança para a sociedade, Tânia Kolker (BRASIL, 2001) conclui que os ambientes dos HCTP nunca foram terapêuticos. Constata-se, assim, a falta de uma política intersetorial estruturada, por parte dos poderes públicos, voltada para as

pessoas ali internadas. A violação dos direitos humanos dessas pessoas é constante e vincula-se a um conjunto de causas. Dentre elas, uma das mais importantes é a idéia de que o abuso sobre as vítimas – internos, e, por isso, pessoas com transtornos mentais infratoras – não merece a atenção pública. Ademais, as violações de direitos são cometidas por aqueles que têm o dever legal de garanti-los e protegê-los.

Essas práticas também decorrem do fato de que tais pessoas ainda são “tratadas” no modelo hospitalocêntrico, apesar da aprovação, a partir do ano de 2003, de alguns instrumentos visando a reorientação do modelo do HCTP para um atendimento adequado aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, como é o caso da Resolução nº 5, de 04 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, que será analisada mais adiante. Depois de mais de três anos da publicação de tal Resolução, a maior parte dos HCTP do país ainda mantém o atendimento baseado no modelo custodial psiquiátrico, não implementando as mudanças necessárias para assegurar direitos.

Assim, tem se verificado que o grande número de pessoas com transtornos mentais encarceradas nos HCTP é consequência da inexistência ou disponibilidade reduzida de serviços públicos de atenção à saúde mental, da implementação de leis que criminalizam comportamentos tidos como “inconvenientes”, do falso conceito difundido de que as pessoas com transtornos mentais são perigosas e da intolerância da sociedade com um comportamento diverso do que esta deseja (chamado por alguns de “perturbador”). Além disso, alguns países não possuem “tradições jurídicas que promovam o tratamento (ao invés de castigo) para infratores com transtorno mental” (OMS, 2005, p. 102).

Segundo Biondi, Fialho e Kolker (2006, p. 8-9),

a inexistência, até hoje, de uma política nacional para a reorientação do modelo de atenção nos HCTPs, a falta de projetos estaduais para a reinserção social assistida dessa clientela e, mais especificamente, a forma como tem sido promovida a desospitalização dos inimputáveis, sem nenhum tipo de *follow-up* monitorado, sem a gestão planificada do acesso ao tratamento no âmbito do SUS e, portanto, sem a garantia de continuidade do suporte terapêutico, tem mantido o portador de transtorno mental infrator numa

espécie de limbo assistencial e deixado aos pacientes e suas famílias o ônus de viabilizar a continuação do tratamento, o que tem contribuído para a maioria das reinternações e recidivas.

Esse é o cenário propício às violações de direitos humanos naquela instituição total, ainda comprometido com a idéia original da criação do manicômio judiciário, baseada na exclusão e na segregação. Como afirma Silva (2001, p. 5), “ao apresentar-se despido em sua crueldade violadora dos mais comenzinhos dos direitos humanos, em relação ao hospital psiquiátrico não pairam grandes dúvidas acerca das suas funções e do seu funcionamento.” O autor afirma, ainda, que “na sua identidade se constitui paralelamente, como elemento menor, uma sempre tênue justificação discursiva, sustentadora da sua suposta função terapêutica, que nunca foi capaz de se impor e reverter a sua verdadeira lógica e missão”.

No HCTP, o tratamento tem como base a segregação da pessoa, que visa a “segurança social” contra um sujeito “perigoso” por presunção legal e não a base terapêutica. A permanência do *louco* no manicômio apenas o cronifica: se verifica, na prática, o agravamento das condições de saúde e a perda da possibilidade de reintegração social daqueles que estão no sistema psiquiátrico. A defesa social desconsidera qualquer aspecto da saúde mental e aplica uma medida de segurança que se caracteriza pela indeterminação da sua duração e pela falta de perspectiva de um atendimento baseado no conceito do direito à saúde, evidenciando, assim, um descompasso com os princípios do SUS e com a legislação sanitária e de saúde mental.

### **CAPÍTULO III – Direitos humanos e *loucos* infratores**

#### **1. Concepção contemporânea dos direitos humanos**

Após a Segunda Guerra Mundial, foi criada, em 26 de junho de 1945, a Organização das Nações Unidas. Diante das atrocidades cometidas e do balanço realizado pelos vencedores da guerra, impôs-se à comunidade internacional o resgate das noções de Direitos Humanos, iniciando-se, assim, os trabalhos que redundaram na "Declaração Universal dos Direitos do Homem", adotada e proclamada pela Resolução número 217 da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948 (TRINDADE, 2002).

Segundo Piovesan (2004a, p. 44), a referida Declaração “demarca a concepção inovadora de que os direitos humanos são universais” e ainda consagra que esses direitos “compõem uma unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada, na qual os direitos civis e políticos hão de ser conjugados com os direitos econômicos, sociais e culturais”. E ela explica (PIOVESAN, 2005, p. 44-5):

Universalidade porque clama pela extensão universal dos direitos humanos, com a crença de que a condição de pessoa é o requisito único para a titularidade de direitos, considerando o ser humano como essencialmente moral, dotado de unicidade existencial e dignidade. Indivisibilidade porque, ineditamente, o catálogo dos direitos civis e políticos é conjugado ao catálogo dos direitos econômicos, sociais e culturais. A Declaração de 1948 combina o discurso liberal e o discurso social da cidadania, conjugando o valor da liberdade ao valor da igualdade.

No plano internacional, considera-se que a Declaração de 1948 inaugurou uma concepção contemporânea de Direitos Humanos, na medida em que integrou os direitos civis e políticos, que vinham se desenvolvendo desde o século XVIII, aos direitos econômicos, sociais e culturais, demandados nos séculos XIX e XX pelo movimento operário

(TRINDADE, 2002). Esta noção é importante para superar a visão compartimentalizada dos direitos humanos.

Para Trindade (2002, p. 191), o cerne dessa nova concepção

consiste no reconhecimento de que compõem o âmbito dos direitos humanos todas as dimensões que disserem respeito à vida com dignidade – portanto, em direito, deixam de fazer sentido qualquer contradição, ou hierarquia, ou "sucessão" cronológica entre os valores da liberdade (direitos civis e políticos) e da igualdade (direitos econômicos, sociais e culturais). Sob o olhar jurídico, os direitos humanos passaram a configurar uma *unidade universal, indivisível, interdependente e inter-relacionada*.

Nesse caso, vale trazer observação de Comparato (2003, p. 53), para o qual o principal benefício que a humanidade obteve do movimento socialista foi o reconhecimento dos direitos humanos de caráter econômico e social: “O titular desses direitos, com efeito, não é o ser humano abstrato, com o qual o capitalismo sempre conviveu maravilhosamente. É o conjunto dos grupos sociais esmagados pela miséria, a doença, a fome e a marginalização.”

A mencionada concepção contemporânea dos direitos humanos é reiterada pela Declaração de Direitos Humanos de Viena, de 1993, com apoio do Brasil. Ressalte-se que a recomendação da Conferência de Viena foi a de que os governos presentes naquele momento formassem planos nacionais para a proteção e promoção dos direitos humanos (ALVES, 2003). Assim é que no Brasil, é lançado, em 13 de maio de 1996, o Programa Nacional de Direitos Humanos, contendo propostas de ações governamentais para criação de políticas públicas visando proteger e promover esses direitos.

O que se verifica desde o processo de internacionalização dos direitos humanos é a formação de um sistema internacional de proteção desses direitos, o qual integra instrumentos e mecanismos para garanti-los. Acrescente-se que esse sistema é composto por um sistema global e por um sistema regional, os quais são complementares e interagem em benefício das pessoas protegidas. Como afirma Piovesan (2005, p. 46), “Ao adotar o valor da primazia da pessoa humana, esses sistemas complementam-se, somando-se ao sistema nacional de

proteção a fim de proporcionar a maior efetividade possível na tutela e promoção de direitos fundamentais.”

Nessa perspectiva, dos direitos humanos como uma unidade indivisível e interdependente, previstos em instrumentos nacionais e internacionais, é que se passa a estudar a garantia desses direitos a um grupo vulnerável, aquele das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.

### **1.1. Direitos humanos e grupos vulneráveis**

Diversos estudos referem-se aos refugiados, prisioneiros de guerra, apátridas, trabalhadores migrantes, dentre outros, como agrupamentos de pessoas que apresentam características de grupos vulneráveis ou revelam potencialidades para se configurarem enquanto tal. Outros estudos referem-se, ainda, a grupos especialmente desfavorecidos, quais sejam: as mulheres; as crianças e adolescentes; as minorias étnicas, religiosas e lingüísticas e populações indígenas; as pessoas idosas; as pessoas com deficiência, e dentre estas, as pessoas com transtorno mental. É o que resta confirmado, por exemplo, no relatório sobre a saúde no mundo, publicado em 2001 pela Organização Pan-Americana da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde, que trata especificamente da saúde mental, e contém um destaque para os “grupos vulneráveis e problemas especiais”. Este relatório refere-se aos grupos já mencionados acima e salienta a importância da política colocar em destaque os grupos vulneráveis que apresentam “necessidades especiais de saúde mental” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001, p. 117).

Para Lima Jr. (2001, p. 90), “A vulnerabilidade a violações de determinados grupos, portanto, combina as condições econômicas, sociais e culturais na perspectiva da determinação de limites que precisam ser ultrapassados no sentido do respeito aos direitos humanos de forma abrangente.” Estas condições são determinantes no que diz respeito às pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos, e, sobretudo àquelas recolhidas nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

Os HCTP, ainda hoje, têm sido lotados por pessoas de menor poder contratual e com menor acesso aos sistemas de tratamento existentes. Nesse sentido, tomando a noção de vulnerabilidade trazida por Lima Jr. (2001), pode-se afirmar que tais pacientes fazem parte dos chamados “grupos vulneráveis”. Grupos vulneráveis são aqueles grupos de pessoas que têm seus direitos mais facilmente violados (TRINDADE, 1996), tais como as crianças e adolescentes, as mulheres, os idosos e as pessoas com deficiência. Estas pessoas possuem os mesmos direitos constitucionais conferidos às cidadãs e aos cidadãos brasileiros, devendo ter uma maior atenção por parte do Estado.

Daí a necessidade de se desenvolver políticas públicas voltadas especialmente a tais grupos, tendo em vista que a intenção destas é a de “compensar, seja pela ação do estado, seja pela ação da sociedade, as desigualdades advindas do acesso diferenciado a recursos econômicos ou de processos culturais que desconsideraram especificidades de setores tidos como minoritários” (LIMA JR., 2001, p. 132). Tais políticas atuam para concretizar direitos e “funcionam como instrumentos de aglutinação de interesses em torno de objetivos comuns, que passam a estruturar uma coletividade de interesses” (BUCCI, 2001, p. 13) .

Nessa direção, as questões relacionadas aos grupos vulneráveis vêm tendo destaque nos mais diversos espaços, denotando a necessidade de se criar mais mecanismos de participação política, econômica e social de todos os segmentos da sociedade. Assim, é necessário considerar a condição de sujeitos de direitos das pessoas que integram tais grupos.

De acordo com Piovesan (2004b, p. 29),

Faz-se necessária a especificação do sujeito de direito, que passa a ser visto em sua peculiaridade e em sua particularidade. Nessa ótica, determinados sujeitos de direitos, ou determinadas violações de direitos, exigem uma resposta específica e diferenciada. Em tal cenário, as mulheres, as crianças, a população afro-descendente, os migrantes, as pessoas portadoras de deficiência, dentre outras categorias vulneráveis, devem ser vistas nas especificidades e peculiaridades de sua condição social.

Nesse sentido, é a partir do direito à igualdade e também do direito à diferença e do respeito à diversidade, que se faz necessário oferecer uma atenção diferenciada aos grupos vulneráveis. Conforme sustenta Santos (2003, p. 458), existe “a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades”. Desse modo, é preciso adotar, ao lado das políticas universalistas, políticas específicas, “capazes de dar visibilidade a sujeitos de direito com maior grau de vulnerabilidade, visando o pleno exercício do direito à inclusão social” (PIOVESAN, 2004b, p. 31). Ao reconhecer a titularidade de direitos da pessoa com transtorno mental, vem à tona um aspecto importante: a visibilidade desse ator social.

Conforme afirma Basaglia (1985, p. 107),

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

Historicamente, a pessoa com transtorno mental não é considerada sujeito de direitos, mas, um objeto, a partir da relação estabelecida com a mesma pelo hospital psiquiátrico, a qual é denominada por Basaglia (1985) como “relação objetual”. A medicina tem papel decisório nessa relação, quando atribui a essa pessoa uma periculosidade social, tornando “a loucura ao mesmo tempo visível e invisível”, conforme afirma Amarante (1998, p. 46):

Assim o louco torna-se invisível para a totalidade social, e, ao mesmo tempo, torna-se objeto visível e passível de intervenção pelos profissionais competentes, nas instituições organizadas para funcionarem como *locus* de terapêutica e reabilitação – ao mesmo tempo, é excluído do meio social,

para ser incluído de outra forma em um outro lugar: o lugar da identidade marginal da doença mental, fonte de perigo e desordem social.

A aprisionização da pessoa no lugar de objeto ignora e elimina totalmente o seu contexto de vida e a sua própria história. Ela vira mais um caso, e não é considerada no meio no qual está inserida e nem a sua história de vida.

Essa percepção do paciente como objeto é problematizada por Merhy (2005, p. 5), quando afirma que tal pessoa será vista “como um corpo ou parte de um corpo com problemas biológicos, como um ser sem subjetividade, sem intenções, sem vontades sem desejos”. Para ele, diante do olhar dos grupos de profissionais, que também denomina de grupos hegemônicos, “o usuário será mais partido ainda, pois será olhado como um objeto suporte para a produção de um ato de saúde reduzido a um proceder profissional, o que vem consagrando a construção de modos de cuidar centrado em procedimento”.

As necessidades de escuta, de inserção, de expressão das vontades e desejos são anuladas, restando o outro apenas como objeto de intervenção. Merhy (2005, p. 10) traz alguns pedidos possíveis para a dimensão cuidadora, dentre eles, a “relação acolhedora com o usuário que permita produzir vínculos e responsabilizações entre todos que estão implicados com os atos de saúde” e a “relação de inclusão cidadã, que opera na construção de autonomias e não de clones no campo da produção dos sujeitos sociais”. Por fim, defende “o ato de cuidar como um fazer coletivo voltado para a defesa da vida, individual e coletiva.” É esse o sentido para a atenção das pessoas com transtornos mentais: sair da condição de usuário-objeto para a construção de novas formas que orientem para a condição de usuário-sujeito.

Vasconcelos (2000, p. 184) traz contribuição importante nessa discussão, quando faz referência à possibilidade de um sujeito autor de processos de subjetivação e individuação que não seja sujeitado aos poderes disciplinares de normatização. Nessa perspectiva, propõe

a constituição de um Sujeito como vontade de liberdade e de aliança à razão como força crítica, como ferramenta dos novos movimentos sociais que tomam a defesa do Sujeito como forma de denunciar as formas de poder que

submetem a razão aos seus interesses, mas sem abrir mão do direito à diferença.

Assim, o objetivo não é anular as diferenças entre os sujeitos, mas pontuar que estas diferenças é que irão balizar o tratamento diferenciado visando a garantia de direitos a grupos historicamente excluídos. Como acentua Piovesan (2006, p. 178), o sujeito de direito concreto deve ser visto “em sua especificidade e na concretude de suas diversas relações.” Esse tratamento se relaciona com a tradição histórica dos direitos humanos, no que se refere à garantia do direito de igualdade, orientando a formulação de políticas específicas para esses grupos sociais.

A condição de sujeito de direitos está vinculada à idéia de titularidade de direitos. E esta discussão é iniciada no campo da saúde mental a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, que passa a discutir a condição de cidadania das pessoas com transtornos mentais (BIRMAN, 1992). Nesse caso, vale trazer as palavras de Torre (2001, p. 84): “A construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político.”

Ao tratar do tema, localizando-o no referido movimento, Vizeu (2005, p. 47) afirma:

Na reforma psiquiátrica também se preconiza a inserção do doente mental nos espaços sociais de que antes ele era privado. Tal fato indica existir um reconhecimento desse ator como sujeito ativo e competente, ao contrário do que ocorre na lógica burocrática, em que o paciente é tido como um objeto a ser manipulado pelos especialistas.

Essa participação enquanto sujeito evidencia o reconhecimento da dignidade da pessoa e proporciona a sua emancipação. É o que ocorre com a inserção efetiva dos usuários e de seus familiares no Movimento Antimanicomial, que traz aspectos importantes para essa construção, como assevera Lobosque (2001, p. 24):

Inicialmente silenciados por todo o aparato que lhes vedava o acesso à palavra, foram pouco a pouco se tornando atores concretos e numerosos - a princípio, pelo único caminho que lhes era possível, aquele do depoimento

individual; mais adiante, pela construção de uma organização coletiva, nas associações e núcleos ligados ao movimento.

Apenas no ano de 2001, com a aprovação da Lei nº 10.216, o ordenamento jurídico brasileiro começa a avançar no sentido de garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais, tendo em vista que, até então, tanto o Código Civil como o Código Penal brasileiros, além da legislação sobre assistência psiquiátrica, apresentavam dispositivos ultrapassados e inadequados à integração dessas pessoas à sua comunidade, como ainda hoje, no que tange à incapacidade, prevista no Código Civil de 2002, e à medida de segurança, estabelecida no Código Penal de 1940. Porém, não se pode olvidar que embora a referida lei tenha trazido conquistas importantes, conforme se verá a seguir, a assistência em saúde mental deve ser oferecida tomando aquelas pessoas como sujeitos de direitos, o que possibilitará um atendimento baseado num sistema de garantia de direitos. Nesse caso, “a garantia dos direitos é entendida como a possibilidade de usar determinados mecanismos previstos nos instrumentos legais da ordem jurídica vigente para lograr o direito pretendido.” (LIMA, 2002, p. 89).

Ressalte-se que esses direitos passaram a ser incorporados em documentos normativos no campo dos direitos humanos e da saúde mental em instâncias internacionais, bem como nos programas de atenção à saúde mental e no desenvolvimento de legislações nessa área específica no Brasil, no âmbito nacional, estadual e municipal, como instrumentos de apoio à Reforma Psiquiátrica brasileira. Importa observar, ainda, que todos esses instrumentos são fruto de processos de lutas históricas visando afirmar os direitos indispensáveis a uma vida com dignidade, reafirmando, assim, que os direitos humanos são historicamente construídos.

## **2. Instrumentos internacionais e nacionais de proteção e defesa dos direitos humanos dos *loucos infratores***

O movimento de internacionalização dos direitos humanos e a conseqüente ratificação dos documentos internacionais de direitos humanos alcançaram o Estado brasileiro em seu ordenamento jurídico interno a partir da Constituição Federal de 1988, que traz no seu artigo 4º, inciso II, o princípio da prevalência dos direitos humanos.

Acrescente-se que, em 03 de dezembro de 1998, o Estado Brasileiro reconheceu a competência jurisdicional da Corte Interamericana de Direitos Humanos, por meio do Decreto Legislativo nº 89/98 (PIOVESAN, 2006). Isso ampliou e fortaleceu as instâncias de proteção dos direitos humanos internacionalmente assegurados. Desse modo, é recente o alinhamento do Brasil à sistemática internacional de proteção dos direitos humanos.

Nesse cenário, deve-se salientar que a promoção, proteção e garantia dos direitos humanos não é matéria reservada apenas à jurisdição interna dos Estados, mas também integra o Direito Internacional, a partir da normatividade internacional desses direitos. Daí a necessidade de se combinar a sistemática nacional e internacional de proteção, à luz do princípio da dignidade humana, pois, dessa forma, os direitos humanos assegurados nos instrumentos nacionais e internacionais passam a ter uma maior importância, inclusive, com o fortalecimento dos mecanismos de responsabilização dos Estados.

É a partir do princípio da dignidade da pessoa humana que resultam o direito à saúde e o acesso à justiça, os quais são abordados com maior ênfase quando se trata de pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos. Nesse caso, ao não disponibilizar a devida atenção à saúde e ao não prestar assistência jurídica e psicossocial a tais pessoas, o Estado

fere princípios e garantias fundamentais, contribuindo, muitas vezes, para agravar e, até mesmo, para cronificar o quadro de sofrimento mental.

As pessoas com transtornos mentais têm o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, conforme reconhecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos, no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Diante das violações de direitos ainda praticadas contra tais pessoas, é necessário examinar os principais instrumentos jurídicos adotados em nível global, regional e nacional, atentando para a necessidade de aplicação dos mesmos também às pessoas com transtornos mentais autoras de delitos.

Nesse sentido, é importante observar o percurso legislativo para a proteção dos direitos dessas pessoas. Conforme historia Vasconcelos (2003), na primeira metade do século XX, no campo da saúde mental, a maior parte da legislação psiquiátrica nos países ocidentais foi influenciada pelo movimento de higiene mental, com grande ênfase na segregação do “doente mental” e na segurança da sociedade e da família. Esse quadro confirma o comprometimento, à época, com o modelo assistencial asilar, sem considerar o sujeito e as suas necessidades.

Já na segunda metade do século XX, conforme observa este autor (VASCONCELOS, 2003, p. 185),

houve uma ênfase crescente em uma nova legislação em direção a políticas de desinstitucionalização, garantindo os direitos de pacientes/usuários, em paralelo com a globalização, políticas neoliberais levando ao desinvestimento, consumismo e mudanças estruturais em provisões de políticas sociais desde os anos 70 (Vasconcelos, 1992b, 2000a), propondo desafios e implicações especiais para a nova legislação.

Trata-se da influência do Movimento de Reforma Psiquiátrica da Itália, que impulsionou a desconstrução das práticas de institucionalização da loucura, dando visibilidade ao sujeito com transtorno mental como um “protagonista, desejante, construtor de projetos, de cidadania, de subjetividade” (TORRE, 2001, p. 84). Como acentua Vasconcelos (2003), as

diferentes estratégias de luta na defesa dos direitos dos usuários influenciarão nas diferentes tradições nacionais de sistemas legais nessa área.

Todos os documentos, nacionais e internacionais, possibilitam a promoção e a proteção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, e, conseqüentemente, a execução de serviços de saúde mental baseados num sistema de garantia de direitos, objetivo que vem tentando ser alcançado pelas novas políticas de saúde desenvolvidas em diversos países. Hoje, de forma mais contundente, verifica-se o esforço internacional empreendido no sentido da implantação da Reforma Psiquiátrica e a necessidade de adoção de normas que estejam em consonância com os princípios desta, evidenciando a relação entre o movimento dos direitos humanos e o da Reforma Psiquiátrica.

## **2.1. Normativa internacional**

No plano internacional, existem diversos instrumentos que visam a garantia e a proteção dos direitos humanos, sendo necessário, no presente estudo, examiná-los para a sua aplicação às pessoas com transtornos mentais, e, mais especificamente, para aquelas autoras de delito.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 contém uma série de princípios que devem ser utilizados na defesa e proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais. É o caso, por exemplo, do direito à liberdade, à igualdade, à não-discriminação, à vida e à segurança (artigos I, II e III). Além disso, prevê que ninguém pode ser submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante (artigo V). Nesse caso, deve-se registrar, também, a Convenção da Organização das Nações Unidas

(ONU) contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, ratificada pelo Brasil em 28 de setembro de 1989.

Outros documentos importantes no âmbito da ONU, ratificados pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992, são o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCP) e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), ambos de 1966. Estes Pactos representam a busca de “jurisdicizar” a Declaração Universal, entendida como uma carta de intenções, e, por isso, sem força de lei, além de detalhar os direitos definidos de forma genérica na referida Declaração (LIMA JR., 2001) e de elencar novos direitos e garantias não incluídos na mesma. A ratificação destes Pactos acarreta aos Estados a obrigação de encaminhar relatórios sobre as medidas legislativas, administrativas e judiciárias adotadas para implementar os direitos neles enunciados e enseja a responsabilização internacional em caso de violação desses direitos.

Para o presente estudo, é importante destacar alguns dispositivos do PIDCP: o direito à vida, o direito de não ser submetido a tortura ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, os direitos à liberdade e à segurança pessoal e a não ser sujeito a prisão ou detenção arbitrárias, o direito a um julgamento justo, o direito à igualdade perante a lei e a proteção contra a interferência arbitrária na vida privada.

No que se refere ao PIDESC, saliente-se que este documento expande o elenco dos direitos sociais, econômicos e culturais insculpidos na Declaração Universal, como observa Thomas Buergenthal (1988 apud PIOVESAN, 2006, p. 168). Neste Pacto, tais direitos apresentam realização progressiva, ou seja, estão condicionados à atuação do Estado que deve adotar medidas para alcançar a sua plena realização (art. 2º, § 1º, do PIDESC). Porém, de acordo com Lima Jr. (2001, p. 102-3), em nenhum momento, o Pacto quis deixar a realização desses direitos a um futuro incerto: “A interpretação adequada da progressividade mencionada naquele instrumento internacional não é de ‘indefinição’ de metas e prazos para a realização

dos direitos sociais, econômicos e culturais. Ao contrário, o Pacto buscou impulsionar sua realização.” Neste instrumento internacional, cabe assinalar o direito ao trabalho; o direito a um nível de vida adequado, abarcando alimentação, vestimenta e moradia adequadas; o direito ao mais elevado nível de saúde física e mental; além do direito à educação.

Ressalte-se também a Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969 (Pacto de San José da Costa Rica), ratificada pelo Brasil em 25 de setembro de 1992 e a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, ratificada pelo Brasil em 20 de julho de 1989 (PIOVESAN, 2006; LIMA JR., 2003). Tais convenções constituem instrumentos fundamentais para o combate à tortura e às demais violações perpetradas contra as pessoas com transtornos mentais, a exemplo do que ocorreu no “caso Damião Ximenes”, o primeiro caso brasileiro julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CORREIA, 2005), no qual o Brasil foi condenado, tendo reconhecida parcialmente a sua responsabilidade internacional por violação de direitos humanos<sup>3</sup>.

Outro instrumento internacional importante é a Declaração dos Direitos dos Deficientes Mentais, aprovada pela Assembleia Geral da ONU em 20 de dezembro de 1971 (MEDEIROS, 2004, p. 103). Esta Declaração não se limita apenas à atenção médica e ao tratamento físico das pessoas com transtornos mentais, assegurando, também, o direito à educação, à capacitação, à reabilitação, à orientação, à segurança econômica, a um nível de vida decente, além do direito à proteção contra a exploração, abuso e tratamento degradante, dentre outros direitos.

Além dessa, registre-se a Declaração de Caracas, a qual é considerada por Delgado (1992, p. 192) “o mais importante ‘acordo’ internacional sobre reforma psiquiátrica na América Latina nestes últimos anos”. Aprovada em 14 de novembro de 1990, na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de

---

<sup>3</sup> Sentença disponível em: <<http://www.global.org.br/portuguese/damiaoximenes.html>>. Acesso em: 20 ago. 2007.

Saúde, representa um marco na história da saúde mental nas Américas. Também foi assinada pelo Brasil e visa promover serviços de saúde mental de base comunitária sugerindo a reestruturação da assistência psiquiátrica existente, superando, assim, o modelo do hospital psiquiátrico, considerado o centro das críticas apresentadas pela referida Declaração. Esta define que a reestruturação da assistência em saúde mental na América Latina deve estar ancorada na substituição desta instituição, justamente pelo “papel hegemônico e centralizador” que exerce, acarretando o desrespeito aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais (OMS, 2005, p. 208).

Deve-se mencionar, ainda, a Resolução nº 46/119 da ONU, aprovada pela Assembleia Geral da ONU em 17 de dezembro de 1991, a qual adotou os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001; OMS, 2005). Essa Resolução teve origem nos anos 70, quando a Comissão dos Direitos Humanos da ONU passou a examinar a questão do uso da psiquiatria para fins de controle de dissidentes políticos. A preocupação inicial era com os critérios diagnósticos que eram utilizados em certos países, porém, o objetivo do trabalho ampliou-se para incluir o exame de formas de melhoria da assistência à saúde mental em geral. Tal Resolução contém 25 princípios e foi aprovada objetivando a humanização dos serviços em saúde mental, com o estabelecimento de padrões mínimos para assegurar os direitos das pessoas com transtorno mental. Nela são declarados os direitos à informação sobre o tratamento, a ser tratado mediante consentimento informado, à privacidade, à interdição e à integração social. E, de acordo com o Princípio 20 (OMS, 2005, p. 206), todos os direitos nela previstos estendem-se às pessoas presas e àquelas internas em HCTP, além de assegurar outros direitos:

1. Este Princípio se aplica a pessoas que cumprem sentenças de prisão por infrações criminosas, ou que sejam de outro modo detidos no curso de procedimentos ou investigações criminais contra eles e sobre os quais se determinou possuírem uma doença mental ou se suponha terem uma doença mental ou se acredite que possam ter tal doença.

2. Todas essas pessoas deverão receber a melhor atenção à saúde mental disponível conforme disposto no Princípio 1. Estes Princípios deverão ser aplicados a elas na maior extensão possível, apenas com as limitadas modificações e exceções que se fizerem necessárias nas circunstâncias. Nenhuma de tais modificações e exceções deverá prejudicar os direitos das pessoas nos termos dos instrumentos citados no parágrafo 5 do Princípio 1.
3. A lei nacional poderá autorizar um tribunal ou outra autoridade competente, atuando na base de parecer médico competente e independente, a ordenar que tais pessoas sejam admitidas a um estabelecimento de saúde mental.
4. O tratamento de pessoas nas quais se constatou uma doença mental deverá, em todas as circunstâncias, ser condizente com o Princípio 11.

Nesse diapasão, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, desenvolveu a “Legislação de Atenção à Saúde Mental: Dez Princípios Básicos”, contendo uma interpretação adicional dos Princípios contidos na Resolução nº 46/119 da ONU, configurando, assim, um guia para auxiliar os países a desenvolverem legislações de saúde mental. Além disso, no mesmo ano, a OMS desenvolveu as “Diretrizes para a Promoção dos Direitos Humanos de Pessoas com Transtornos Mentais”, que também auxilia na compreensão e interpretação daqueles Princípios e na avaliação do acesso aos direitos humanos nas instituições (OMS, 2005, p. 20).

No âmbito do sistema interamericano, destaque-se também a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, adotada em 07 de junho de 1999, a qual foi ratificada pelo Brasil em 15 de agosto de 2001. Dentre os instrumentos regionais de proteção dos direitos das pessoas com transtorno mental podem ser citados ainda a Convenção Européia dos Direitos Humanos, de 1950, e a Recomendação 1235 de 1994 sobre Psiquiatria e Direitos Humanos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). Esta última estabelece “critérios para admissão involuntária, o procedimento para admissão involuntária, padrões para atenção e tratamento de pessoas com transtornos mentais, e proibições para prevenir abusos na atenção e prática psiquiátricas.” (OMS, 2005, p. 16).

Com relação aos instrumentos do sistema global, é importante salientar a nova Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada por unanimidade em 13 de dezembro de 2006, sendo a primeira na temática dos direitos humanos a ser lançada no século XXI. De acordo com o seu artigo 1º, “O propósito dessa Convenção é promover, proteger e assegurar o desfrute pleno e em condições de igualdade de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais pelas pessoas com deficiência e promover o respeito da sua dignidade inerente.” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2006, p. 4) O documento ratifica todos os direitos das pessoas com deficiência, proibindo a discriminação contra as mesmas em todos os aspectos da vida, incluindo os direitos civis, políticos e econômicos e sociais, como o direito à educação e aos serviços de saúde, entre outros. Assegura, ainda, o reconhecimento da igualdade perante a lei, o acesso à justiça, bem como a liberdade e segurança da pessoa. Apesar de ter sido assinada em 30 de março de 2007, esta Convenção ainda não foi ratificada pelo Brasil, mas é um reconhecimento às contribuições e potencialidades desse grupo social.

Uma questão importante, no que se refere às pessoas internadas no HCTP, prevista nesta Convenção é o artigo 14, que trata dos direitos à liberdade e à segurança, determinando que os Estados Membros devem assegurar que pessoas com deficiência, em condições de igualdade às demais, “Não sejam privadas de sua liberdade ilegalmente ou arbitrariamente, e que qualquer privação de liberdade esteja de acordo com a lei, e em caso nenhum a existência de uma deficiência justifique a privação de liberdade.” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2006, p. 11).

Vale lembrar que antes desta Convenção, no âmbito da ONU, havia a Resolução 2.542, de 09 de dezembro de 1975, sobre a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, a qual estabelece que as pessoas com deficiência têm direito à segurança econômica e social, a

um nível de vida decente e, de acordo com suas capacidades, a obter e manter um emprego ou a desenvolver atividades úteis, produtivas, remuneradas e a participar de sindicatos.

Diante desse arcabouço internacional de direitos humanos, vale trazer observação de Bobbio (1992, p. 25), que destaca como questão central qual é o modo mais seguro para garantir os direitos humanos “para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados”.

## **2.2. Constituição Federal e normativa brasileira**

No âmbito dos instrumentos nacionais, a Constituição Federal brasileira de 1988 estabelece que o Brasil constitui-se um Estado democrático de direito e tem como um dos seus fundamentos a dignidade da pessoa humana. No seu artigo 5º, elenca diversos direitos fundamentais, salientando que todos são iguais e garantindo aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país o direito à vida, à liberdade, à igualdade e à segurança. Ademais, no seu artigo 3º, a Constituição relaciona como objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: “a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; reduzir as desigualdades sociais; e promover o bem de todos, sem preconceitos.” E no seu artigo 6º, expressa os direitos sociais formalmente reconhecidos pelo Estado Brasileiro. Nesse sentido, todos os direitos nela previstos devem ser garantidos às pessoas com transtornos mentais.

Carvalho Netto (2005, p. 22-3) afirma que existe uma falta de atenção das constituições anteriores em relação aos “direitos fundamentais do portador de sofrimento mental”, e acrescenta:

o portador de sofrimento mental não mais poderia ter a sua cidadania desconhecida; a eles deveria ser reconhecido o respeito a sua condição de ator da construção da cidadania, ou seja, a garantia da sua titularidade aos direitos fundamentais, exatamente na mesma medida em que são direitos da titularidade de todos os cidadãos.

Com a Constituição de 1988, o reconhecimento dos direitos humanos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, insculpidos nos artigos 5º, 6º e 7º, constitui um marco para a garantia desses direitos no Brasil. Nesse caso, ela impõe ao Estado brasileiro o dever de promover ações que garantam a inclusão de todas as pessoas, tomando como base o princípio da igualdade. É o que ocorre com a saúde, que está prevista no referido artigo 6º como um direito social e no artigo 196 da Constituição que prevê que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, reafirmando o compromisso deste na formulação de políticas públicas visando garantir esse direito.

No que se refere à legislação específica voltada às pessoas com deficiências, registre-se a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, dentre outras questões. Vale ressaltar o seu artigo 1º:

Art. 1º. Ficam estabelecidas normas gerais que asseguram o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência, e sua efetiva integração social, nos termos desta Lei.

§ 1º. Na aplicação e interpretação desta Lei, serão considerados os valores básicos da igualdade de tratamento e oportunidade, da justiça social, do respeito à dignidade da pessoa humana, do bem-estar, e outros, indicados na Constituição ou justificados pelos princípios gerais de direito.

§ 2º. As normas desta Lei visam garantir às pessoas portadoras de deficiência as ações governamentais necessárias ao seu cumprimento e das demais disposições constitucionais e legais que lhes concernem, afastadas as discriminações e os preconceitos de qualquer espécie, e entendida a matéria como obrigação nacional a cargo do Poder Público e da sociedade.

Esta Lei foi regulamentada pelo Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências, e prevê no seu artigo 1º que “A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência compreende o conjunto de orientações normativas que objetiva assegurar o pleno exercício dos direitos

individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência.” Verifica-se que no âmbito interno vai se consolidando um conjunto de normas para assegurar os direitos desse grupo de pessoas.

No âmbito do direito à saúde, cabe registrar outros instrumentos de proteção. O Conselho Federal de Medicina (CFM) adotou os princípios da Resolução nº 46/119 da ONU, de 17 de dezembro de 1991 “como guia a ser seguido pelos médicos do Brasil” através da Resolução CFM nº 1.407, de 08 de junho de 1994 (MEDEIROS, 2004, p. 109). Ainda com base nesses princípios, o CFM editou a Resolução CFM nº 1.598, em 09 de agosto de 2000, a qual normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental (MEDEIROS, 2004). Esta Resolução configura-se como um mecanismo importante para garantir aos referidos pacientes os meios adequados a suas necessidades de saúde, sejam hospitalares, ambulatoriais, comunitárias ou outras.

Deve-se ressaltar, ainda, o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), elaborado pelo Ministério da Justiça em conjunto com diversas organizações da sociedade civil, que, identificando os principais obstáculos à promoção e proteção dos direitos humanos no Brasil, apresentava como objetivo “eleger prioridades e apresentar propostas concretas de caráter administrativo, legislativo e político-cultural que busquem equacionar os mais graves problemas que hoje impossibilitam ou dificultam a sua plena realização”. Tal Programa, instituído em 13 de maio de 1996, através do Decreto nº 1.904, continha 227 propostas de ações governamentais, divididas em quatro eixos, com previsão de execução em curto, médio e longo prazos. Dentro desses eixos, vale destacar as propostas referentes à proteção do direito à vida, à liberdade e ao tratamento igualitário perante a lei.

O Programa Nacional de Direitos Humanos II (PNDH II), aprovado pelo Decreto nº 4.229, de 13 de maio de 2002, atualizou o PNDH I, trazendo no seu bojo propostas de ações governamentais nos diversos campos dos direitos humanos. No que se refere à saúde mental, percebe-se uma inovação, pois, diferentemente do Programa de 1996, o atual Programa elenca

seis propostas (n. 365 a 370)<sup>4</sup> no sentido de garantir os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. Nessa seara, cabe ressaltar as propostas que dizem respeito especificamente aos HCTP:

366. Estabelecer mecanismos de normatização e acompanhamento das ações das secretarias de justiça e cidadania nos estados, no que diz respeito ao funcionamento dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

367. Promover esforço intersetorial em favor da substituição do modelo de atenção dos hospitais de custódia e tratamento por tratamento referenciado na rede SUS.

Nesse percurso, registre-se a promulgação da Lei nº 10.216, em 06 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e sobre a reformulação do modelo assistencial em saúde mental, refletindo os princípios da Reforma Psiquiátrica, que será analisada mais detidamente a seguir, devido à sua relevância para a garantia dos direitos humanos desse grupo específico.

Com referência aos instrumentos de garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito, os mesmos são frutos de debates que se iniciaram no ano de 2001, com a “III Conferência Nacional de Saúde Mental” (BRASIL, 2002c, p. 127-128) e com o “Seminário Direito à Saúde Mental - Regulamentação e Aplicação da Lei 10.216/01” (BRASIL, 2001). Além disso, em 2002 é realizado o “Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”, no qual foram formuladas diversas propostas visando assegurar os direitos dos “usuários dos serviços de assistência psiquiátrica privados de liberdade” (BRASIL, 2002a, p. 42).

No ano de 2003 é publicada, pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, a Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, “destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas”. Tal

---

<sup>4</sup> Ver em Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH II). Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/pndh/pndhII/Texto%20Integral%20PNDH%20II.pdf>>. Acesso em: 30 nov.2006.

documento faz referência aos HCTP, no seu artigo 8º, § 3º: “Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico serão beneficiados pelas ações previstas nesta Portaria e, em função de sua especificidade, serão objeto de norma própria”, corroborando o que consta na parte referente aos Recursos Humanos, que prevê: “Em decorrência de suas especificidades, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, Manicômios Judiciários e Sanatórios Penais serão objetos de normas próprias que deverão ser definidas de acordo com a Política de Saúde Mental, preconizada pelo Ministério da Saúde.” (BRASIL, 2005, p. 18 e 27). O Plano é complementado por outra Portaria, a de nº 268, de 17 de setembro de 2003, do Ministério da Saúde, a qual determina, entre outras coisas, que os “Manicômios Judiciários com população de até 100 pessoas presas deverão dispor de serviço de saúde, cadastrado no SCNES [...]” (BRASIL, 2005, p. 62).

Apesar de tais Portarias, somente no ano seguinte percebe-se uma maior atenção às pessoas internadas nos HCTP, com a aprovação da Resolução nº 05, de 04 de maio de 2004, pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC), a qual estabelece as diretrizes para a adequação das medidas de segurança às disposições da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que traz a possibilidade dessas pessoas terem acesso aos seus direitos. Tal resolução prevê a integração dos HCTP à rede de cuidados do Sistema Único de Saúde, o que corrobora o direito a tratamento adequado e leva em consideração a garantia de acesso ao melhor serviço de saúde mental disponível. Há que se ressaltar o caráter preventivo da atenção em saúde mental, previsto nesta Resolução. Ocorre que, depois de mais de três anos da publicação desta, a maior parte dos HCTP do país não implementou as mudanças necessárias para assegurar tais direitos (BIONDI, 2006).

Nos anos seguintes outros instrumentos relevantes no campo da saúde mental e dos direitos humanos são elaborados. Em 2005, é lançada a Carta de Brasília, a qual traz os Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas,

fruto da “Conferência Regional para a Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 Anos depois da Declaração de Caracas”, convocada pelo Ministério da Saúde do Brasil, pela Organização Pan-Americana da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde, ocorrida nos dias 7 a 9 de novembro de 2005, com o objetivo de avaliar os resultados obtidos desde 1990. Este documento reafirmou a validade dos princípios orientadores contidos na Declaração de Caracas, apontando os desafios que se tornaram mais evidentes naquele período de 15 anos e convocando todos os atores envolvidos para que continuassem avançando na implementação dos princípios éticos, políticos e técnicos da referida Declaração.

Um instrumento mais recente é a Portaria Interministerial nº 3.347, de 29 de dezembro 2006, do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, que institui o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, o qual foi constituído por um Grupo de Trabalho criado especificamente para este fim, através da Portaria Interministerial nº 1.055, de 17 de maio de 2006, formulada pelos referidos Ministérios. No mencionado instrumento constam as diretrizes e linhas de atuação do Núcleo, conforme as propostas contidas no Relatório Final daquele Grupo de Trabalho, sendo ele

uma iniciativa que visa ampliar os canais de comunicação entre o Poder público e a sociedade, por meio da constituição de um mecanismo para o acolhimento de denúncias e o monitoramento externo das instituições que lidam com pessoas com transtornos mentais, incluídas as crianças e adolescentes, pessoas com transtornos decorrentes do abuso de álcool e outras drogas, bem como pessoas privadas de liberdade.

Vale lembrar que a formulação de normas para garantir a qualidade da atenção em saúde mental no país toma impulso a partir da Lei de Reforma Psiquiátrica, em 2001, juntamente com os demais mecanismos de garantia de direitos dela decorrentes.

### **2.2.1. Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Saúde Mental**

Dentre os mecanismos de proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, a Reforma Psiquiátrica merece destaque, tendo em vista os seus princípios e objetivos, e o alcance que vem tendo em vários países do mundo, e, mais recentemente, no Brasil (AMARANTE, 1996). No campo da saúde mental, diversos países passaram por reformas, cada um com pressupostos, contextos e estratégias diferenciados. São exemplos dos movimentos de reforma na contemporaneidade: a psicoterapia institucional, as comunidades terapêuticas, a psiquiatria de setor, a psiquiatria preventiva, a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática (AMARANTE, 1998). Pode-se citar como exemplos das reformas legislativas: a Lei 180 de 1978 da Itália; o *Mental Health Act* inglês de 1983; e a Lei francesa de 1990 (DELGADO, 1992).

O modelo assistencial psiquiátrico hegemônico passou a ser discutido a partir do final da década de 1940. As críticas se fundamentam no anacronismo e na ineficácia do modelo (COHEN, 2006b; SÁ JR., 1997). As denúncias recorrentes de violência nas instituições psiquiátricas têm sido objeto de mobilizações da sociedade civil e de profissionais de saúde. O crescente clamor social contra as diversas formas de desrespeito aos direitos humanos tem fortalecido uma consciência acerca da importância da luta pelo direito à singularidade, à subjetividade e à diferença. Nesse sentido, a ampliação da compreensão a respeito da natureza discriminatória dos estabelecimentos psiquiátricos envolveu familiares, comunidade e outros atores sociais na discussão da cidadania das pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos.

Em relação às ações necessárias para a garantia dos direitos humanos destas pessoas, Costa (2003, p. 143) reitera o caráter segregador destes estabelecimentos afirmando que o hospital psiquiátrico tornou-se um “emblema da exclusão e seqüestro da cidadania”, considerando, ademais, sua repercussão na vida das pessoas com transtornos mentais ao longo dos últimos duzentos anos.

Ao longo do século XX, foram empreendidos esforços para alterar a realidade asilar mediante o desenvolvimento de outros modelos de atenção capazes de promover um maior grau de interação e de democracia nas relações existentes entre os profissionais e os internos das instituições psiquiátricas. Segundo Delgado (1992, p. 19), a partir dos anos 60, “a noção de reformar a psiquiatria passa a ser tributária de um nítido movimento de crítica aos pressupostos teóricos daquela instituição. A crítica ao espaço asilar torna-se condenação dos efeitos de normatização e controle da psiquiatria.” O advento do Movimento da Reforma Psiquiátrica marca um novo período, a partir do final da década de 1970, propondo a superação do modelo hegemônico de caráter excludente e discriminatório. De todos os modelos implementados ao longo desse século, apenas com a proposta da Psiquiatria Democrática (KINOSHITA, 1990; DELGADO, 1991; AMARANTE, 1998; COSTA, 2003) - Reforma Psiquiátrica -, implementada na Itália, é que, de fato, se efetivou a ruptura com o hospital psiquiátrico. O modelo asilar/carcerário começou a ser substituído por uma rede diversificada de serviços de atenção diária em saúde mental de base territorial e comunitária.

Segundo Barros (1994, p. 190),

A chamada Psiquiatria Democrática Italiana fez alianças com outros movimentos sociais, radicalizou a força das denúncias sobre a violência da instituição psiquiátrica. Criou, igualmente, caminhos para a desmontagem do manicômio, entendida como desconstrução de materialidades e dos saberes médico-psicológicos. Desinstitucionalizar significaria assim, para os italianos, lutar contra uma violência e lutar por uma transformação da cultura dos técnicos, aprisionados, também, a uma lógica e a um saber que não deseja uma análise histórica mais aprofundada.

A noção de desinstitucionalização é trazida por Rotelli (2001, p. 90-1): “O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado”. O objetivo, portanto, era desmontar os aparatos que sustentam a doença mental, o que denota um “processo social complexo”, como afirma Kinoshita (1990, p. 76-80), pois “suscita conflitos, crises e transformações dentro da rede mais ampla das estruturas institucionais (...) nas quais o circuito psiquiátrico está inserido”.

Para o movimento italiano, a psiquiatria constitui uma das instituições da violência, e como tal, deve ser negada (BASAGLIA, 1985).

A experiência italiana levou à desconstrução do manicômio, possibilitando a construção de uma rede de atenção, composta por centros de saúde mental, cooperativas de trabalho e serviços de emergência psiquiátrica, e produzindo novas formas de sociabilidade e de subjetividade para as pessoas que precisavam de assistência psiquiátrica (ROTELLI, 1992a).

No Brasil, inspirando-se no referido modelo italiano, diversos setores das áreas de saúde pública e dos direitos humanos convergiram esforços na tentativa de ruptura, construindo, como proposta alternativa, a estruturação de uma rede de serviços de atenção diária em saúde mental de base territorial, correspondente ao modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujo projeto integra os usuários às suas respectivas famílias e à comunidade (FARAH, 2000). O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, constituindo-se um lugar de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, dentre outros, “cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado” intensivo, comunitário e personalizado criado para ser substituto às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004a, p. 13, 2007; MINAS GERAIS, 2006).

A construção de uma proposta inovadora na atenção à saúde mental, de acordo com Costa (2003, p. 173), almeja “[...] a cidadania e a recuperação das garantias e direitos fundamentais dos portadores de Transtornos Mentais”. O autor reconhece, ainda, que “[...] torna-se cada vez mais relevante a atuação dos organismos da sociedade responsáveis por essa proteção e garantias constitucionalmente asseguradas.”

O norteamento da Reforma Psiquiátrica brasileira encontra-se voltado para a busca da recontextualização das pessoas com transtornos mentais, por meio da garantia dos seus

direitos e do exercício da cidadania. A referida Reforma vem sendo implementada a partir da decisão política dos governantes, da capacidade técnica em formular novas formas de compreender e lidar com a loucura por parte dos profissionais e da capacidade de articulação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares. Nesse sentido, é importante trazer consideração de Carvalho Netto (2005, p. 23):

Fruto da luta pelo reconhecimento, travada inclusive pelos próprios afetados, organizados em movimentos sociais, a Lei n 10.216/2001, expressa claramente a inclusão do portador de sofrimento ou transtorno mental no elenco daqueles a quem, pública e juridicamente, reconhecemos a condição de titular do direito fundamental à igualdade, impondo o respeito de todos à sua diferença, ao considerar a internação, sempre de curta duração em quaisquer de suas modalidades, posto que, necessariamente vinculada aos momentos de grave crise, uma medida excepcional ao próprio tratamento.

Vale reiterar que o movimento de Reforma aborda a loucura na perspectiva dos direitos humanos e não a partir de questões clínicas, como diagnósticos, terapêuticas e prognósticos. A questão principal para os militantes da Reforma é a situação social das pessoas com transtornos mentais e não a eficácia dos dispositivos médicos. Nesse caso, importante pontuar que este movimento foi impulsionado pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que nasce em julho de 1987, após a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, no II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru-SP, com o lema “Por uma sociedade sem Manicômios”, que exigia que os Hospícios fossem substituídos por outras formas de tratamento, capazes de garantir a dignidade e a liberdade dos usuários dos serviços de saúde mental, com base nos seus direitos (AMARANTE, 1998).

O Movimento Antimanicomial, que enfatizou a necessidade de transformações do modelo da atenção à saúde mental oferecida no país, conta com a participação de técnicos, de usuários dos serviços de saúde mental e de familiares desses usuários, e organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional, congregando várias entidades, como Organizações Não Governamentais e Conselhos de familiares de usuários. Ao longo dos seus

20 anos de existência no Brasil, houve a formação de vários núcleos nos Estados, os quais conseguiram mobilizar a aprovação de leis estaduais de Reforma Psiquiátrica.

Nessa construção, cabe ressaltar ainda a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, que teve como tema: “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial e direito à cidadania”. Esta Conferência teve como finalidade “definir diretrizes gerais para a ‘Reforma Psiquiátrica’, no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, orientando a reorganização da atenção em Saúde Mental no Brasil nos planos assistencial e jurídico-institucional” (BRASIL, 1994, p. 1), através da discussão democrática entre os diversos setores da sociedade. O Ministério da Saúde adotou o relatório final desta Conferência como diretriz oficial para a reestruturação da assistência em saúde mental no país, estipulando como marcos conceituais desse processo a atenção integral e a cidadania (BRASIL, 1994).

O processo de superação da centralidade do hospital psiquiátrico tem sido contemporâneo da dinâmica de descentralização das ações e dos serviços de saúde inaugurada formalmente na Constituição Federal de 1988, artigos 1º e 204, juntamente com as Leis Orgânicas de Saúde – Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 – e as Normas Operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). A consolidação normativa do Estado Democrático de Direito refletiu, portanto, também na esfera dos interesses dos cidadãos, inclusive daqueles com transtorno mental. Costa (2003, p. 163) afirma que “Em face da complexidade dessa transformação e em função de sua amplitude, ela está sendo implementada de forma progressiva, mas irreversível em um crescente de iniciativas que orientam os novos serviços.” Essa transformação pode ser verificada a partir da legislação e da execução de programas baseados nos direitos dessas pessoas.

A Política Nacional de Saúde Mental foi objeto de recentes reformulações: uma nova perspectiva no ordenamento jurídico do país em relação à pessoa com transtorno mental

ensejou, com a sanção presidencial, a Lei nº 10.216, em 06 de abril de 2001. Esta legislação especial dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e sobre a reformulação do modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2002b), refletindo, assim, os princípios da Reforma Psiquiátrica: desinstitucionalização, desospitalização e garantia de direitos.

Esta Reforma visa, dentre outros aspectos, criar uma rede de serviços diversificados, regionalizados e hierarquizados que promova a efetiva contextualização e reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental. Nesta perspectiva, apresenta como princípios: a centralidade da proteção dos direitos humanos e de cidadania das pessoas com transtornos mentais, a necessidade de construir redes de serviços que substituam o modelo hospitalocêntrico e a pactuação de ações por parte dos diferentes atores sociais (RIBEIRO, 1999). Contemplando mudanças significativas no modelo de atenção psiquiátrico, o advento desta nova política se identifica com o paradigma da co-responsabilidade da sociedade e do Estado, com evidente perspectiva da descentralização administrativa que já fora inaugurada em normas anteriores relativas ao segmento infanto-juvenil, em 1990, à saúde, através das Leis Orgânicas de Saúde e da própria Lei Orgânica da Assistência Social.

As orientações dispostas no texto da Lei nº 10.216/2001, que substitui a legislação psiquiátrica de 1934 (Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934), subvertem a lógica das instituições totais inovando em diversos procedimentos e estabelecendo os direitos das pessoas com transtornos mentais, conforme prevê o parágrafo único do seu artigo 2º:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Esta lei afirma o direito ao tratamento respeitoso e humanizado dessas pessoas, preferencialmente em serviços substitutivos, estruturados segundo os princípios da territorialidade e da integralidade do cuidado. Ela dispõe, ainda, que a internação psiquiátrica configura-se como último recurso terapêutico a ser adotado, sendo a sua concretização condicionada à emissão de parecer médico com a devida explicitação de seus motivos.

Sobre isso, Carvalho Netto (2005, p. 23) pontua:

O **tratamento** enquanto tal, segundo o disposto no § 1º do art. 4º, em consonância com o direito assegurado ao portador de sofrimento mental no inciso II do Parágrafo Único do art. 2º, terá como sua **finalidade permanente**, a reinserção social do paciente em seu meio. A internação, assim, em rigor, só é excepcionalmente admitida, para os momentos de grave crise, quando os recursos extra-hospitalares revelem-se insuficientes, e, muito embora o § 2º do art. 4º se refira ao “tratamento em regime de internação”, à luz dos demais dispositivos da Lei, essa expressão apenas pode significar a admissão da internação, em qualquer de suas modalidades, como uma medida excepcional, temporária e de curta duração, para possibilitar a continuidade do efetivo tratamento, que sempre promoverá a reinserção social do portador de sofrimento ou transtorno mental e não o seu isolamento. (grifos do autor)

Dentre as inovações trazidas pela nova Política Nacional de Saúde Mental, estão: oficinas terapêuticas, oficinas de capacitação/produção, ambulatorios de saúde mental, equipes de saúde mental em hospitais gerais, moradias terapêuticas e centros de convivência (COSTA, 2003). O Ministério da Saúde conta, atualmente, com uma política voltada para o investimento e fortalecimento da rede de atendimento extra-hospitalar. A rede é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), núcleos de atenção integral em Saúde da Família, Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas, residências terapêuticas e projetos de inclusão social por meio da geração de renda e trabalho.

Às residências ou moradias terapêuticas, criadas pela Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, do Ministério da Saúde, cabe (art. 3º):

- a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Nesse caso, é importante salientar que a já mencionada Resolução nº 5, de 04 de maio de 2004 do CNPCP, no seu item 13, prevê o estabelecimento de cotas específicas para garantir o acesso dos egressos dos HCTP aos serviços residenciais terapêuticos que forem sendo criados.

Destaca-se, ainda, a criação, no ano de 2003, do Programa “De Volta para Casa”, que tem como objetivo auxiliar o processo de reinserção social das pessoas com transtornos mentais. Este Programa foi criado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial, no valor de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais), para pacientes com transtornos mentais egressos de internações, tendo sido regulamentada pela Portaria nº 2.077, de 31 de outubro de 2003, do Ministério da Saúde, que condiciona o benefício àqueles que tenham sido internados por período igual ou superior a dois anos. Este auxílio financeiro responde a uma antiga reivindicação dos Movimentos Antimanicomial e de defesa dos direitos humanos: a reintegração social do usuário juntamente com a sua inserção nos serviços territoriais-comunitários e de atenção diária. Tal benefício também deve ser garantido às pessoas egressas de HCTP, de acordo com o que prevê o §3º do artigo 3º da referida lei: “Egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial.” Esta orientação é recomendada às Secretarias Estaduais que administram o sistema prisional através da Resolução nº 3, de 4 de maio de 2004, do CNPCP (BRASIL, 2007, p. 49).

Como afirma Delgado (2001, p. 181) acerca da mudança do modelo assistencial psiquiátrico: esta “implica, pois, a desmontagem desse aparato de internações, vigorosamente constituído sobre a base de uma ampla rede institucional e sobre um conjunto de fatores sociais e administrativos favorecedores da segregação hospitalar”. Assim, a diminuição do número de internações merece atenção, pois configura um dos indicadores relevantes para avaliação desse novo modelo de atenção em saúde mental. Ademais, essa mudança na área da saúde deve estar articulada com outras políticas sociais.

Por fim, faz-se necessário destacar a grande importância da atuação dos próprios usuários dos serviços de saúde mental na luta pelas mudanças necessárias à construção de um novo modelo de atenção, constatando o *louco* como agente transformador da realidade. De acordo com Amarante (1998, p. 121), “delineia-se, efetivamente, um novo momento no cenário da saúde mental brasileira”, com a participação das pessoas com transtornos mentais nos movimentos de transformações no campo da saúde mental:

O louco/doente mental deixa de ser simples objeto da intervenção psiquiátrica, para tornar-se, de fato, agente de transformação da realidade, construtor de outras possibilidades até então imprevisas no teclado psiquiátrico ou nas iniciativas do próprio MTSM. Seja nos espaços destas associações, seja em trabalhos culturais, atua-se no surgimento de novas formas de expressão política, ideológica, social, de lazer e participação, que passam a edificar um sentido de cidadania que jamais lhes foi permitido.

Atualmente, os grandes desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira são a implementação dos serviços substitutivos previstos nos instrumentos e normas que asseguram os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e a efetiva reorientação do modelo de atenção à saúde mental das pessoas internadas nos HCTP, com o conseqüente reconhecimento destas pelos CAPS, como uma clientela do SUS (BRASIL, 2007).

## **CAPÍTULO IV – O lugar dos direitos humanos num manicômio judiciário**

### **1. Reforma Psiquiátrica: reflexos no manicômio judiciário?**

As disposições legislativas relativas às pessoas com transtornos mentais autoras de delito configuram uma área complexa, que abrange os sistemas de segurança e justiça e de saúde mental. Existem variações nas políticas e práticas adotadas pelos países, porém, percebe-se que na maioria deles, a questão da saúde mental daquelas pessoas faz parte mais da legislação criminal do que da legislação de saúde mental (OMS, 2005).

O avanço trazido pela Lei nº 10.216/2001 é notável, porém, ainda há muito o que fazer, sobretudo no que se refere às pessoas internadas nos HCTP. Esta lei não excepciona do seu texto as pessoas com transtornos mentais autoras de delito, portanto, não existe uma razão para excluí-las da sua aplicação, em conformidade com o seu art. 1º, que determina que os direitos ali previstos devem ser garantidos “sem qualquer forma de discriminação”.

Embora essa lei não mencione explicitamente a circunstância de internação na eventualidade de autoria de delito por pessoa com transtorno mental, trata da internação compulsória em geral, ou seja, quando for judicialmente determinada. De acordo com a norma, independentemente das circunstâncias que precipitaram a internação psiquiátrica, esta deve se configurar como um recurso terapêutico compromissado com a reintegração social dos internos. Neste compromisso situa-se a garantia do direito à saúde de toda pessoa com transtorno mental. No caso particular daquela autora de delito, 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. Ademais, a penalização legal da pessoa com transtorno mental autora de delito deve observar o princípio da definição temporal da pena, cujo final implica na reinserção do apenado ao convívio familiar e comunitário.

Ribeiro (1999, p. 83) fala sobre a importância das transformações resultantes do movimento de Reforma Psiquiátrica para o contexto da saúde pública e explica que isso é reflexo das mudanças “[...] no pensar e sentir da sociedade como um todo e dos profissionais de saúde mental em particular no tocante à humanização do atendimento ao doente, na valorização de seus direitos, na melhoria da prestação dos serviços, no desaprisionamento do paciente psiquiátrico.” E isso deve ser considerado para uma eficaz assistência à saúde das pessoas que estão internadas nos HCTP, oferecendo um tratamento baseado nos princípios da Lei nº 10.216/2001.

Nesse sentido, no Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, realizado no ano de 2002, foram formuladas diversas propostas, e, dentre elas, estava aquela relativa aos direitos dos “usuários dos serviços de assistência psiquiátrica privados de liberdade”. No relatório desse Seminário consta que a Reforma Psiquiátrica deve ser “norteadora das práticas das instituições forenses” e que as questões que envolvem o Manicômio Judiciário devem ser discutidas com as diversas áreas envolvidas (legislativa, previdenciária, saúde mental, direitos humanos e outras), “com o objetivo de buscar formas de garantir o direito do portador de transtorno mental infrator à responsabilidade, à reinserção social e a uma assistência dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica” (BRASIL, 2002a, p. 42). Isso pode ser verificado na Resolução nº 5, de 04 de maio de 2004, aprovada pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, que estabelece as diretrizes para a adequação das medidas de segurança às disposições da Lei nº 10.216/2001.

Importante situar, também, a realização, em 2004, do Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, que reafirmou a natureza dos CAPS como “serviços estratégicos para o tratamento e reintegração social do louco infrator.” (BRASIL, 2007, p. 49).

A partir de uma nova concepção da doença mental e da situação em que vivem as pessoas internadas, argumenta-se sobre a pertinência, tanto para a pessoa com transtorno mental autora de delito quanto para a própria sociedade, não ser aquela considerada irresponsável. Para Quinet (2001, p. 175), “Não é porque há forclusão da lei simbólica no psicótico que ele não deve ser julgado pela lei dos homens. Ressituá-lo a partir da lei dos homens é também uma maneira de humanizá-lo e considerá-lo sujeito do desejo e do direito.”

A possibilidade da responsabilização criminal das pessoas com transtorno mental autoras de delito é um debate que compreende o princípio da igualdade como elemento fundamental. Esse princípio, de natureza jus-filosófica, integra a dimensão da unicidade e da singularidade de cada pessoa, sem perder de vista a sua dignidade (SICHES, 1986). Enquanto pessoa autora de ato delituoso, este agente estaria passível à mesma responsabilização daqueles em situação similar, no entanto, a condição específica de pessoa com transtorno mental lhe confere o direito a uma assistência especializada.

Nas palavras de Barros (2003, p. 129), “A igualdade somente pode colocar-se no campo jurídico quando o sujeito é convocado a responder pelo seu ato no tecido social e inserir a singularidade de seu texto ao responder pelos princípios universais que orientam a convivência na cidade.” Para essa autora, a medida jurídica somente atingirá seu fim público se for criada a partir de um projeto que contemple a singularidade de cada caso, a partir de princípios universais. E acrescenta que “[...] nos casos dos loucos infratores, veremos que o projeto da modernidade não foi capaz de estender a palavra a todos e condenou-os ao sepulcro do silêncio... mortos em vida, pois sua palavra foi considerada sem sentido e sem valor.”

Afirma-se, portanto, a necessidade de que essas pessoas respondam pelos seus atos, conjugando responsabilidade com o direito à saúde, compreendido, *in casu*, enquanto direito à assistência em uma rede de atenção em saúde mental. A responsabilização não implica desassistência, devendo-se observar as novas diretrizes nacionais no âmbito do sistema penitenciário, a exemplo do atual Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, garantindo-se ao *louco* infrator o acesso à rede de saúde como a qualquer cidadão, em conformidade com o Princípio da Igualdade.

## **2. Acesso aos direitos humanos dos internos no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia: estudo de caso**

Optou-se pelo estudo de caso porque apresenta-se como uma estratégia de pesquisa abrangente (YIN, 2005), e, como afirma Martins (2006, p. 9), “Mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado, o Estudo de Caso possibilita a penetração em uma realidade social, não conseguida plenamente por um levantamento amostral e avaliação exclusivamente quantitativa”. Para este autor, no estudo de caso, as análises e reflexões estão presentes durante os vários estágios da pesquisa e, para se atingir os propósitos do estudo, a fase crucial é a seleção dos aspectos mais relevantes, que corresponde à “determinação do recorte” (MARTINS, 2006).

Com o estudo de caso, pretendeu-se compreender a realidade atual de uma instituição manicomial judiciária, observando o seu cotidiano e examinando alguns documentos, coletados durante a pesquisa de campo, para compor o corpus de análise.

## 2.1. Estratégia e técnicas da pesquisa

A estratégia da pesquisa consistiu em um estudo de caso sobre a garantia dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais autoras de delito internadas em uma instituição manicomial judiciária localizada em uma capital da região Nordeste do Brasil: o Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia (HCT-BA). Selecionou-se este HCTP para a análise porque é uma instituição asilar conhecida nacionalmente pelas diversas violações de direitos humanos ali cometidas contra as pessoas internadas (CARAVANA NACIONAL, 2000; COMISSÃO NACIONAL, 2004; BRASIL, 2004c) e, ainda, tendo em vista o contato da autora com aquela realidade quando ali realizou estágio por dois anos através do Patronato de Presos e Egressos da Bahia, no período de 1998 a 2000.

De acordo com Minayo (2006, p. 13), a saúde é um campo fértil para pesquisas qualitativas e multidisciplinares, tendo em vista que

a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social. [...] a sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber técnico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e da clientela dos sistemas de saúde. Dentro desse caráter peculiar está a sua abrangência multidisciplinar e estratégica. Isto é, o reconhecimento de que o campo da saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados [...].

Diante dos objetivos do trabalho, foi realizada uma avaliação qualitativa, a qual é caracterizada pela “descrição, compreensão e interpretação de fatos e fenômenos, em contrapartida à avaliação quantitativa, denominada pesquisa quantitativa, onde predominam mensurações” (MARTINS, 2006, p. xi). Nesta perspectiva, a pesquisa foi feita para além dos dados estatísticos, considerando o universo de significações, aspirações e atitudes inerentes ao

objeto de estudo. Assim, optou-se por uma pesquisa qualitativa como caminho apropriado para analisar a garantia dos direitos humanos das pessoas internadas no HCT-BA.

Buscou-se, ao longo da investigação, reunir informações para abranger a totalidade da instituição utilizando, para tal, diferentes técnicas de coleta de dados, divididas em fases que ocorreram de forma simultânea e complementar. Dada a complexidade da instituição estudada, a análise empreendida neste trabalho constituiu-se em um recorte, não pretendendo a apreensão de sua totalidade.

A primeira fase da pesquisa consistiu na coleta de dados acerca do histórico da instituição, sendo esta realizada na Biblioteca do Conselho Penitenciário do Estado da Bahia, no Arquivo Público do Estado da Bahia e no próprio HCT-BA, bem como nos sítios eletrônicos da Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Estado da Bahia (SJCDH) e do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça (DEPEN-MJ).

A segunda fase da pesquisa consistiu em fazer os primeiros contatos com a direção e com alguns profissionais do HCT-BA para obter algumas informações preliminares sobre o cotidiano da instituição e para agendar as visitas para a observação e para as entrevistas. As visitas ocorreram nos meses de junho a setembro de 2007.

A terceira fase da pesquisa consistiu nas visitas ao HCT-BA, uma vez por semana, durante o período de quatro meses, para a coleta de dados através de documentos da instituição, entrevistas abertas com alguns funcionários e observação direta do seu cotidiano, buscando uma maior compreensão da realidade desta instituição e subsidiar uma análise do seu funcionamento.

A quarta fase da pesquisa consistiu na coleta de dados na Vara de Execuções de Penas e Medidas Alternativas (VEPMA), na Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Estado da Bahia (SJCDH) e na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Os documentos coletados e analisados foram: o Relatório Final do Censo Clínico e Psicossocial

da População de Pacientes Internados no HCT-BA (realizado em 2003 e publicado em 2004); o Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário da Bahia, de maio de 2004; o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) referente àquela instituição, firmado pelo Ministério Público do Estado da Bahia (MPE), pela SJCDH e pela SESAB em dezembro de 2004; as Portarias de nº 01/03 e 02/03, expedidas pelo Juiz da VEPMA; e o Provimento Nº CGJ-14/2007, da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Bahia.

Delimitou-se como unidade de análise do estudo de caso a instituição manicomial judiciária: como ela foi constituída, como está estruturada e o seu funcionamento atual. Buscou-se obter, através dos documentos selecionados e da observação direta, o discurso institucional do HCT-BA para analisar a garantia dos direitos humanos das pessoas ali internadas. Para identificar e analisar a prática institucional foram registrados os conteúdos de listas de internos e de funcionários, bem como do Relatório do Censo Clínico e Psicossocial, do Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário da Bahia<sup>5</sup> e do TAC do MPE, sendo considerados os seguintes dados: número de pessoas internadas, causa de internação, tempo de internação, número de profissionais e áreas técnicas, além das características físicas do prédio onde está situado o HCT-BA. Os dados obtidos foram descritos e analisados qualitativamente em consonância com o referencial teórico adotado.

No HCT-BA, os dados da pesquisa foram coletados da seguinte forma: em uma lista fornecida pela Coordenação de Registro e Controle (CRC), contendo a totalidade das pessoas internadas na instituição; em uma lista fornecida pelo Setor de Recursos Humanos, contendo o número de profissionais que ali trabalham, por área de atuação; através de observação direta e entrevistas abertas com informantes-chave, com registro em diário de campo.

As entrevistas foram realizadas em torno do funcionamento do HCT-BA, com o consentimento das pessoas entrevistadas, conforme ofício de solicitação encaminhado pelo

---

<sup>5</sup> Este Plano faz referência ao Relatório do Grupo de Trabalho Interinstitucional (nomeado pela Portaria Interestadual nº 879, de 28 de maio de 2003), finalizado em abril de 2004, sobre o diagnóstico situacional do HCT-BA.

Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba e autorização conferida pelo diretor daquela instituição para a pesquisa de campo.

A observação voltou-se, predominantemente, para os elementos do cotidiano da instituição, relacionados com os objetivos do estudo. Realizou-se também observação das características físicas e espaciais da instituição (alas, quartos, enfermarias, salas de atendimento, refeitório e pátio). De acordo com Martins (2006, p. 23-4), “A Observação, ao mesmo tempo em que permite a coleta de dados, envolve a percepção sensorial do observador, distinguindo-se enquanto prática científica, da observação da rotina diária.” Através da observação, buscou-se apreender o *discurso interno da instituição*, a sua organização, os seus dispositivos arquitetônicos e normas. Os dados foram registrados em diário de campo.

O estudo de caso buscou analisar a constituição e afirmação do HCT-BA até o mês de setembro de 2007, examinando os dados atuais em face dos dados do Relatório do Censo Clínico e Psicossocial, do Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário e do TAC do MPE, todos de 2004. Pretendeu-se examinar os avanços e os impasses na garantia dos direitos humanos dos internos do HCT-BA, construindo-se uma análise sobre a promoção desses direitos naquela instituição, utilizando-se também da legislação pertinente e de outros documentos referentes ao objeto de estudo.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em duas partes. Na primeira, contextualiza-se o HCT-BA, resgatando a sua constituição histórica até os dias atuais. Na segunda parte, procede-se à descrição e análise dos dados coletados na sua ordem cronológica.

## **2.2. Contextualização do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia**

Conforme já sinalizado anteriormente, de acordo com o Quadro Geral de Estabelecimentos Penais por Estado, atualizado pelo Ministério da Justiça (Departamento Penitenciário Nacional), através do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen, no mês de março de 2007, existem no Brasil 28 HCTP, distribuídos em 17 Estados<sup>6</sup>. Dentre estes, figura o Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia (HCT-BA), antigo Manicômio Judiciário da Bahia. Trata-se de um estabelecimento prisional de porte médio, vinculado à Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SJCDH), através da Superintendência de Assuntos Penais (SAP), destinado ao cumprimento de medidas de segurança de internação, bem como à internação provisória para a realização de perícia, tanto para mulheres quanto para homens com transtornos mentais autores de delito.

De acordo com o organograma atual das unidades prisionais do Estado da Bahia disponível no sítio eletrônico da SJCDH<sup>7</sup>, corroborando a previsão do artigo 11 do Decreto nº 9.665, de 21 de novembro de 2005, que aprova a organização estrutural e funcional da SAP, o HCT-BA:

Recebe, sob regime de internação e por determinação judicial para perícia, custódia e tratamento, indiciados, processados e sentenciados, suspeitos ou comprovadamente portadores de doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado, em regime fechado e com segurança máxima.

Para compreender o caráter desta instituição, faz-se necessária a reconstrução da sua história ao longo do tempo, o que foi realizado a partir dos documentos coletados durante a fase exploratória e a pesquisa de campo.

---

<sup>6</sup> Informação obtida no mês de setembro de 2007, através do sítio eletrônico:

<<http://www.mj.gov.br/cnpcp/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDF00F0E4AC9A0494DA41E7E8122CF5BFFPTBRIE.htm>> Acesso em: 30 set. 2007.

<sup>7</sup> Ver em Superintendência de Assuntos Penais. Disponível em:

<[http://www.sjcdh.ba.gov.br/sap/unidades\\_prisionais.htm#HOSPITAL\\_DE\\_CUSTÓDIA\\_E\\_TRATAMENTO](http://www.sjcdh.ba.gov.br/sap/unidades_prisionais.htm#HOSPITAL_DE_CUSTÓDIA_E_TRATAMENTO)> Acesso em: 20 set. 2007.

O Manicômio Judiciário da Bahia foi criado pela Lei nº 2.070, de 23 de maio de 1928, diretamente subordinado à Secretaria de Polícia e Segurança Pública, durante a gestão do Governador do Estado Vital Henrique Baptista Soares (gestão 1928-1930), a qual tinha como Secretário o Dr. Bernardino Madureira de Pinho (SAMPAIO, 1938). À época, os *doentes mentais delinquentes* tinham dois destinos: ou eram encaminhados para o Pavilhão Manoel Vitorino do Asilo São João de Deus (que em 1936 passou a se chamar Hospital Juliano Moreira), conhecido como o pior pavilhão do asilo por causa das precárias condições sanitárias (PERES, 1997), ou eram recolhidos à penitenciária do Estado.

Faz-se necessário registrar os antecedentes da citada Lei nº 2.070 de 23 de maio de 1928. O assassinato de um interno numa das alas do Asilo São João de Deus, em dezembro de 1927, onde já se constatava a superlotação, acirra a discussão entre psiquiatras e juristas sobre a relevância da criação de um Manicômio Judiciário no Estado (PERES, 1997).

Aqueles que defendiam a criação de tal instituição, como Arthur Ramos, fundamentavam-se no pensamento da Escola Positiva do Direito Penal, que pontuava a importância de um instituto especializado na clínica da criminalidade, um núcleo de observação, um lugar de produção de saber sobre as causas da criminalidade e da periculosidade (PERES, 1997). Por outro lado, pessoas como o psiquiatra Mário Leal, diretor do Asilo São João de Deus, se posicionavam contra a criação de um Manicômio Judiciário, afirmando que era incongruente o Estado não amparar os alienados que se encontravam recolhidos no Asilo e, ainda, investir na construção de um outro espaço para acomodar os *alienados perigosos* (PERES, 1997), considerando os manicômios judiciários inúteis, desnecessários e anti-científicos, bastando apenas a criação de “pavilhões especiais para alienados perigosos” (RAMOS, 1937, p. 173).

Em 1928, o Governador Vital Soares encaminhou à Assembléia Legislativa o projeto de lei que criava o Manicômio Judiciário, o qual foi aprovado por unanimidade. Segundo

Arthur Ramos (1937, p. 178), a criação daquela instituição era uma necessidade, alegando que a “velha ‘casa forte’ do Hospício de Brotas” já não comportava os “pobres irresponsáveis delinquentes”, sendo um perigo mantê-los ali amontoados. Sobre a mencionada “casa-forte”, Jacobina (1982, p. 59, 63) informa que ela era o “lugar destinado aos loucos furiosos e agitados”, podendo ser considerada “o embrião do Manicômio Judiciário, ramo da fração repressiva do ACP [Aparelho de Cuidado Psiquiátrico] que posteriormente viria a se constituir numa instituição separada do asilo”.

No seu relatório sobre o “exercício de 1928” apresentado ao Governador do Estado, publicado em 1930, o Secretário de Polícia e Segurança Pública, Dr. Bernardino Madureira de Pinho, refere-se à construção do Manicômio Judiciário como uma medida inadiável, afirmando que “No grau de aperfeiçoamento a que atingimos não temos o direito de condennar as populações penitenciárias ao contacto dos alienados que por sua vez se anniquillam e perdem na convivencia do presidio”. Ele chega a afirmar que para os “alienados criminosos ‘não ha lugar nos asylos, nem nas prisões’”, mas que do ponto de vista da justiça penal, há maiores vantagens no segregamento do paciente em estabelecimento específico, “onde se possa observar, consciente e verazmente, cada caso concreto.” (PINHO, 1930, p. 77).

Para corroborar a sua tese, Madureira de Pinho (1930, p. 78) cita uma entrevista do Professor Estacio de Lima, na qual afirma:

O Manicomio terá seus fins humanissimos como internar, para observação scientifica e isolamento e regorosa vigilancia, os sentenciados ‘que apresentarem symptomas de mormidez mental’; os detentos, antes da condemnação, ou digamos, os accusados suspeitos de insanidade mental e os individuos a que se refere o art. 29 (in fine), doCodigo Penal.

De acordo com o referido Professor, tal instituição não deveria ser um cárcere e nem “terá a organização clínica da casa ordinaria dos loucos...”, devendo estar subordinada à Secretaria da Policia e Segurança Publica (PINHO, 1930, p. 79). O Relatório apresenta

também um projeto para a construção do Manicômio Judiciário, contendo planta, estrutura e orçamento, e informa a aquisição de um terreno vizinho à Penitenciária do Estado para esse fim (PINHO, 1930). O fato é que mesmo com o terreno comprado, o Manicômio não foi construído, por causa da Revolução de 1930, marco do fim da República Velha e início do regime ditatorial do Estado Novo, tendo sido o processo de construção embargado.

Conforme pontua Peres (1997, p. 106):

apesar do movimento em prol da construção do Manicômio Judiciário ter surgido no meio médico, como uma tentativa de legitimar e especificar sua estratégia, medicalizando o espaço asilar, o Manicômio Judiciário é colocado, aqui, não como parte ou como uma reforma da assistência psiquiátrica, mas como parte do sistema carcerário e no âmbito de reformas penitenciárias, pelos próprios médicos que o defendiam. Dessa maneira, o manicômio baiano forma-se como uma instituição mais penitenciária do que médica e os loucos-criminosos, que, na figura dos monomaníacos, serviram para mostrar a necessidade da estratégia alienista, tornam-se inespecíficos para o meio médico e dele são retirados.

Quase dez anos depois da promulgação da Lei nº 2.070/1928, o Manicômio Judiciário da Bahia ainda não havia sido construído, e um relatório intitulado “Vida Penitenciária Bahiana no ano de 1938” o coloca como o “de mais premente necessidade”. O referido documento registra os primeiros passos adotados para a construção de tal instituição e expõe a preocupação dos gestores à época (SAMPAIO, 1938, p. 43):

Ultimamente antes do ato do dia 6 de fevereiro, o assunto vinha surgindo novamente ao cenário da discussão, no seio do Conselho Penitenciário, sendo a sua urgência encarecida particularmente por aqueles que, pela contingência da sua missão a desejam mais de perto: o digno Diretor do Hospital Juliano Moreira, e o signatário das presentes considerações. É que sentimos os dois o quanto representa em espinhos para nós a situação atual da assistência a alienados criminosos e criminosos alienados, na Bahia. Lá, por que não se compreende “uma prisão dentro de uma enfermaria”, aqui, porque, jamais teremos uma disciplina carcerária sem expurgar o ambiente prisional daqueles que, por estado, ou constituição, nele não devem permanecer.

Assim, resta confirmado o caráter ambíguo da instituição manicomial judiciária, que já se apresentava desde a sua constituição, como está retratado nos documentos acima citados, e neste último especificamente, que salienta a possibilidade de se discutir outros aspectos que a

questão comporta: “o da sua subordinação si à Secretaria da Justiça ou à Secretaria da Saúde Pública; si deve ficar como ramo da assistência a psicopatas, anexo ao manicômio comum, ou organizar-se como anexo penitenciário, ou ter organização autônoma.” (SAMPAIO, 1938, p. 43). Para o autor desse relatório, Nelson de Souza Sampaio, era indiscutível a necessidade do Manicômio Judiciário no Estado, que, a partir do Decreto nº 11.214, de 6 de fevereiro de 1939, passa a integrar o sistema penitenciário do Estado.

O mencionado Decreto é promulgado por força da atuação de Landulpho Alves, Interventor Federal no Estado da Bahia, como uma medida para reorganizar o “serviço penitenciário do Estado”. Este interventor encaminha relatório ao Dr. Lemos Britto, e dentre outras questões acerca das unidades penitenciárias, sugere que o Manicômio Judiciário seja construído ao lado do “Hospital de Alienados da Bôa Vista” (o Hospital Juliano Moreira), considerando “o critério seguido por São Paulo”, para não perder o seu caráter de hospital<sup>8</sup>. Porém, enquanto o prédio não era construído, os *loucos criminosos* continuavam sendo recolhidos ao Pavilhão Manoel Vitorino do Hospital Juliano Moreira, onde eram realizadas as perícias e os mesmos eram custodiados.

No Governo de Lomanto Júnior (gestão 1964-1967), após a reforma administrativa por ele empreendida em 1966, o Manicômio Judiciário (ainda enquanto um setor de recolhimento dos *loucos criminosos*) passou a funcionar em outra dependência do Hospital Juliano Moreira, no Pavilhão Vítor Soares. Esta transferência ocorreu no dia 07 de abril de 1967, último dia daquele governo, passando o Manicômio Judiciário a pertencer à Secretaria de Justiça, que fez um convênio com a Fundação Hospitalar do Estado da Bahia, à qual estava vinculado o Hospital Juliano Moreira, para manter o Manicômio<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Conforme ofício contendo relatório datado de 6 de fevereiro de 1939, encontrado na Biblioteca do Conselho Penitenciário da Bahia.

<sup>9</sup> Dados coletados num documento do Departamento de Assuntos Penais da Secretaria de Justiça, datado de 08 de julho de 1987, denominado: “DADOS INFORMATIVOS SOBRE O MANICÔMIO JUDICIÁRIO”.

De acordo com a Lei nº 2.321, de 11 de abril de 1966, que estabeleceu as diretrizes para a reforma administrativa, ao Manicômio Judiciário eram atribuídos “a custódia e o tratamento de psicopatas causadores de danos sociais, conforme decisão da Justiça Criminal.” Ele estava submetido ao Departamento de Assuntos Penais (DAP), órgão integrante da mencionada Secretaria de Justiça, responsável pela administração do sistema penitenciário do Estado.

O Manicômio Judiciário foi transferido no dia 20 de agosto de 1973 para um prédio localizado na Baixa do Fiscal, onde funcionou a primeira penitenciária do Estado, quando era Governador da Bahia, Antônio Carlos Magalhães.

Após alguns anos, tal instituição passa por novas reformulações, e em 1988, suas finalidades são redefinidas, conforme se verifica no art. 5º do Decreto nº 1.899, de 7 de novembro daquele ano: “(...) receber sob regime de internação e por determinação judicial, para perícia, custódia e tratamento, indiciados, processados e sentenciados, suspeitos ou comprovadamente portadores de doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado” (PERES, 1996, p. 108-9). As mudanças continuaram nos anos que se seguiram e, com a Lei nº 6.074 de 22 de maio de 1991, o Manicômio Judiciário passa a ser denominado Hospital de Custódia e Tratamento (HCT), sendo reestruturado mais uma vez a partir do Decreto Estadual nº 2.785, de 20 de janeiro de 1994, com uma reformulação administrativa interna. O HCT-BA passou a contar com cinco seções: Apoio Administrativo; Segurança; Atendimento à Saúde; Registro, Controle e Arquivo; e Enfermagem (PERES, 1997).

Atualmente, o HCT-BA continua funcionando no mesmo prédio, e possui na sua estrutura física um pavilhão administrativo, o prédio principal e uma extensão onde funciona o refeitório, a lavanderia e a sala das oficinas terapêuticas. Com capacidade para 280 internos (BAHIA, 2007), o prédio é dividido em cinco alas, sendo uma feminina. As alas são

gradeadas na sua entrada e possuem uma enfermaria cada uma e um banheiro coletivo, tendo os quartos abertos, com diversos leitos e as janelas gradeadas.

A rotina da instituição obedece a um regime prisional com horários preestabelecidos para refeições, banhos de sol, acordar, dormir e tomar medicação, confirmando, assim, o seu caráter de instituição total. São realizadas algumas atividades ocupacionais e terapêuticas com os internos, porém, a grande maioria passa a maior parte do tempo ociosa, sob efeito de medicação, deitados ou perambulando pelo pátio ou no campo de futebol. Os agentes penitenciários conduzem a rotina e a contagem dos internos, garantindo a ordem do local.

Os quartos individuais foram desativados e transformados em quartos coletivos para as pessoas ali internadas. Antes dessa mudança, que é recente, eles tinham a função de isolamento para as pessoas recém chegadas e de punição para aquelas consideradas “desajustadas”, possuindo apenas um fosso no chão, sem água e com uma única entrada de ar e luz através de uma pequena escotilha na porta de ferro. Embora estes quartos individuais tenham sido desativados, atualmente, a punição ocorre através da contenção física: os internos considerados “agitados” são amarrados com tiras de tecido a um leito que é colocado em frente à enfermaria.

Atualmente, o HCT-BA funciona com seis coordenações: Coordenação de Segurança, Coordenação Administrativa, Coordenação de Registro e Controle, Coordenação de Atendimento à Saúde, Coordenação de Atividades Educacionais, Laborativas e Sócio-Terapêuticas e Coordenação Médica. As atribuições das cinco primeiras Coordenações estão previstas no artigo 11 do Decreto nº 9.665, de 21 de novembro de 2005 (BAHIA, 2005). Quanto à última, ela foi criada no ano de 2006, sendo responsável pelas perícias e pelo encaminhamento dos internos para realização de exames complementares. A Coordenação de Atendimento à Saúde conta com os seguintes setores: Coordenação de Enfermagem, Serviço Social, Nutrição e Farmácia, além do atendimento odontológico. Cabe ressaltar que, embora

exista um organograma de funcionamento do HCT-BA, este está sendo reformulado desde o ano de 2006.

No seu quadro de pessoal, conta com 234 funcionários (231 na ativa), acrescidos de outros que trabalham nos serviços terceirizados de limpeza e de alimentação da unidade. Desse total, 91 são agentes penitenciários e os outros são divididos em auxiliares de enfermagem (46), auxiliares administrativos (31), médicos psiquiatras (16), médicos clínicos (03), enfermeiras (09), farmacêutica (01), nutricionista (01), odontólogo (01), motoristas (12), técnicos administrativos (03), psicólogos (04), assistentes sociais (05), técnico em nível superior (01), terapeutas ocupacionais (02) e outros cargos comissionados (08)<sup>10</sup>.

Quanto ao número de pessoas internadas na instituição, tomando como base uma lista fornecida pela Coordenação de Registro e Controle (CRC) do HCT-BA, atualizada para o mês de agosto de 2007<sup>11</sup>, constavam, naquele momento, 145 pessoas. Destas, 136 são homens e 9 são mulheres. Deste total, 101 são oriundas do interior do Estado e 44 são encaminhadas pela Comarca de Salvador. A situação destas é diversa: a maior parte cumpre medida de segurança por determinação judicial (47); outra faz o laudo de insanidade mental por suspeita de cometimento de delito sem capacidade de autodeterminação (44); e uma outra parte já realizou o laudo e aguarda a sentença judicial (20); algumas já possuem carta de desinternação (08) e alvará de soltura (02), e outros são considerados pessoas com “problema social”, pois perderam os vínculos sociofamiliares (07). Além disso, existem os internos que sofreram algum tipo de transtorno de ordem psicológica-psiquiátrica enquanto cumpriam sua pena em estabelecimento penitenciário diverso (superveniência de doença mental), e, por isso são encaminhados ao HCT para tratamento (17).

Observa-se, ainda, um número significativo de reinternamentos no HCT: as pessoas com mais de uma internação após o mês de abril de 2001 (quando é promulgada a Lei de

---

<sup>10</sup> Conforme documento fornecido pelo setor de recursos humanos do HCT-BA no mês de agosto de 2007.

<sup>11</sup> De acordo com a relação de pacientes internados no HCT-BA referente ao mês de agosto de 2007.

Reforma Psiquiátrica brasileira), somam 48, das quais, 06 fazem parte do grupo de pessoas encaminhadas para tratamento (superveniência de doença mental), 32 cumprem medida de segurança, 05 aguardam realização do laudo de insanidade mental, 04 já realizaram o laudo e aguardam a sentença judicial e 01 já possui carta de desinternação. Vale ressaltar que dentre estes casos de reinternação, 09 possuem duas reinternações e 04 possuem três ou mais reinternações.

Isso pode evidenciar a falta de acesso dessas pessoas aos serviços de atenção à saúde mental e a ausência do apoio sociofamiliar necessário para a sua reinserção social, o que confirma a dupla exclusão e a quebra do liame familiar-comunitário (COSTA, 2003) promovidas pela internação num HCTP.

### **2.3. Mudanças e permanências no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia**

A análise dos dados obtidos foi feita tomando como base a noção de Minayo sobre a análise de conteúdo. Sendo assim, buscou-se a “interpretação cifrada do material de caráter qualitativo”. Para Minayo (2006, p. 308), a “análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material”. Portanto, a presente análise relaciona o contexto da instituição estudada, a partir da observação e dos documentos coletados, com o referencial teórico adotado.

Com capacidade para 280 internos (BAHIA, 2007), no mês de agosto de 2007, o HCT-BA contava com 145 pessoas, conforme explicitado acima. De acordo com os profissionais que ali trabalham, o número de funcionários é deficitário para o cuidado

daquelas pessoas, apesar das mudanças implementadas, também referentes ao quadro de pessoal, nos últimos dois anos.

Cabe registrar que as mudanças percebidas na instituição se devem, em parte, ao ocorrido no ano de 2003, quando o HCT-BA estava com quase o dobro de sua capacidade de ocupação e morreram 19 internos por diversas causas (dentre elas, espancamento, tuberculose e septicemia) somente de janeiro a outubro daquele ano (BRASIL, 2004c). Estes e outros fatos ensejaram denúncias pela imprensa, pelo Ministério Público Estadual e por organizações da sociedade com a intenção de dar visibilidade àquela situação e encontrar soluções.

Assim é que naquele ano, obedecendo a uma determinação dos Ministérios da Saúde e da Justiça, da SJCDH e da SESAB, foi realizado o “Censo Clínico e Psicossocial da População de Pacientes Internados no Hospital de Custódia e Tratamento do Estado da Bahia”, que produziu relatório no qual constam as seguintes observações, relevantes para estudar a situação atual do HCT-BA (BRASIL, 2004c):

Encontrou-se um hospital deteriorado, sem as mínimas condições de funcionamento no que tange a estrutura física (portas e vidros quebrados, paredes e chão sujos), um odor fétido sugestivo de condições sanitárias precárias. As portas e vidros quebrados questionavam, na prática, até mesmo a função disciplinar de presídio que lhe é atribuída, sendo um lugar inseguro, vazio e insalubre. [...] Com um projeto terapêutico apenas esboçado por alguns profissionais da equipe, mas não operacionalizado como um todo na instituição (não existe projeto terapêutico, portanto), prevalecem normas disciplinares e restritivas, recursos humanos escassos e submetidos a condições de trabalho aviltantes e internos desassistidos.

Quanto ao quadro de pessoal, o referido relatório registra um total de 207 funcionários (BRASIL, 2004c): auxiliares de enfermagem (42), auxiliares administrativos (31), médicos psiquiatras e médicos clínicos (24), enfermeiras (11), farmacêutico (01), nutricionista (01), odontólogo (01), motoristas (08), técnicos administrativos (03), psicólogos (04), assistentes sociais (03), técnico em nível superior (01), terapeuta ocupacional (01) e agentes penitenciários (76).

Assim, observa-se que do ano de 2003 para o ano de 2007, houve um incremento no número de funcionários, passando de 207 para 234. Porém, esse aumento não é proporcional para todas as áreas, ou para aquelas consideradas mais necessárias, como a dos profissionais de saúde. Enquanto algumas áreas mantiveram o mesmo número (como Farmacêutico, Nutricionista e Odontólogo), outras diminuíram, como é o caso dos médicos (somados os psiquiatras e clínicos) que reduziu de 24 para 19, e das enfermeiras, que diminuiu de 11 para 9. Quanto às áreas que tiveram um aumento, citam-se os profissionais de Serviço Social e de Terapia Ocupacional, que tiveram mais 1 profissional contratado para cada uma destas áreas; o grupo de motoristas e o de auxiliares de enfermagem, que foram acrescidos em mais 4 pessoas, cada; e, por fim, o grupo que teve um aumento significativo: o dos agentes penitenciários, que passa de 76 para 91.

Dentre os problemas do HCT, o relatório cita: insuficiência de pessoal de apoio, alojamentos não arejados, colchões fétidos, inexistência de armários ou compartimentos para que os internos pudessem guardar os seus pertences, a existência dos quartos de isolamento, péssimas condições de higiene, escassez de medicamentos, insuficiência de material para higiene, falta de água, banheiros em péssimo estado de conservação, refeitórios em precárias condições de higiene e falta de uma equipe de profissionais em número e habilitação adequados. Quanto às atividades destinadas aos internos, informa que “o ócio é a tônica instituição” e constata uma baixa frequência de atendimento clínico-psiquiátrico e de assistência social, “somando-se ainda uma carente abordagem psicológica e de terapia ocupacional” (BRASIL, 2004c, p. 43). Ressalta também um problema quanto aos internos que recebem alta e retornam à porta do HCT porque foram rejeitados pelos familiares: eles ficam próximos ao prédio da unidade pedindo esmolas.

O Censo informa que o Ministério Público do Estado da Bahia (MPE) instaurou um Inquérito Civil (nº 04/2003) em 25 de fevereiro de 2003, para apurar as condições de

internamento de pacientes no HCT-BA (BRASIL, 2004c; BAHIA, 2004a). De acordo com o relatório do Censo realizado em 2003, o MPE realizou um censo jurídico para analisar a situação legal e jurídica das pessoas ali internadas. Neste relatório, consta que o MPE passou a receber da direção do HCT listas atualizadas dos internos com sua situação processual, e, verificando as mais diversas irregularidades, encaminhou ofício a cada Promotor de Justiça da área criminal no Estado solicitando providências no sentido de agilizar os processos dos internos para regularizar a situação destes. Esta ação permitiu que alguns internos retornassem às suas comarcas de origem, tendo em vista que os Promotores começaram a responder aos ofícios, informando a sua atuação em cada caso com aquele objetivo.

Embora esse relatório tenha apontado que dos 338 internos à época entrevistados, 141 tiveram indicação de alta e acompanhamento em CAPS e 66 indicação de encaminhamento para residências terapêuticas (BRASIL, 2004c), em nenhum dos documentos coletados há registros sobre o destino daquelas pessoas. O fato de terem obtido a possibilidade de desinternação não significa que aquelas que saíram foram realmente inseridas nos CAPS ou em outros serviços substitutivos.

Nesse momento, vale acrescentar as Portarias de nº 01/03 e 02/03, expedidas pelo Juiz da Vara de Execuções de Penas e Medidas Alternativas (VEPMA), com o intuito de diminuir o número de internos no HCT-BA. A Portaria Nº 01/03, de 28 de abril de 2003, determina “a desinternação e retorno às comarcas de origem de todos o internos encaminhados para exames, que estiverem com os respectivos laudos concluídos.” Para esta determinação, o juiz considerou: “o elevado número de pacientes vindos das diversas Comarcas, internados no HCT com Exames de Insanidade Mental concluídos e que já deveriam ter voltado a origem, mas que sem qualquer justificativa de cunho legal continuam superlotando o Manicômio Judiciário”; que “tal situação fere os princípios constitucionais, contraria as lições norteadoras da psiquiatria e só tem contribuído para a vertiginosa superlotação, trazendo transtornos de

toda ordem para aquele estabelecimento de recuperação”; que “ao paciente submetido a Exame de Insanidade Mental, por força de processo Criminal é também assegurado o princípio da presunção de inocência e sua segregação, além do permissivo legal, mesmo em hospital para fins de exame, configura ilegalidade.” (BAHIA, 2003a). A outra Portaria, a de Nº 02/03, expedida no dia 30 de abril de 2003, determina que “logo após a conclusão do exame de insanidade mental do interno, deverá o mesmo ser imediatamente encaminhado ao Juízo de origem com o respectivo laudo.”, considerando que o HCT estava com sua capacidade de atendimento superada, “ocasionando superlotação e inviabilizando atendimento normal aos seus pacientes” (BAHIA, 2003b).

De fato, o número de internos naquela instituição diminuiu: em junho de 2003 eram 373, em outubro de 2003 somavam 338 (BRASIL, 2004c) e em agosto de 2007, o HCT-BA contava com 145 pessoas internadas. Porém, excetuando-se os 19 internos que faleceram no período de janeiro a outubro de 2003, não há registros sobre o destino dos demais. Essa é uma questão importante: qual foi o encaminhamento dado a essas pessoas? Elas estão sendo assistidas nos serviços de saúde mental existentes em Salvador e no interior do Estado da Bahia? Como tem funcionado tais serviços no atendimento aos egressos do HCT-BA? São perguntas que extrapolam o escopo da presente pesquisa, porém, devem ser norteadoras para o que se deseja em relação a um novo modelo de atenção à saúde mental às pessoas com transtorno mental autoras de delito: a sua reinserção social deve ser assistida pelo Estado em conformidade com a legislação e mecanismos já analisados no capítulo anterior, especificamente, a Lei de Execução Penal, o SUS, o Programa de Volta para Casa e a Resolução nº 5/2004 do CNPCP.

Um outro aspecto trazido pelo Censo era de que 79,9% dos internos não desenvolviam qualquer atividade ocupacional durante o dia (BRASIL, 2004c). Esta é uma questão fundamental para as mudanças que passam a ser implementadas no HCT-BA, que hoje possui

um espaço específico no seu prédio para a realização de oficinas terapêuticas (pintura, artesanato, música), coordenadas por duas terapeutas ocupacionais, com o apoio de mais dois funcionários da unidade. Este espaço foi criado há dois anos, tendo sido consolidado apenas no ano de 2007. Porém, cabe salientar que as atividades atingem um número restrito de internos, visto que a maior parte deles passa o dia perambulando pelo campo de futebol, pelo pátio e pelos corredores do HCT, conforme observou-se durante a pesquisa de campo.

Percebe-se este espaço como uma espécie de “ilha” dentro do HCT, pois apesar de estar localizado dentro da estrutura antiga do prédio, fica isolado, destoando das demais características da instituição. As oficinas acabam sendo pontuais e não fazem parte de um plano terapêutico individual e nem de um programa terapêutico da instituição, podendo ser consideradas como finalidade em si mesmas. Nesse caso, “operam como ordenação do espaço/tempo institucional, tornando-se equivalentes à formas simples de ocupação e acabam por configurar espaços artificiais, descontextualizados, empobrecidos de trocas e privados de sentido” (MINAS GERAIS, 2006, p. 72). Assim, as oficinas terapêuticas não podem ser concebidas como simples entretenimentos ou formas de passar o tempo.

Esta constatação é importante para confirmar a incoerência da transformação do HCT-BA num espaço mais humano, pois, ainda comprometido com o modelo hospitalocêntrico, tendo como objetivo maior a segregação das pessoas ali internadas. A sua vinculação a um sistema integrado de atenção em saúde mental possibilitaria “compreender os projetos singulares e o lugar das oficinas na produção de redes de trocas nos territórios e de laços sociais e na invenção de projetos para a vida de seus participantes” (MINAS GERAIS, 2006, p. 72). Esta questão deve fazer parte de um projeto de reorientação do modelo de atenção ao *louco infrator*.

No relatório do Censo constam, ao final, propostas de medidas internas e externas, dentre elas: reforma para melhoria das condições físicas e higiênicas do prédio; estrutura com

um número menor de leitos, sendo estes para “pacientes em crise ou agudos”; leitos para lares abrigados; leitos de observação para realização de laudos psiquiátricos/psicossociais; realização de oficinas terapêuticas, laborais e culturais; elaboração de um projeto terapêutico; instituição de grupos para implantar esse novo projeto, com a contratação de mais funcionários; implantação de um Programa de educação continuada; implantação de dez residências terapêuticas para receber as pessoas que estão internadas há muito tempo no HCT além da implantação de CAPS em todo o Estado, visando expandir a rede de saúde mental (BRASIL, 2004c). Aqui, cabe considerar que, excetuando-se as questões do aumento do número de profissionais e das oficinas terapêuticas, já abordadas acima, as demais propostas serão analisadas mais adiante, juntamente com as obrigações determinadas pelo TAC do MPE.

Outro documento importante para esta análise é o Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário, de maio de 2004, que expõe a situação do HCT-BA no ano de 2003, considerando-a a mais grave e complexa e que, por conta da sua especificidade, deve ser reorientado “na direção de um modelo de tratamento que atenda aos reclames da Reforma Psiquiátrica, conforme previsto na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.” (BAHIA, 2004b). O Plano faz referência ao Censo realizado no HCT-BA para análise da situação médica, social e jurídica dos internos. Quanto às mudanças realizadas na unidade, o Plano informa que algumas medidas emergenciais foram adotadas: na sua infra-estrutura, especialmente na melhoria da limpeza e higienização; fornecimento de material de higiene e medicamentos; além de pequenos reparos; e destaca que num segundo momento foi realizado o Censo para análise da situação médica, social e jurídica dos internos.

Essas e outras mudanças serão avaliadas mais adiante, juntamente com a análise do TAC do MPE, mas é importante adiantar que configuraram-se como medidas paliativas,

diante da situação de gravidade a que chegou o HCT-BA ao longo desses anos, com a permanência de características marcantes da estrutura do século XIX.

Ademais, o Plano informa que diante da necessidade de “assistência imediata a alguns casos que exigiram transferência de pacientes para hospitais da rede pública para tratamento especializado das patologias apresentadas”, procedeu-se a intervenção na assistência clínica (BAHIA, 2004b, p. 16). Informa, também, a realização do “**diagnóstico situacional**, pelo GT – Grupo de Trabalho, nomeado pela Portaria Interestadual nº 879, de 28 de maio de 2003, (DOE de 29/05/2003), que resultou no *Relatório do Grupo de Trabalho Interinstitucional, finalizado em abril de 2004*, encaminhado, oficialmente, às Secretarias da Saúde e da Justiça do Estado”<sup>12</sup>.

Por fim, expõe que após a instauração do Inquérito Civil pelo Ministério Público Estadual, em 25 de fevereiro de 2003, objetivando “caracterizar a situação jurídica, através da apuração das reais condições de internamento, realizou-se censo jurídico, em 09/6/2003, para análise da questão legal dos internos” (BAHIA, 2004b, p. 17-8). Com relação ao que foi verificado no referido censo jurídico, ressalta que deve ser considerada a

*necessidade de cooperação entre uma equipe multidisciplinar de peritos em saúde (médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, e outros) e o judiciário para que trabalhando conjuntamente, na aplicação e execução da medida de segurança, possam avaliar com maior presteza qual a terapia adequada ao doente. (grifos do autor)*

O mencionado relatório indica como ação externa a implantação, a médio e longo prazos, de “Residências Terapêuticas vinculadas a cuidados ambulatoriais em unidades básicas, policlínicas e ambulatórios especializados na Atenção Básica”. E como ações internas, foram apontadas “para a humanização do cuidado às pessoas que devem permanecer internadas”: a substituição do modelo hospitalar, da forma como foi concebido inicialmente,

---

<sup>12</sup> Este Grupo de Trabalho era composto por oito membros representativos de diversas instâncias e foi designado para avaliar a situação clínica, jurídica e social dos internos, além da situação física do Hospital de Custódia e Tratamento, devendo entregar um relatório circunstanciado até o dia 29/08/2003 (BAHIA, 2004a, p. 20).

por dispositivos comunitários que ressocializem; e uma “maior qualificação de recursos humanos para a implantação de um novo Projeto Terapêutico que leve à inclusão social” (BAHIA, 2004b, p. 18).

Esse Plano Operativo apresenta, enfim, um quadro contendo a situação dos serviços de saúde e dos recursos humanos das unidades prisionais do Estado da Bahia, em julho de 2003, e com relação ao HCT consta que encontra-se em precárias condições de insalubridade e com superlotação, contando com 17 psiquiatras, 11 enfermeiras, 01 nutricionista, 01 odontólogo, 01 terapeuta ocupacional, 03 psicólogos, 02 assistentes sociais, 01 farmacêutica, 40 auxiliares de enfermagem e 01 “ag. serv. Saúde”. E, por fim, prevê a transferência gradual de internos para outras unidades, ação esta a ser definida de acordo com relatório circunstanciado elaborado pelo Grupo de Trabalho acima referido (BAHIA, 2004b, p. 19).

No que se refere à operacionalização do Plano, este prevê que no HCT “será colocada, inicialmente, 1 (uma) equipe básica de saúde, capacitada, frente à imperiosa carência de recursos humanos existente naquela unidade” (BAHIA, 2004b, p. 51). Com referência a outras questões que envolvem os internos do HCT, visando desenvolver e implantar “Programa Permanente de Reintegração Social dos pacientes sob medida de segurança”, estabelece as seguintes metas (BAHIA, 2004b, p. 57):

- Criação de um programa de des-hospitalização progressiva no cumprimento da medida de segurança, com a implantação de um serviço residencial terapêutico ou serviço substitutivo equivalente.
- Promover, conjuntamente, SESAB e SJCDH, campanha educativa/publicitária para sensibilização da comunidade visando a desconstrução do estigma da periculosidade do portador de transtorno mental.

Na verdade, este Programa não foi implantado e as suas metas não foram implementadas. Em janeiro de 2006 foi apresentado à SJCDH um “Plano de Ações individualizadas com vistas a desinstitucionalização de pacientes com longo período de internação e em situação confirmada de abandono”, formulado por duas profissionais do

HCT, que iniciaram a sua execução naquele mesmo ano, porém, de forma isolada e pontual, sem o devido apoio logístico (já que este plano previa, dentre outras coisas, a realização de saídas terapêuticas, contatos com autoridades do interior do Estado e visitas a instituições). O que existe atualmente no HCT-BA não pode ser chamado de Programa e consiste na atuação de duas equipes de profissionais (compostas por assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional, cada uma), para a desinstitucionalização dos internos (em torno de 30 casos “sem vínculos familiares”) que já se encontram com carta de desinternação ou alvará de soltura, por conta da pressão exercida pelo Poder Judiciário para a liberação dessas pessoas e da determinação contida no TAC do MPE (como se verá a seguir).

Dentre as ações visando promover a reorientação do modelo de tratamento psiquiátrico existente no HCT-BA, o Plano prevê (BAHIA, 2004b, p. 58):

- ✓ Adequação do modelo existente à Reforma Psiquiátrica, direcionando-o no sentido da humanização, desospitalização e desinstitucionalização, conforme preconiza a Lei Federal 10.216 de 06/4/2001.
- ✓ Adequação do funcionamento do HCT às normas do SUS relativas a hospitais psiquiátricos.

E quanto às metas, prevê:

- Criação de grupo de trabalho intersetorial para acompanhamento, supervisão técnica e avaliação dos projetos terapêuticos
- Realização de 02 (dois) seminários intersetoriais com participação de representantes das Secretarias Estaduais de Saúde, Justiça e Direitos Humanos, Educação, Trabalho e Bem Estar Social, Ministério Público, Organizações Não Governamentais e de Controle Social
- Realização de diagnóstico situacional do HCT, por Grupo de Trabalho instituído da Portaria SESAB /SJDH nº 879, (de 28/5/03), que procedeu ao levantamento da situação clínica, jurídica e social dos internos, utilizando-se de: avaliação do PNAS (Plano Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares); estudo sócio-demográfico de cada paciente; estudo de condições de cada família; mapeamento da rede de apoio existente; ambiente físico e da circulação existente; plano de assistência e projeto terapêutico individualizado.

Durante a realização da pesquisa de campo, verificou-se que aquelas ações não foram implementadas e que a maior parte das metas não foi alcançada. Vale frisar que nesse Plano

consta, ainda, a seguinte observação: “deverá ser garantida a participação de trabalhadores e pacientes neste processo de diagnóstico situacional, conforme recomendação do Ministério da Saúde.” (BAHIA, 2004b, p. 58). Evidencia-se, portanto, a real necessidade de envolver os profissionais que trabalham no HCT num projeto de sensibilização e de educação permanente visando as mudanças previstas no Plano e nos outros instrumentos e mecanismos de garantia de direitos daquele grupo de pessoas ali internadas.

Por fim, outro documento coletado a ser analisado é o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), firmado em 13 de dezembro de 2004 pelo Ministério Público do Estado da Bahia (MPE), pela Secretaria da Justiça e Direitos Humanos do Estado da Bahia (SJCDH)<sup>13</sup> e pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), o qual é oriundo do Inquérito Civil nº 04/2003, instaurado para apurar as condições de internamento de pacientes no HCT-BA. Este TAC foi proposto por duas Promotoras de Justiça vinculadas, respectivamente, à Promotoria de Justiça da Cidadania da Capital e ao Centro de Apoio às Promotorias de Justiça da Cidadania (CAOCI) e estabelece cláusulas e condições para adequação do HCT-BA às diretrizes da reforma psiquiátrica (BAHIA, 2004a).

Analizando o referido documento, percebe-se que o órgão ministerial, para estabelecer as cláusulas, fundamentou-se na normativa nacional e estadual – Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 10.216/2001, Lei de Execução Penal, Código Penal, Portaria MS/SAS nº 224/92, Resoluções nº 04 e 05 de 2004 do CNPCP, Portaria Interministerial nº 1777/2003, Constituição do Estado da Bahia – e em documentos internacionais – Pacto de San José da Costa Rica e Declaração de Caracas –, ressaltando os princípios inseridos no artigo 7º da LOS. Além disso, salientou a função institucional do Ministério Público de **“exercer a defesa dos direitos assegurados nas Constituições Federal e Estadual”**

---

<sup>13</sup> Cabe informar que a Secretaria da Justiça e Direitos Humanos do Estado da Bahia (SJDH) passou a se chamar Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Estado da Bahia (SJCDH) no ano de 2007, conforme seu novo Regimento, aprovado pelo Decreto nº 10.388, de 27 de junho de 2007.

(BAHIA, 2004a, p. 5), prevista na Lei nº 8.625/1993 e nas Constituições referidas, e as observações contidas no Relatório final do Grupo de Trabalho já citado acima.

Após a fundamentação legal, o TAC apresenta as cláusulas e condições que devem ser cumpridas pela SJCDH e pela SESAB, tendo dividido-as por assunto, conforme passa-se a descrever e analisar a seguir.

O primeiro bloco de cláusulas (da primeira à oitava) versa sobre a estrutura do prédio onde funciona o HCT-BA e seus equipamentos. Quanto à primeira cláusula, assevera que “em face da carência de estrutura física e do estado de deterioração em que se encontrava” o prédio onde está instalado o HCT-BA “quando das primeiras inspeções do Ministério Público, e que ainda remanesce em alguns aspectos”, a SJCDH deve “prosseguir nas obras que vem realizando [...] naquele nosocômio, para viabilizar a melhoria da qualidade de vida das pessoas que ali estão internadas, bem como dos servidores públicos”, de acordo com Relatório e Cronograma anexos ao TAC<sup>14</sup> (BAHIA, 2004a, p. 7).

A segunda cláusula determina que a SJCDH “deverá manter, no prédio do HCT, uma equipe de limpeza e higienização das alas de internamento e de toda a área onde se localiza o hospital” (BAHIA, 2004a, p. 7). A terceira cláusula, por sua vez, salienta que a SJCDH deve solicitar, anualmente, uma avaliação técnica das condições de salubridade do prédio e de suas instalações, aos órgãos públicos responsáveis pela saúde pública e segurança das edificações, encaminhando cópia dos documentos das inspeções ao MPE para acompanhamento e monitoramento do TAC.

A cláusula quarta (BAHIA, 2004a, p. 8) diz respeito à obrigatoriedade da SJCDH a

manter o mobiliário das alas e enfermarias dos internos em condições de uso, elaborando um programa de aquisição, armazenamento e distribuição de colchões, roupas de cama, fardamento e todo material de higiene pessoal dos internos em número suficiente para atender a demanda individual de cada interno no hospital.

---

<sup>14</sup> A autora não teve acesso aos documentos anexados ao TAC: Relatório e Cronograma de Execução.

Na quinta cláusula, consta a obrigatoriedade da SJCDH “alterar a localização dos Postos de Enfermagem, de acordo com os critérios médicos e estruturais da Unidade”, providenciando a sua relocação dos centros das alas do internamento para o início destas, para promover “melhor condição de trabalho para as auxiliares de enfermagem e outros servidores que trabalham naquele setor”, na fase de transição para um novo modelo assistencial a ser adotado para as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei (BAHIA, 2004a, p. 8).

A cláusula sexta determina que a SJCDH deve instalar no interior das alas de internamento, no prazo de 60 dias, equipamentos de comunicação (rádios transmissores e interfones), para assegurar “em casos de urgência, o pronto acionamento do suporte emergencial necessário” (BAHIA, 2004a, p. 8). A cláusula sétima prevê a obrigação daquela Secretaria de instalar uma enfermaria clínica, visando o “atendimento de intercorrências médicas”, no prazo de 180 dias.

A cláusula oitava refere-se à SESAB, e estabelece que esta deve implantar, em articulação com a SJCDH, as residências terapêuticas para “abrigar, cuidar e tratar as pessoas que estão no HCT por abandono e exclusão social, sem quadro psíquico ou jurídico que justifique sua permanência naquele hospital, necessitando de moradia e tratamento terapêutico” (BAHIA, 2004a, p. 9), fundamentando-se no artigo 5º da Lei nº 10.216/2001. Vale ressaltar que esta cláusula prevê, ainda, que tais serviços residenciais terapêuticos devem estar vinculados aos “cuidados ambulatoriais em unidades básicas, policlínicas e ambulatoriais especializados na atenção básica”, e cita os CAPS e outros serviços de atenção localizados em Salvador e em 10 municípios do interior do Estado, atendendo aos critérios de procedência dos internos.

Importante notar também o parágrafo único desta cláusula oitava, que estabelece que a SESAB (BAHIA, 2004a, p. 10)

adotará uma política de implantação de CAPS e outros dispositivos de cuidados ambulatoriais no Estado da Bahia, expandindo a rede de atenção,

conforme seu Plano Plurianual, para que recursos descentralizados possam vir a constituir uma descentralização do cuidado clínico e jurídico através das comarcas e da municipalização dos cuidados, cujo programa deve ser apresentado ao **Ministério Público do Estado da Bahia**. (grifos do autor)

A segunda parte do TAC versa sobre a saúde, os medicamentos e o material de consumo dos pacientes (da cláusula nona à décima-primeira). Do exame destas cláusulas, verifica-se que a obrigatoriedade no cumprimento destas passa a ser das duas Secretarias, SJCDH e SESAB, conjuntamente.

A cláusula nona estabelece a elaboração de um plano de aquisição de todos os medicamentos necessários ao tratamento dos internos, de forma que atenda às “diversas enfermidades”, que estejam continuamente disponíveis e que haja um “estoque compatível com o sistema hospitalar” (BAHIA, 2004a, p. 10). Já a cláusula décima refere-se à obrigatoriedade de implementar o Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário, visando fixar “a política e as diretrizes do Governo no que diz respeito à atenção à saúde da população carcerária, especialmente a psiquiátrica, encaminhando cópia do mesmo ao **Ministério Público do Estado da Bahia**” (BAHIA, 2004a, p. 10-11).

Nesse caso, cabe destacar que à época da assinatura do TAC, já existia o Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário (do mês de maio de 2004), conforme analisado acima, faltando a sua implementação a partir das medidas e ações previstas no mesmo. De acordo com informações da SJCDH (mês de agosto de 2007), este Plano está sendo revisado.

Além disso, a cláusula décima primeira estabelece que, no momento da internação e durante o período de permanência dos pacientes no HCT, devem ser oferecidas condições ao corpo clínico daquela unidade para submetê-los a programas de busca ativa e Pesquisa de Tuberculose, dentre outras doenças, vacinação e a outros programas de saúde pública existentes (BAHIA, 2004a, p. 11).

A terceira parte do TAC trata do Protocolo para tratamento hospitalar e da adequação à Lei nº 10.216/2001 (da cláusula décima-segunda à décima-sétima). A cláusula décima-segunda determina a criação de “programa individual terapêutico, conforme os critérios fixados pelo Ministério da Saúde”, bem como de “protocolos de rotinas que uniformizem os procedimentos realizados desde o ingresso do paciente até a sua alta, constando tais anotações em ficha individual anexadas aos prontuários” (BAHIA, 2004a, p. 11).

A cláusula décima-terceira chama à atenção para diálogo necessário com o Poder Judiciário, visando adequar a internação e a desinternação das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei ao disposto na Lei nº 10.216/2001, destacando o direito da pessoa ser esclarecida sobre a necessidade ou não da sua internação involuntária.

Com a cláusula décima-quarta, o órgão ministerial determina o cumprimento, pela SJCDH e pela SESAB, da Resolução nº 5/2004, do CNPCP, resgatando os princípios e dispositivos inseridos na Lei nº 10.216/2001 e trazendo as seguintes necessidades: “política intersetorial específica para os “pacientes inimputáveis”; “atenção aos pacientes com ações dirigidas aos familiares, voltadas à construção de projetos que visem o desenvolvimento da cidadania e à geração de renda”; “proposição do credenciamento do HCT à rede de cuidados do SUS” (BAHIA, 2004a, p. 12).

Nesta cláusula constam dois parágrafos que merecem ser transcritos (BAHIA, 2004a, p. 13):

Parágrafo Primeiro: Nos municípios baianos onde houver serviços de atenção básica de saúde mental, os pacientes deverão ser tratados na rede SUS, de acordo com a terapêutica prescrita pelo médico, em CAPS, NAPS ou outras unidades básicas, ambulatoriais especializadas do Estado, devendo sempre a Direção do HCT encaminhar Ofício ao Juiz da Comarca e ao Promotor de Justiça, demonstrando a viabilidade deste tratamento e o benefício para a saúde mental do paciente com o objetivo de orientar o profissional do Direito a adequar a Medida de Segurança à terapia indicada pelos peritos.

Parágrafo Segundo: No sentido de assegurar ao paciente os direitos garantidos pela Constituição Federal e legislação já mencionada, a alta dos pacientes deverá ser devidamente orientada em relatório que registre o

diagnóstico, a terapêutica indicada e o Serviço de Saúde onde deverá ser realizada, através dos serviços de referência e contra-referência do SUS, pactuada no Programa de Pactuação Integrada - PPI, utilizando, quando necessário, o Programa de Tratamento Fora do Domicílio. Este relatório deverá ser encaminhado para conhecimento e fiscalização ao Promotor de Justiça da Comarca.

As cláusulas seguintes, décima-quinta e décima-sexta, referem-se às perícias: a primeira determina a realização imediata de um mutirão de peritos médicos num tempo mínimo de 180 dias, para realizar todas as perícias pendentes dos pacientes internados no HCT; já a segunda estabelece que a SJCDH deve “manter um quadro de médicos peritos para realização de perícias psiquiátrico-forenses nos pacientes do HCT, bem como naqueles oriundos do Sistema Penitenciário do Estado da Bahia” (BAHIA, 2004a, p. 14).

Na cláusula décima-sétima consta o dever de articulação entre a SJCDH e a Secretaria de Trabalho e Ação Social e de Combate à Pobreza e às Desigualdades Sociais (atual Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza - SEDES), e também com as “Secretarias do Trabalho do Estado e de cada Município de onde o paciente seja oriundo”, visando encontrar uma solução de acolhimento para os internos em situação de abandono familiar e “com possibilidade de tratamento ambulatorial ou em alta”. No seu parágrafo único, refere-se à importância de cumprir o que está disposto na Lei nº 10.216/2001 (art. 2º) e na Lei nº 10.708/2003 (art. 1º e 3º) para “mitigar os efeitos da internação psiquiátrica desnecessária” (BAHIA, 2004a, p. 14), numa alusão específica ao Programa de Volta para Casa.

A quarta parte do TAC diz respeito aos recursos humanos do HCT (da cláusula décima-oitava à vigésima-primeira). A cláusula décima-oitava estabelece um prazo de 180 dias para a SJCDH providenciar a “implantação do setor administrativo diverso do setor clínico no HCT, estabelecendo, com clareza, as atribuições das suas coordenações e as responsabilidades respectivas de cada chefia que responderá pela eficiência do serviço” (BAHIA, 2004a, p. 14).

As cláusulas décima-nona, vigésima e vigésima-primeira referem-se, respectivamente, à necessidade de fazer um dimensionamento dos recursos humanos disponíveis para a capacidade e demanda do trabalho visando garantir a qualidade do atendimento; de promover a capacitação sistemática dos profissionais que atuam no HCT, para atender à atual política nacional de atenção à saúde mental; e de “formular uma política de fixação do número de vagas e leitos” do HCT, conforme a sua capacidade, adequando os recursos humanos disponíveis, e de estabelecer normas de funcionamento da unidade, bem como, “normas e critérios para o recebimento de pacientes, para perícia ou internação” (BAHIA, 2004a, p. 15).

A quinta e última parte do TAC refere-se às responsabilidades, médica e da administração (da cláusula vigésima-segunda à vigésima-sexta). Consta a determinação de dar conhecimento do TAC a todos os servidores do HCT e o pagamento de multa diária pelas SJCDH e SESAB, no caso de descumprimento das cláusulas. As três últimas estabelecem, respectivamente: o foro de Salvador para dirimir questões decorrentes do TAC; que este não prejudica nem substitui a ação da Vigilância Sanitária; e que os prazos determinados começam a contar do dia da assinatura do mesmo.

Cabe ressaltar que o Ministério Público Estadual apresenta uma nova perspectiva na garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito, na medida em que extrapola o âmbito do Direito Penal e da Execução Penal, trazendo os princípios orientadores do SUS, da Reforma Psiquiátrica, da legislação de saúde mental e dos direitos humanos, estabelecendo obrigações para Secretarias de Estado distintas e envolvendo outros atores para a consecução das mudanças do modelo anacrônico de tratamento verificado no HCT-BA.

Enfim, passa-se a analisar as mudanças implementadas no HCT-BA de acordo com a documentação relacionada acima e os registros em diário de campo a partir das visitas à instituição, assinalando as violações de direitos humanos observadas. Saliente-se que algumas

questões como o incremento no número de funcionários, as reinternações e as oficinas terapêuticas já foram objeto de análise acima.

Quatro anos depois das mortes ocorridas no ano de 2003, que acarretaram a mobilização da sociedade civil e dos órgãos públicos de promoção e defesa de direitos, e quase três anos depois da assinatura do TAC, verifica-se que houve algumas mudanças, inclusive em cumprimento ao referido Termo: reparos na estrutura física do HCT; instalação de equipamentos de comunicação para utilização em casos de urgência; os postos de enfermagem foram relocados para o início das alas de internamento; e a instalação de uma enfermaria clínica, que conta com 3 enfermeiras, 15 auxiliares de enfermagem e 1 médica. O HCT-BA não foi cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e, por isso, não integra a rede do SUS enquanto Hospital Psiquiátrico, permanecendo com todas as características de uma unidade prisional, com uma estrutura inadequada para a atenção à saúde mental das pessoas ali internadas.

O que se observa é que ainda perdura a dupla função do HCT-BA, enquanto instituição de custódia e de tratamento, porém, com a predominância do caráter prisional e, conseqüentemente, da vigilância, tendo em vista, por exemplo, a quantidade de agentes penitenciários no quadro de pessoal: mais de um terço dos funcionários (91 de um total de 234). Para Goffman (2003, p. 18), a função da vigilância nas instituições totais é “fazer com que todos façam o que foi claramente indicado como exigido, sob condições em que a infração de uma pessoa tende a salientar-se diante da obediência visível e constantemente examinada dos outros”. Esta realidade confirma que a pessoa ali internada perde o direito de administrar sua liberdade e suas propriedades e evidencia que a instituição não tem uma finalidade terapêutica, restringindo-se ao caráter custodial.

Nesse caso, a reclusão das pessoas com transtornos mentais autoras de delito em instituições como o HCT constitui-se um dos maiores problemas acarretados pela

“medicalização” da loucura. O internamento representa o seu seqüestro do meio social, violando os princípios da liberdade e igualdade de direitos e deveres. Como afirma Iléo Izídio da Costa (2004, p. 85), ao falar sobre a constituição dos manicômios judiciários, “[...] as ações terapêutica e diagnóstica eram mediadas pelo sistema jurídico penal, servindo, em última instância, como meio de promover a reclusão dos doentes.”

Diante da realidade do HCT-BA, evidencia-se que tal instituição, ao custodiar pessoas com transtornos mentais que cometeram delito, com o objetivo de tratá-las, não observa alguns princípios e garantias penais e processuais penais previstos na Constituição Federal, conforme foi exaustivamente demonstrado nos documentos analisados.

No que se refere aos princípios previstos na Constituição, a dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos da República Federativa do Brasil (art. 1º, inc. III, CF) e constitui-se como princípio orientador de todas as sanções previstas no ordenamento jurídico. Os princípios constitucionais instituídos em favor do acusado e da pessoa presa também devem ser considerados para as pessoas submetidas à medida de segurança. Durante as etapas da investigação preliminar, da ação penal e da execução da pena ou da medida de segurança, o tratamento dispensado à pessoa presa provisoriamente, à pessoa condenada e à pessoa internada, deve ser norteado pelo princípio da dignidade da pessoa humana.

De acordo com o art. 5º, inc. LXXVIII, da CF, o tempo de duração dos processos deve ser razoável. Esse dispositivo constitucional deve ser observado, principalmente, nas ações penais interpostas contra inimputáveis. O excesso prazal, no julgamento do processo de acusado inimputável implica conseqüências graves, tendo em vista que por uma situação de saúde, vê-se cerceado em sua capacidade de defesa, podendo acarretar danos irreparáveis à sua vida.

Nesse caso, vale ressaltar também a questão da prisão arbitrária, vedada pelo artigo 9º da Declaração Universal dos Direitos Humanos. A perícia psiquiátrica, por ser subjetiva e

valorativa, torna-se instrumento de detenção arbitrária. Com a instauração do incidente de insanidade mental, o suposto autor do crime comumente é encaminhado ao HCT para realização de exame médico-legal sob regime de internação psiquiátrica compulsória. Vale lembrar que para a realização de tal exame não há necessidade de internação psiquiátrica, porém, a pessoa acaba sendo internada compulsoriamente no HCT, permanecendo ali por longo período, contrariando o que preceitua a Lei nº 10.216/2001.

Para Vitória Bandeira (2006, p. 39), Defensora Pública com atuação no HCT-BA, a “Internação psiquiátrica no HCT é realizada, via de regra, sem o esgotamento de recursos extra-hospitalares e, tampouco sem que seja ouvida a Curadoria Especial e a Defesa, exercida pelo órgão constitucional competente, a Defensoria Pública do Estado.” Nessa seara, a Constituição do Estado da Bahia determina no seu artigo 4º, inc. XVI, inserido no Título sobre Direitos e Garantias Fundamentais, no que diz respeito à pessoa com transtorno mental: “ninguém será internado compulsoriamente em razão de doença mental, salvo em casos excepcionais definidos em parecer médico pelo prazo máximo de quarenta e oito horas, findo o qual só se dará a permanência mediante determinação judicial”.

Conforme observado nos documentos analisados, a medida de segurança pode significar uma reclusão perpétua. Os princípios do devido processo legal e da ampla defesa impedem a aplicação, à pessoa com transtorno mental que cometeu um delito, de uma penalidade indefinida, pois não se pode mais considerar o isolamento como um tipo de tratamento (CARVALHO NETTO, 2005).

Outros princípios previstos na Constituição foram violados: da liberdade, pois a pessoa com transtorno mental autora de delito é restringida no seu direito de ir e vir e não tem a sua segurança pessoal assegurada; da presunção de inocência, pois é imposta uma medida restritiva de liberdade antes de ser reconhecida a responsabilidade criminal; da individualização da sanção penal e da razoabilidade do prazo processual; da legalidade, pois o

Estado não pode interferir no direito à liberdade das pessoas por prazo indefinido; do respeito à integridade física e moral do interno; e da proibição de penas cruéis ou de caráter perpétuo (art. 5º, inc. XLIX, e XLVII, “b” e “c”, LIV, LVII, da CF). Por fim, ressalte-se o princípio da igualdade, pois a lei de reforma psiquiátrica não faz menção à pessoa com transtorno mental autora de delito, porém todos os dispositivos nela previstos devem alcançá-la, de acordo com esse princípio. Se exige, ainda, em relação a essa pessoa, o direito constitucional à igualdade na sua diferença (FÁVERO, 2004).

No que se refere aos direitos civis, cabe ressaltar uma informação contida no Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário: no ano de 2003, havia 40 internos do HCT-BA de um total de 364, o equivalente a 11%, com idade desconhecida (BAHIA, 2004a, p. 14). Este dado revela que o acesso aos benefícios da Previdência Social e outros decorrentes da nova legislação de saúde mental pode ficar prejudicado, sendo esse grupo de pessoas merecedor de tratamento mais particularizado, por sua condição de hipossuficiência.

Com referência ao direito à saúde, tanto a Constituição Federal (art. 198, II), como a Lei do SUS, Lei nº 8.080/1990 (art. 7º, II), referem-se ao atendimento integral do paciente, significando um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, incluindo, na área da saúde mental, a psicoterapia, a reabilitação e a distribuição gratuita de medicamentos. Porém, ainda são poucos os avanços nesse sentido, conforme observou-se a realidade atual do HCT, que não tem assimilado os preceitos constitucionais do direito à saúde (art. 6º e 196 a 198). E tendo em vista os princípios constitucionais da igualdade de tratamento, dignidade da pessoa humana, legalidade, razoabilidade e proporcionalidade, deve-se aplicar medida de segurança de acordo com os novos serviços de atenção à saúde.

No que diz respeito ao direito ao convívio sociofamiliar, observa-se que a sentença referente à pessoa com transtorno mental autora de delito está vinculada à internação compulsória em HCT, o que implica a perda do vínculo familiar para os internos, em face da

extensão territorial do Estado e da localização do referido hospital na capital, distante dos domicílios daquelas pessoas oriundas do interior, agravada pela precária situação socioeconômica dos familiares que se vêem impossibilitados de visitá-los. O tratamento psiquiátrico sob regime de internação no HCT implica em perda dos laços familiares em razão da distância dos seus domicílios não permitir a preservação dos contatos com seus familiares.

Acerca da defesa dos direitos dos internos, durante a pesquisa de campo, verificou-se que a Defensoria Pública tem sido mais atuante no HCT-BA, diante das situações irregulares que ainda ocorrem, através do trabalho de duas Defensoras Públicas que atendem as pessoas ali internadas. A atuação da Defensoria se intensificou após a situação vivenciada dos óbitos no ano de 2003. Ademais, este órgão passou a assimilar na defesa daquelas pessoas a legislação referente à Reforma Psiquiátrica, visando demonstrar ao Poder Judiciário que esta nova legislação garante os direitos das pessoas com transtornos mentais e cria novos dispositivos de atenção em saúde mental, que devem ser observados também para essas pessoas que cometem crime.

No que diz respeito à atuação do Judiciário, o fato da decisão de internar e desinternar ainda hoje ser do juiz, denota que os pressupostos legais que o autorizam estão defasados, sendo necessária uma revisão dos institutos jurídicos que compõem a medida de segurança. É o caso da desinternação ou liberação condicional, prevista no artigo 97, §3º do Código Penal, e conhecida por “salvo conduto”.

O salvo conduto acaba reafirmando a periculosidade enquanto estratégia de afastamento da pessoa com transtorno mental autora de delito do convívio social, pois autoriza novas reinternações pelos mais diversos motivos, e, em alguns casos, não se verifica um quadro psicopatológico para justificá-las. Observando a legislação penal e os novos princípios da Lei nº 10.216/2001, compreende-se que o artigo 97, §3º do CP encontra-se revogado, tendo em vista que a referida lei, no seu artigo 4º determina que “A internação, em

qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.” Sendo assim, não há que se falar em desinternação ou liberação condicional: uma vez desinternado, o interno somente deverá voltar ao HCT caso cometa novo delito e seja instaurado incidente de insanidade mental, garantindo-se, assim, o devido processo legal, através do contraditório e da ampla defesa.

Nesse caso, vale ressaltar a publicação do Provimento Nº CGJ-14/2007, da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Bahia, em 20 de agosto de 2007 (BAHIA, 2007, p. 16), que determina no seu artigo 18 que o exame de insanidade mental deve ser realizado “sempre que possível, independentemente de internação, mediante marcação prévia junto ao HCT, na Capital do Estado, caso não seja possível sua realização junto à rede pública responsável pela saúde mental, situada na sede ou nas proximidades do juízo processante.” Nele consta, ainda, que o HCT “destina-se ao cumprimento de medidas de segurança de internação, aplicadas em todas as Comarcas do Estado da Bahia, bem como à internação provisória para a realização de perícia” e tem capacidade de 280 vagas (BAHIA, 2007, p. 17).

No referido Provimento Nº CGJ-14/2007, observa-se um avanço no que diz respeito à possibilidade do atendimento do *louco* infrator na rede de atenção à saúde mental, de acordo com o que prevê o seu artigo 15: “A medida de segurança de tratamento ambulatorial deverá ser executada pelo juízo sentenciante e cumprida junto à rede de saúde pública, preferencialmente em Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS.” Quanto à medida de segurança de internação, o artigo 16 determina que esta deverá ser, preferencialmente, executada e cumprida em hospital especializado, podendo, quando haja necessidade, encaminhar o paciente ao HCT. Porém, no que tange às medidas de segurança aplicadas pelos Juízos Criminais da Comarca da Capital, serão executadas pelo Juízo da Vara das Execuções de Penas e Medidas Alternativas da Capital, devendo ser cumpridas no HCT, conforme prevê o seu artigo 17.

Embora haja um avanço no que se refere à possibilidade do tratamento ambulatorial ser realizado num CAPS, o referido Provimento prevê para as pessoas que são julgadas na Comarca de Salvador apenas a internação no HCT, desconsiderando, assim, a existência dos serviços substitutivos de atenção em saúde mental implantados na capital, como possibilidade de cuidado das mesmas, ferindo, portanto, o princípio da igualdade. Dessa forma, não se pode vislumbrar que apenas com este documento, se modifique a assistência àquelas pessoas. Como asseverou Rotelli (1992b, p. 96),

É difícil saber se as mudanças em psiquiatria podem ser determinadas por lei ou se são determinadas sobretudo através de modificações culturais, de alterações importantes dos aparatos técnicos, de modificações no campo disciplinar, no campo da cultura popular, no campo da cultura dos profissionais.

Nesse caso, a mudança de cultura deve perpassar também os profissionais do Poder Judiciário, especialmente aqueles que atuam no âmbito do Direito Penal, que ao longo da história se utilizaram do discurso psiquiátrico para se isentar e justificar as suas decisões, conforme explicita Foucault (1997, p. 23):

uma coisa é singular na justiça criminal moderna: se ela carrega de tantos elementos extrajurídicos, não é para poder qualificá-los juridicamente e integrá-los pouco a pouco no estrito poder de punir; é, ao contrário, para poder fazê-los funcionar no interior da operação penal como elementos não jurídicos; é para evitar que essa operação seja pura e simplesmente uma punição legal; é para escusar o juiz de ser pura e simplesmente aquele que castiga.

Não se trata somente de criar instrumentos jurídicos para remediar uma situação, como foram as Portarias de nº 01/03 e 02/03, expedidas pelo Juiz da VEPMA, mas criá-los de forma integrada com os setores que precisam estar envolvidos num projeto de reorientação de um modelo, como é o caso do HCT. A interdisciplinariedade é elemento fundamental do processo terapêutico, sendo que as diversas áreas devem se articular para oferecer um acompanhamento integral.

O que deve-se observar é a garantia dos direitos humanos na sua integralidade para as pessoas que estão no HCT-BA e para os egressos da instituição. Daí a construção de uma espécie de força-tarefa no âmbito do Governo Estadual, envolvendo a SJCDH, a SESAB e a SEDES, que, assimilando o princípio da intersetorialidade e as características da indivisibilidade e da interdependência dos direitos humanos, iniciou, em setembro de 2007, um grupo de trabalho para reorientar o modelo de atenção à saúde das pessoas com transtornos mentais autoras de delito no Estado da Bahia.

Por fim, deve-se ressaltar, nesse processo, a participação da sociedade e da família, que, em muitos momentos, figuraram como um dos níveis de controle social, juntamente com a polícia, mobilizadas por um medo que marca a forma de relação com a “loucura-criminosa” (COSTA, 2004). O envolvimento da família e da comunidade, em outros moldes, é fundamental para que a política de desospitalização não signifique uma política de abandono pelo Estado e de desamparo de cuidados.

### **3. Garantindo os direitos humanos dos *loucos* infratores: um caso contra-hegemônico**

Na perspectiva dos direitos humanos, a experiência acumulada há mais de seis anos pelo Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ) do Tribunal de Justiça de Minas Gerais<sup>15</sup> aponta algumas possibilidades concretas de reorientação da atenção à saúde das pessoas com transtorno mental autoras de delito. O PAI-PJ promove o tratamento em saúde mental na rede pública de saúde, através do acompanhamento da aplicação das medidas de segurança ao agente infrator, oferecendo aos

---

<sup>15</sup> Ver Portaria Conjunta nº 25/2001, que cria, no âmbito da comarca de Belo Horizonte, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário portador de sofrimento mental - PAI-PJ. Disponível em: <<http://www.tjmg.gov.br/institucional/at/pdf/pc00252001.PDF>>. Acesso em: 20 ago. 2007.

juízes subsídios para decisão nos incidentes de insanidade mental. Estruturado de forma multidisciplinar, este programa, pioneiro no país, sugere a aplicação a cada caso de uma medida singular, tensionada pelos princípios normativos universais (BARROS, 2003). O PAI-PJ inaugura, assim, uma ruptura com o processo histórico e dogmático, instaurando, segundo Barros (2006, p. 3), “o conceito da inserção no cerne de sua ação, atuando em qualquer processo criminal onde um portador de sofrimento mental esteja na condição de réu”.

A experiência desse Programa, 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. De acordo com a coordenadora do PAI-PJ (BARROS, 2003, p. 120), “Os casos de inimputabilidade estabelecida pelo ordenamento jurídico mostram quão necessário se torna para a clínica da psicose que o Direito convoque o sujeito a responder pelo seu crime, a produzir sentido lá onde o ato se fez.”

Sobre esta questão, Quinet (2001, p. 172) observa que sob a ótica da psicanálise “o sujeito é sempre responsável por sua posição subjetiva, seja ele neurótico, psicótico ou perverso”, sendo responsável pelos seus sintomas. E afirma ainda que, “Todo ato tem uma motivação consciente, inconsciente ou delirante, pois como ato realizado por um ser humano, é efetuado e apreendido numa rede de sentido.” É a partir desse olhar que o PAI-PJ possibilita a convocação da pessoa com transtorno mental autora de delito a responder pelo seu ato: respondendo publicamente por sua ação através dos estabelecimentos das penas substitutivas e, ao mesmo tempo, tendo o acompanhamento de saúde necessário.

Conforme dados do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais<sup>16</sup>, desde 2001, já passaram pelo Programa mais de 430 pacientes. De acordo com estes dados, 199 pessoas são

---

<sup>16</sup> Informações extraídas do sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <[http://www.tjmg.gov.br/anexos/projetos\\_inovadores/pai\\_pj/](http://www.tjmg.gov.br/anexos/projetos_inovadores/pai_pj/)>. Acesso em: 10 ago. 2007.

atendidas pela equipe do PAI-PJ, sendo que 160 estão cumprindo medida de segurança em casa, junto aos seus familiares, trabalhando ou estudando. E dos 39 pacientes que ainda estão em regime de internação, 26 já exercem atividades de inserção social. Consta, ainda, que o “índice de reincidência é praticamente zero, sendo que nenhum dos pacientes condenados pela prática de crime violento voltou a cometê-lo.” Além disso, informa:

são parceiros do programa a Secretaria de Estado da Defesa Social, as Secretarias de Saúde do Estado e do Município de Belo Horizonte, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), a Escola Brasileira de Psicanálise, o Fórum Mineiro de Saúde Mental, o Centro Universitário Newton Paiva, entre outros.<sup>17</sup>

Registre-se que as experiências dos participantes deste Programa já foram apresentadas em universidades da França e no Fórum Social Europeu, realizado no ano de 2006 em Atenas. E no Brasil, o PAI-PJ inspirou a criação de outro Programa estadual, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), implantado no Estado de Goiás, através da Portaria nº 058/2006 GAB/SES<sup>18</sup>, o qual opera com o apoio financeiro e técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

Vislumbra-se, assim, a possibilidade de operacionalizar uma dinâmica que assimile tanto o princípio da Integralidade, quanto o da Equidade, na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos direitos humanos. A reorientação do modelo para o tratamento no território reduz a necessidade de internação hospitalar, possibilitando a reinserção social dessas pessoas. Esta lógica, centrada na singularidade do ser humano e na sua cidadania, supera o modelo assistencial hegemônico, inspirado na presunção de periculosidade, que faz com que tais pessoas sejam segregadas no HCTP até que cesse o perigo que anunciam.

Observa-se que somente com um sistema baseado na garantia de direitos, implementado a partir de um trabalho interdisciplinar, pautado nos princípios da Reforma

---

<sup>17</sup> Conforme informações extraídas do sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <[http://www.tjmg.gov.br/anexos/projetos\\_inovadores/pai\\_pj/](http://www.tjmg.gov.br/anexos/projetos_inovadores/pai_pj/)>. Acesso em: 10 ago. 2007

<sup>18</sup> Informações extraídas do sítio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=10936>>. Acesso em: 20 nov. 2006.

Psiquiátrica, é possível transformar o modelo de atenção à saúde das pessoas com transtornos mentais autoras de delito. Nesse sentido, a subjetividade e a cidadania dessas pessoas são condições que devem ser pautadas em qualquer proposta de tratamento em saúde mental, produzindo a atenção e o cuidado no lugar do abandono e do descaso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da história da política de saúde mental no Brasil, verificam-se diversas inovações, sobretudo, na trajetória da Reforma Psiquiátrica, que vem sendo discutida no país desde a segunda metade da década de 70. Ocorre que, embora essas novas práticas venham sendo implementadas, muitos dos direitos das pessoas com transtornos mentais continuam sendo violados. O que se evidencia é uma tradição fundada na negação dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos que não contam com uma rede de serviços de atenção à saúde mental estruturada, capaz de prestar assistência de forma contínua e integral. São escassas as políticas públicas de promoção à saúde mental, de promoção à convivência familiar e de prevenção aos transtornos mentais. Mesmo o Programa Saúde da Família (PSF), implementado a partir de 1994, como proposta de reorientação da atenção básica, não tem propiciado, de forma sistemática, uma atenção à saúde mental nas comunidades assistidas.

Observa-se, assim, a pertinência da discussão e da integração de ações entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde, com participação, em todos os níveis, de representantes do Ministério Público, do Poder Judiciário, da sociedade civil, dos profissionais de saúde, entre outros. Justifica-se, ademais, a inclusão do tema na formação dos profissionais de saúde, visando potencializar os contatos destes com as famílias, seja no âmbito da unidade de saúde ou nos espaços comunitários, para a identificação dos casos e para o desenvolvimento da cidadania através de uma abordagem dialógica. Salienta-se, sobretudo, a importância de trazer para a instância de formação dos operadores jurídicos a perspectiva do direito à saúde.

Nessa linha, não se pode perder de vista a relação intrínseca entre saúde mental e direitos humanos, de acordo com a noção de que o direito à saúde faz parte do elenco de

direitos humanos (NYGREN-KRUG, 2004), que devem ser assegurados na sua integralidade. Deve-se garantir o direito à saúde segundo a perspectiva da integralidade, articulando-o às outras políticas sociais. Essa articulação demonstra a percepção de que os direitos humanos compõem uma unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada, conjugando os direitos civis e políticos com os direitos econômicos, sociais e culturais (PIOVESAN, 2004a).

No plano internacional, além dos instrumentos já referidos, verifica-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de 2001, lançou uma série de iniciativas com o propósito de colocar a saúde mental na “agenda política internacional”. Desde então, a saúde mental obteve uma maior visibilidade em todo o mundo e se desenvolveu um conjunto de instrumentos e programas úteis ao planejamento, ao monitoramento e à avaliação de reformas implantadas nessa área em diversos países. Como afirma Lancetti (1990, p. 139), existe um “consenso mundial sobre o caráter iatrogênico dos hospitais psiquiátricos” e a OMS, juntamente com outras organizações, recomenda a substituição progressiva dos manicômios por serviços psiquiátricos em hospitais gerais, ambulatorios de saúde mental, comunidades terapêuticas, hospitais-dia, dentre outros.

A Organização Pan-Americana da Saúde também tem trabalhado nos últimos anos, em conjunto com os países, no desenvolvimento de políticas, planos e serviços, bem como na atualização da legislação de saúde mental e de promoção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais (OMS, 2005). Ocorre que, apesar das políticas e planos de saúde mental implementadas em muitos países, de uma maior sensibilização para o tema dos direitos humanos e da capacidade de pesquisa em saúde mental nos países da América Latina e Caribe, os avanços ainda estão longe do que seria necessário. É o que aponta a OMS (2005) quanto ao grau de implementação das políticas e dos programas na maioria dos países: “[...] apenas 15.5% dos países da América Latina têm implementado mais de 50% de seus

programas de saúde mental”, e acrescenta que a maior parte da população continua sem ter acesso ao conjunto mínimo de cuidados que é possível oferecer-lhes atualmente.

Os instrumentos nacionais e internacionais devem permitir a consecução dos objetivos de saúde pública e da política de saúde. Os Estados devem respeitar, promover e realizar os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, conforme definidos nos documentos internacionais já elencados. Reafirma-se a importância dos textos internacionais para a salvaguarda dos direitos humanos em todo o mundo (CASSESE, 2005), tendo em vista que possibilitam o controle e a fiscalização pelos organismos internacionais, bem como influenciam na criação de novos instrumentos no âmbito nacional para a proteção dos direitos humanos e no fortalecimento daqueles já existentes.

Ações fundamentadas na noção de garantia desses direitos têm trazido avanços que vêm contribuindo para pensar e agir sobre dimensões da diferença e da singularidade no caso da organização da atenção às pessoas com transtornos mentais. Algumas dessas inovações vêm se constituindo como verdadeiras políticas públicas de atenção à saúde mental, e modificando o modelo assistencial para essas pessoas. Apesar de tais mudanças, como a transformação dos hospitais psiquiátricos, o surgimento dos hospitais-dia, dos Centros de Atenção Psicossocial, dos Serviços Residenciais Terapêuticos, o modelo hospitalocêntrico ainda prevalece nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, locais onde ainda são praticadas diversas violações dos direitos humanos das pessoas ali internadas.

A manutenção do modelo hegemônico de assistência psiquiátrica às pessoas com transtornos mentais autoras de delito viola os direitos humanos inscritos na Constituição Federal de 1988. Daí a necessidade de buscar a constituição de serviços de saúde mental que ofereçam um tratamento digno às mesmas, com o respeito às suas escolhas e o incentivo às suas produções, assegurando sua presença e atuação no espaço social. Considera-se que os dispositivos do Código Penal que criaram a inimputabilidade, a medida de segurança e a

periculosidade estão ultrapassados e inadequados, necessitando de mudanças que passem a considerar todas as pessoas como efetivamente iguais perante a lei, sem a inimizabilidade ou irresponsabilidade e a medida de segurança. Nesse caso, o próprio reconhecimento do *louco* infrator como sujeito e igual faz parte dos princípios que norteiam os direitos humanos.

Dentre os instrumentos de proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais encontra-se a Lei nº 10.216/2001, a qual assimilou os princípios e os objetivos da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, considera-se fundamental estender os direitos previstos nesta legislação 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, de acordo, inclusive, com as novas diretrizes trazidas pela Resolução nº 5/2004, do CNPCP.

Porém, não se pode olvidar que a legislação de saúde mental, tomada isoladamente, não garante respeito e proteção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, “embora 75% dos países de todo o mundo possuam legislação de saúde mental, apenas metade (51%) tiveram leis aprovadas depois de 1990, e praticamente um sexto (15%) possuem legislação que remonta aos anos pré-1960” (OMS, 2005, p. 1). Isso se agrava no caso das pessoas com transtornos mentais autoras de delito, para as quais somente a legislação criminal é aplicada, como é o caso do Brasil, salvo as experiências já iniciadas nos Estados de Minas Gerais e Goiás (BRASIL, 2007). Assim, a legislação e demais documentos jurídicos são apenas ferramentas na consecução daqueles objetivos, sendo primordial a formulação e o desenvolvimento de políticas públicas visando a aplicação da Resolução nº 5/2004 e demais instrumentos normativos voltados à promoção dos direitos desse grupo vulnerável. Cabe aos agentes do Estado a materialização da responsabilidade no cumprimento da função social a ele destinada. Nesse sentido, o Estado, em co-responsabilidade com a sociedade, deve promover a efetiva reorientação do modelo de

atenção à saúde das pessoas com transtorno mental autoras de delito, integrando-o aos outros direitos, na perspectiva da indivisibilidade dos direitos humanos.

Considerando-se que a legislação de saúde mental brasileira propõe uma estrutura voltada para o tratamento e apoio, e não para a punição, faz-se necessária a inter-relação dessa estrutura com o sistema de justiça criminal visando a efetiva implementação do acesso aos serviços de saúde e aos demais direitos garantidos às pessoas com transtornos mentais autoras de delito. Como ficou evidenciado, a lei não muda a realidade, e, portanto, o Direito tem um sentido não apenas de declarar, mas também de promover: ele pode servir para provocar mudanças institucionais e sociais. A legislação pode auxiliar e, concomitantemente, garantir o tratamento humanitário daquelas pessoas. Assim, outros mecanismos podem ser utilizados para garantir os seus direitos, desde que para elas seja concebido um projeto terapêutico multidisciplinar, voltado para a reinserção sociofamiliar, e de forma integrada com as demais políticas sociais, envolvendo, principalmente, as áreas da Justiça, da Saúde e da Assistência Social, contemplando, assim, os princípios da indivisibilidade, da interdependência e da inter-relação dos direitos humanos.

No projeto de reorientação desse modelo, faz-se necessária a construção de uma rede de proteção social para acolher essas pessoas. Para tanto, é preciso cuidar para que as desinternações sejam efetivamente acompanhadas, com o encaminhamento devido aos serviços substitutivos e demais mecanismos de saúde pública e de assistência social. Outro ponto fundamental é a superação do preconceito da sociedade, que se acostumou a referir-se à pessoa com transtorno mental como um ser perigoso e incapaz (CINTRA JÚNIOR, 2003). Nesse percurso, deve-se dar uma atenção especial às famílias dessas pessoas, as quais, na grande maioria das vezes, não tiveram acesso aos cuidados em saúde mental. Trazer a família para a discussão sobre esse novo sistema significa deslocar o centro da atenção e do cuidado do hospital para a pessoa, enquanto sujeito de direitos.

## REFERÊNCIAS

- ADAMO, Bisignani; MACRÍ, Scarcella. **Pericoloso a sé e agli altri**. Cultura psiquiátrica e istituzioni in Italia dall'inizio del secolo al dopo riforma. Bari: De Donato, 1980.
- ALVES, José Augusto Lindgren. **Os direitos humanos como tema global**. São Paulo: Perspectiva, 2003.
- ALVES, Roque de Brito. **Crime e loucura**. Recife: Fundação Antonio dos Santos Abranches-FASA, 1998.
- ALVIM, Rui Carlos Machado. **Uma pequena história das medidas de segurança**. São Paulo: IBCCRIM, 1997.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 73-95.
- \_\_\_\_\_. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- ANDRADE, Haroldo da Costa. **Das medidas de segurança**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2004.
- BAHIA. Constituição do Estado da Bahia. Promulgada em 05 de outubro de 1989. Disponível em: <<http://www.al.ba.gov.br/arquivos/constituicao2007.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2007.
- BAHIA. Decreto nº 9.665 de 21 de novembro de 2005. Aprova a Organização Estrutural e Funcional da Superintendência de Assuntos Penais – SAP e dá outras providências.
- BAHIA. Decreto nº 10.388 de 27 de junho de 2007. Aprova o Regimento da Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. Salvador, 27 de junho de 2007a.
- BAHIA. Lei nº 2.070 de 23 de maio de 1928. Crea o Manicômio Judiciário do Estado da Bahia, directamente subordinado á Secretaria de Policia e Segurança Pública. Salvador: Diário Oficial do Estado da Bahia, Estados Unidos do Brasil, sexta-feira. 25 de maio de 1928, p. 7890 – 7891.
- BAHIA. Portaria Nº 01/03, do Juiz de Direito Titular da Vara de Execuções de Penas e Medidas Alternativas. Salvador, 28 de abril de 2003a.
- BAHIA. Portaria Nº 02/03, do Juiz de Direito Titular da Vara de Execuções de Penas e Medidas Alternativas. Salvador, 30 de abril de 2003b.

BAHIA. Ministério Público do Estado da Bahia. Procuradoria Geral de Justiça. Termo de Ajustamento de Conduta para adequação do Hospital de Custódia e Tratamento do Estado da Bahia às diretrizes traçadas pela Reforma Psiquiátrica. Salvador, 13 de dezembro de 2004a.

BAHIA. Provimento Nº CGJ – 14/2007 da Corregedoria Geral da Justiça do Estado. Reedita e consolida os Provimentos nº 006/2001, 05/2004, 01/2005, 02/2005, 04/2006, 08/2006, 09/2006, 10/2006, 11/2006, 15/2006, 01/2007 e 09/2007, da Corregedoria Geral da Justiça, uniformizando a execução de penas e de medidas de segurança em todo o Estado, e dá outras providências sobre a execução provisória da pena e sobre o custodiamento de presos provisórios e condenados, nos diversos estabelecimentos penais do Estado da Bahia. Diário do Poder Judiciário – Salvador, 20 de agosto de 2007b.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Secretaria da Justiça e Direitos Humanos do Estado da Bahia. Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário – Atenção integral à saúde da população prisional. 70f. Salvador, maio de 2004b.

BANDEIRA, Vitória Beltrão. **O paciente judiciário do Hospital de Custódia e Tratamento**. 83 f. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Criminais da Fundação Faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

BARRETO, Tobias. **Menores e loucos em direito criminal**. Brasília: Senado Federal, 2003.

BARROS, Denise Dias. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como construção do saber. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994a. p. 171-195.

\_\_\_\_\_. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EdUSP: Lemos Editorial, 1994b.

BARROS, Fernanda Otoni de. Democracia, liberdade e responsabilidade: o que a loucura ensina sobre as ficções jurídicas. In: **Loucura, ética e política**: escritos militantes. Conselho Federal de Psicologia (Org.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 112-136.

\_\_\_\_\_. PAI-PJ - Projeto de Atenção interdisciplinar ao paciente judiciário. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, III. **Cadernos de Textos**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2001. p. 127-132.

\_\_\_\_\_. **Um programa de atenção ao louco infrator**. Disponível em: <<http://www.carceraria.org.br/pub/publicacoes/4e8330439b0d639375735e5aef645e6c.doc>>. Acesso em: 02 out. 2006.

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

\_\_\_\_\_; BASAGLIA, Franca Ongaro (Org). **Scritti II, 1968-1980**. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi, 1982.

BIONDI, Edson; FIALHO, Jorge; KOLKER, Tania. **A reinserção social do portador de transtorno mental infrator**: propostas para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01. Disponível em:

<<http://www.carceraria.org.br/pub/publicacoes/86ac935a4e8b281472b8a8a97c7e2bd2.216>>. Acesso em: 28 nov. 2006.

BIRMAN, Joel. **A Psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

\_\_\_\_\_. A cidadania tresloucada – notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Manual de Direito Penal**: parte geral. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

BONAZZI, Alfredo. **Squalificati a vita**. Inchiesta e testimonianze sui manicomi criminali italiani. Torino: Piero Gribaudo, 1975.

BORZACHIELLO, Assunta. Alle origini del manicomio criminale. In: PUGLIESE, Giovanna; GIORGINI, Giovanna (Org.). **Mi fermo per tutti**. Dai manicomi criminali agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, un'inchiesta e una proposta. Roma: DATANEWS, 1997.

BRANDÃO, Cláudio. **Teoria jurídica do crime**. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. MORAES, Guilherme Peña de (Org.). 5. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

BRASIL. Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal. Coleção de Leis do Brasil de 31.12.1890. Vol. 10. p. 2664.

BRASIL. Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a assistência a alienados. In: Collecção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1903 – Actos do Poder Legislativo. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1903.

BRASIL. Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921. Aprova o regulamento do manicômio judiciário.

BRASIL. Decreto nº 20.155, de 29 de junho de 1931, que determinava que o manicômio judiciário ficava sob a jurisdição do Departamento Nacional de Assistência Pública

BRASIL. Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996. Institui o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 4.229, de 13 de maio de 2002. Dispõe sobre o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH, instituído pelo Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 maio 2002.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1940.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Institui o Código de Processo Penal. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1940.

BRASIL. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 1984. Altera dispositivos do Dec.-lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 1984.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. 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] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jan. 2002.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 3, de 4 de maio de 2004. Recomenda a adoção do “Programa de volta para Casa” do Ministério da Saúde. Disponível em:  
<<http://www.mj.gov.br/cnppc/main.asp?View={28D9C630-49B2-406B-9160-0C04F4BDD88E}>>. Acesso em: 20 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 5, de 4 de maio de 2004. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Disponível em:  
<<http://www.justica.gov.br/cnppc/legislacao/resolucoes/2004resolu05.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 3, de 23 de setembro de 2005. Estabelece as diretrizes básicas para construção, ampliação e reforma de estabelecimentos penais no Brasil. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 set. 2005.

Disponível em:

<<http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/1751874.xml>>. Acesso em: 28 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Mental** – Relatório final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Manual do Programa de Volta para Casa**. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 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, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário Nacional sobre o Direito à Saúde Mental** – Regulamentação e Aplicação da Lei nº 10.216/01. Brasília: Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados/Ministério da Justiça/Ministério Público Federal/Conselho Nacional dos Procuradores-Gerais de Justiça/Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário**: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Justiça, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006**: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Justiça; BAHIA. Secretaria da Saúde; BAHIA. Secretaria da Justiça e Direitos Humanos; BAHIA. Universidade Federal. Relatório

Final do Censo Clínico e Psicossocial da População de Pacientes Internados no Hospital de Custódia e Tratamento do Estado da Bahia. 98 f. Salvador-BA, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20n%201.777%20de%202003.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2006.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.055, de 17 de maio de 2006. Institui Grupo de Trabalho para viabilizar a constituição do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 de maio 2006. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/2140390.xml>>. Acesso em: 28 nov. 2006.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 3.347, de 29 de dezembro de 2006. Institui o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 de janeiro de 2007. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/2140390.xml>>. Acesso em: 03 mar. 2006.

BRASIL. Portaria nº 268, de 17 de setembro de 2003. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PT\\_268\\_\\_\\_CNES.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PT_268___CNES.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2006.

BRASIL. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília: Presidência da República, Secretaria de Comunicação Social, Ministério da Justiça, 1996. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/publi\\_04/COLECAO/PRODH.HTM](https://www.planalto.gov.br/publi_04/COLECAO/PRODH.HTM)>. Acesso em: 28 nov. 2006.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002c.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Buscando um conceito de políticas públicas para a concretização dos direitos humanos. **Direitos humanos e políticas públicas**. São Paulo: Pólis, 2001. p. 5-16.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Legislação brasileira sobre pessoas portadoras de deficiência. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2004. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/infdoc/Publicacoes/html/pdf/LegPortDefinal.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2006.

CARAVANA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, Primeira. **Uma amostra da realidade manicomial brasileira**: relatório. Brasília: Centro de Documentação e Informação Câmara dos Deputados, 2000.

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

CARTA DE BRASÍLIA. 2005. Disponível em: <[http://www.portal.saude.gov.br/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=22026](http://www.portal.saude.gov.br/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=22026)>. Acesso em: 10 jun. 2007.

CARVALHO NETTO, Menelick; MATTOS, Virgílio de. **O novo direito dos portadores de transtorno mental**: o alcance da Lei 10.216/2001. Conselho Federal de Psicologia, 2005. Disponível em: <[http://www.pol.org.br/publicacoes/pdf/brochura\\_banalizacao.pdf](http://www.pol.org.br/publicacoes/pdf/brochura_banalizacao.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2007.

CASSESE, Antonio. **I diritti umani oggi**. Laterza: Roma-Bari, 2005.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CINTRA JÚNIOR, Dyrceu Aguiar Dias. Direitos humanos e saúde mental. In: **Escritos em homenagem a Alberto Silva Franco**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003. p. 151-162.

COHEN, Claudio. Medida de segurança. In: COHEN, Claudio; FERRAZ, Flávio Carvalho; SEGRE, Marcos (Org.). **Saúde mental, crime e justiça**. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 2006a. p. 123-129.

\_\_\_\_\_.; MARCOLINO, José Álvares Marques. Noções históricas e filosóficas do conceito de saúde mental. In: COHEN, Claudio; FERRAZ, Flávio Carvalho; SEGRE, Marcos (Org.). **Saúde mental, crime e justiça**. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 2006b. p. 17-27.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência. Adotada na cidade de Guatemala, em 07 de junho de 1999, no vigésimo nono período ordinário de sessões da Assembléia Geral. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/base8a.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2006.

COMISSÃO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA et al. **Inspeção nacional de unidades psiquiátricas em prol dos direitos humanos**: uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras. Brasília: [s.n.], jul 2004. Disponível em: <[http://www.pol.org.br/debate/pdf/Relatorio\\_inspecao\\_unidades\\_psiquiatricas.pdf](http://www.pol.org.br/debate/pdf/Relatorio_inspecao_unidades_psiquiatricas.pdf)> Acesso: 27 dez 2004.

COMPARATO, Fábio Konder. A afirmação histórica dos direitos humanos. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.407, de 08 de junho de 1994.

\_\_\_\_\_. Resolução CFM nº 1.598, em 09 de agosto de 2000.

CONVENÇÃO AMERICANA SOBRE DIREITOS HUMANOS. **Pacto de São José**. Adotada e aberta à assinatura na Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos

Humanos, em San José de Costa Rica, em 22 de novembro de 1969. Disponível em: <<http://www2.idh.org.br/casdh.htm>>. Acesso em: 10. mar. 2006.

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

CORREIA, Ludmila Cerqueira. Responsabilidade internacional por violação de direitos humanos: o Brasil e o caso Damião Ximenes. In: LIMA JR., Jayme Benvenuto (Org.) **Direitos humanos internacionais: perspectiva prática no novo cenário mundial**. Recife: Gajop; Bagaço, 2006. p. 11-31.

\_\_\_\_\_.; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(9): 1995-2012, set, 2007.

COSTA, Augusto César de Farias. Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; ARANHA, Márcio Iorio (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Coletânea de textos. v. I. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 143-178.

COSTA, Ileno Izídio da. A doença mental no contexto dos direitos humanos e da violência. **Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática**. MALUSCHKE, Gunther; MALUSCHKE, Júlia Bucher; HERMANN, Klaus (Coord.). Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer, 2004.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

\_\_\_\_\_. Os interstícios da lei. In: **Saúde Mental e Cidadania**. 2. ed. São Paulo: Mandacaru, 1990. p. 45-56.

COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. Introdução: cidadania, classes populares e doença mental. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (Org.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, co-edição ABRASCO, 2001. p. 9-13.

DE LEONARDIS, Ota. Statuto e figure della pericolosità sociale tra psichiatria riformata e giustizia penale: note sociologiche. In: DE LEONARDIS, Ota; GALLIO, Giovanna; MAURI, Diana; PITCH, Tamar (Org.). **Curare e punire**. Problemi e innovazioni nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale. Milano: Unicopli, 1988. p. 45-70.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Aprovada em 14 de novembro de 1990.

DELGADO, Jaques (Org.). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Perspectivas da Psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos crônicos). In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, co-edição ABRASCO, 2001. p. 171-202.

\_\_\_\_\_. **As razões da tutela.** Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

[D'INCAO, Maria Angela](#). Sociabilidade e doença mental. In: [D'INCAO, Maria Angela](#) (Org.). **Doença mental e sociedade:** uma discussão interdisciplinar. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. 35-41.

FARAH, Marta Ferreira Santos; BARBOZA, Hélio Batista (Org.). **Novas experiências de gestão pública e cidadania.** Rio de Janeiro: FGV, 2000.

FÁVERO, Eugênia Augusta Gonzaga. **Direitos das pessoas com deficiência:** garantia de igualdade na diversidade. Rio de Janeiro: WVA, 2004.

FIGUEIREDO, Gabriel. **O príncipe e os insanos.** São Paulo: Cortez, 1988.

FONTANA-ROSA, Júlio César; COHEN, Claudio. Psicopatologia forense na esfera penal. In: COHEN, Claudio; FERRAZ, Flávio Carvalho; SEGRE, Marcos (Org.). **Saúde mental, crime e justiça.** 2. ed. São Paulo: EDUSP, 2006. p. 109-118.

FOUCAULT, Michel. **As verdades e as formas jurídicas.** 3. ed. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003a.

\_\_\_\_\_. **Doença mental e psicologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1984.

\_\_\_\_\_. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão.** 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003b.

\_\_\_\_\_. **História da loucura na idade clássica.** 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder.** 19. ed. São Paulo: Graal, 2004b.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica.** 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004c.

\_\_\_\_\_. **O poder psiquiátrico.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. **Os anormais:** curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Problematização do sujeito:** psicologia, psiquiatria e psicanálise. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002b.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir.** 16. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da inimputabilidade no direito penal.** São Paulo: Malheiros, 2000.

GANDOLFI, Sergio; LESCOVELLI, Manuela; MANACORDA, Alberto. Capítulo 1. Cenni storici sull'ospedale psichiatrico giudiziario. In: MANACORDA, Alberto (Org.). **Folli e reclusi.** Una ricerca sugli internati negli ospedali psichiatrici giudiziari italiani. Perugia: La casa USHER, 1988.

GIORDANO, Gianni. **Psichiatria e Diritto**: responsabilità e trattamento del non imputabile sofferente psichico socialmente pericoloso. Tese apresentada à Faculdade de Jurisprudência dell'Università degli Studi di Firenze, Italia, 2005.

GOFFMAN, Ervin. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOIÁS. Portaria nº 058/2006 GAB/SES. Cria o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=10936>>. Acesso em: 20 nov. 2006.

GONÇALVES, Flávio José Moreira. **Manicômios e o princípio da dignidade da pessoa humana**: estudos preliminares à luz do direito e da bioética. Opinião Jurídica – Revista do Curso de Direito da Faculdade Christus, n. 04, ano 2, 2004.2. Fortaleza, 2004. p. 57-68.

HARRIS, Ruth. **Assassinato e Loucura**: medicina, leis e sociedade no fim de siècle. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. **O Asilo e a constituição da psiquiatria na Bahia**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - DMP, FAMED, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1982.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. In: **Saúde Mental e Cidadania**. 2. ed. São Paulo: Mandacaru, 1990. p. 67-83.

LANCETTI, Antonio. Loucura metódica. In: **SaúdeLoucura 2**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 139-147.

LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. **Direito à Saúde**: garantia de um direito humano para crianças e adolescentes - estudo de caso. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

LIMA JR., Jayme Benvenuto. **Os direitos humanos econômicos, sociais e culturais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

LOBOSQUE, Ana Marta. **A luta antimanicomial**: construção de um lugar. Revista da Saúde: uma publicação do Conselho Nacional de Saúde – ano II, n. 2, Brasília: 2001.

\_\_\_\_\_. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001

MACHADO, Roberto. et al. **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MANACORDA, Alberto. **Il manicomio giudiziario**: cultura psichiatrica e scienza giuridica nella storia di un'istituzione totale. Bari: De Donato, 1982.

MANTOVANI, Ferrando. **Il problema della criminalità**. Castenaso: CEDAM, 2005.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de caso**: uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2006.

MATTOS, Virgílio. **Trem de doido**: o direito penal e a psiquiatria de mãos dadas. Belo Horizonte: UNA Editoria, 1999.

MEDEIROS, Cristiano Carrilho Silveira de. (Org.). **Saúde Mental e o Direito**. São Paulo: Método, 2004.

MERHY, Emerson Elias. **Engravitando palavras**: o caso da integralidade. Belo Horizonte: 2005. Disponível em:  
<<http://acd.ufrj.br/nutes/Home%20LTC/mestrado/arquivos/semmerhy.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2007.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça. Portaria Conjunta nº 25/2001 – Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais e Corregedoria-Geral de Justiça. Cria o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário portador de sofrimento mental - PAI-PJ. Disponível em:  
<<http://www.tjmg.gob.br/institucional/at/pdf/pc00252001.PDF>>  
Acesso em: 30 ago. 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. SOUZA, Marta Elizabeth de; LOBOSQUE, Ana Marta (Org.). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIRABETE, Julio Fabrini. **Código de processo penal interpretado**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MOSCATELLO, Roberto. Comparação entre diagnóstico psiquiátrico e delito cometido em 100 pacientes do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, n. 21, p. 131, 1999.

NYGREN-KRUG, Helena. Saúde e direitos humanos na Organização Mundial da Saúde. In: **Saúde e direitos humanos**. Ano 1, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 13-8.

OMS. Livro de Recursos da OMS sobre Saúde mental, Direitos humanos e Legislação. 2005. Disponível em:  
<[http://www.who.int/mental\\_health/policy/Livroderecursosrevisao\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf)>  
Acesso em: 05 out. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em:  
<[http://www.mj.gov.br/sedh/dpdh/gpdh/ddh\\_bib\\_inter\\_universal.htm](http://www.mj.gov.br/sedh/dpdh/gpdh/ddh_bib_inter_universal.htm)>. Acesso em: 10 mar. 2006.

\_\_\_\_\_. **Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental.** Disponível em:

<<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/deficiente/protec.htm>>. Acesso em: 10. mar. 2006.

\_\_\_\_\_. COMISSÃO DOS DIREITOS HUMANOS. Resolução nº 46/119 da ONU. Adota os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental.

\_\_\_\_\_. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** 13 de dezembro de 2006. Disponível em:

<[http://www.mj.gov.br/mpsicorde/arquivos/publicacao/714/Images/714\\_1.doc](http://www.mj.gov.br/mpsicorde/arquivos/publicacao/714/Images/714_1.doc)>. Acesso em: 10 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Resolução 2.542, de 09 de dezembro de 1975. Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes.

PELBART, Peter Pál. **Da clausura do fora ao fora da clausura - loucura e desrazão.** São Paulo: Brasiliense, 1989.

\_\_\_\_\_. Manicômio Mental - A Outra Face da Clausura. In: **SaúdeLoucura** 2. 3. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990. p. 131-8.

PERES, Maria Fernanda Tourinho. **Doença e Delito:** relação entre prática psiquiátrica e poder judiciário no Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador, Bahia. 295 f. Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997.

\_\_\_\_\_.; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **História, Ciências, Saúde.** Mangueiras, Rio de Janeiro, vol. 9(2), p. 335-55, maio-ago, 2002.

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

PIEDEDE JÚNIOR, Heitor; DUARTE, Márcio. **O vale dos esquecidos.** Uma visita ao Manicômio Judiciário: aspectos jurídicos e sociais da loucura criminosa. Rio de Janeiro: Maanaim, 2002.

PINHO, Bernardino Madureira. Relatório apresentado ao Governador do Estado sobre o Exercício de 1928. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1930.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional.** 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

\_\_\_\_\_.; GOTTI, Alessandra Passos; MARTINS, Janaína Senne. A proteção internacional dos Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais. In: LIMA JR., Jayme Benvenuto (Org.) **Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais.** Recife: Plataforma Interamericana de Direitos Humanos, Democracia e Desenvolvimento, 2004a. p. 43-62.

\_\_\_\_\_. **Direitos sociais, econômicos e culturais e direitos civis e políticos.** In: SUR Revista internacional de direitos humanos. Ano 1, número 1, 1 semestre. São Paulo: 2004b. p. 21-47.

\_\_\_\_\_. **Ações afirmativas da perspectiva dos direitos humanos.** Cadernos de Pesquisa, v. 35, n. 124, jan./abr. 2005. p. 43-55

PITCH, Tamar. Che cos'è il controllo sociale. In: **Curare e punire.** Problemi e innovazioni nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale. Milano: Unicopli, 1988. p. 21-44.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura:** Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

QUINET, Antonio. Crime e responsabilidade. **Psicanálise e Psiquiatria:** controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 171-5

RAMOS, Arthur. **Loucura e crime.** Porto Alegre: Globo, 1937.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (Org.). **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. 7. ed. Petrópolis: Vozes, co-edição ABRASCO, 2001. p. 15-73.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde mental no Brasil.** São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., Benilton; e AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria sem hospício:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992a. p. 41-55.

\_\_\_\_\_. **A lei 180 e a reforma psiquiátrica italiana** – história e análise atual. 1992b. p. 91-97.

\_\_\_\_\_. A instituição inventada. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.

SÁ JR., Luiz Salvador de Miranda. Hospital e hospitalização em psiquiatria. **Divulgação em Saúde para Debate.** Londrina, n. 18, p. 77-86, Jun. 1997.

SAMPAIO, Nelson de Souza. **Vida Penitenciária Bahiana no ano de 1938:** Relatório apresentado ao Exmo. Snr. Dr. Lafayette Pondé, M.D. Secretario do Interior e Justiça, pelo Dr. Nelson de Souza Sampaio, Diretor da Penitenciária do Estado. Arquivo Público da Bahia: 1938. Secretaria do Interior e Justiça (Notação 3579).

SANTORO, Emilio. **Carcere e società liberale.** 2 ed. Torino: Giappichelli, 2004.

SANTOS, Boaventura de Souza. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: \_\_\_\_\_. **Reconhecer para libertar:** os caminhos do cosmopolitanismo multicultural. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2003. p. 429-61.

SCARPA, Franco. **L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.** Firenze: 2007. mimeo.

SICHES, Luis Ricasens. **Tratado General de Filosofia del Derecho**. 9. ed. México: Porrúa, 1986.

SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira (Org.). **A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2001.

SILVA FILHO, João Ferreira da. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (Org.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, co-edição ABRASCO, 2001. p. 75-102.

SIMONETTI, Giulia. Ospedale psichiatrico giudiziario: aspetti normativi e sociologici. Il caso di Montelupo Fiorentino. Disponível em:  
<<http://www.altrodiritto.unifi.it/sanita/simonetti/index.htm>>. Acesso em: 30 out. 2006.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a contrução coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 6(1): 73-85, 2001.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado (Ed.). A incorporação das normas internacionais de proteção dos direitos humanos no direito brasileiro. 2. ed. San José, Costa Rica/Brasília: IIDH (et al.), 1996.

TRINDADE, José Damião de Lima. **História Social dos direitos humanos**, São Paulo: 2002.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. Introdução: Cidadania, classes populares e doença mental. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, co-edição ABRASCO, 2001. p. 9-13.

UCHÔA, Darcy de Mendonça. **Organização da Psiquiatria no Brasil**. São Paulo: SARVIER, 1981.

VANDERPLAAT, Madine. Direitos humanos: uma perspectiva para a saúde pública. In: **Saúde e direitos humanos**. Ano 1, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 27-33.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reinvenção da cidadania, *Empowerment* no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In. AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 169-194

\_\_\_\_\_. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo: Paulus, 2003.

VIZEU, Fábio. A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional. **História, Ciências, Saúde**. Manginhos, Rio de Janeiro, vol. 12(1), p. 33-49, jan-abr, 2005.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.